

## MAMAPLASTIA REDUTORA TÉCNICA DE PITANGUY – 25 ANOS DE EXPERIENCIA

Reduction Mammoplasty Pitanguy's Technique – 25 Years of experiences

Ivo Pitanguy \*  
Stella Dutra Mariz \*\*

**RESUMO:** Apresenta-se a técnica do autor senior para a correção da hipertrofia e ptose mamária, inicialmente descrita em 1959. A característica fundamental desta técnica consiste na ausência de descolamento cutâneo, simplicidade de execução, versatilidade de indicações e preservação da unidade fisiológica mamária.

**UNITERMOS:** Mamoplastia – Redução Mamária; Mastopexia – Assimetria Mamária

**SUMMARY:** The author presents a study of his personal technique for the correction of ptosis and reduction mammoplasty, initially described in 1959. The fundamental characteristics of this technique lie on no skin undermining, simplicity of execution, versatility of indications and preservation of breast physiology.

**UNITERMS:** Mammoplasty – Mammary Reduction; Mastopexy – Mammary Asymmetry.

### INTRODUÇÃO

A deformidade mamária mais freqüente em nosso meio é a hipertrofia mamária. Enfoca-se a mamoplastia redutora como sendo uma cirurgia particularmente gratificante, pois melhora o aspecto estético, funcional e também beneficia psicologicamente a paciente.

Desde o século passado inúmeros autores descreveram técnicas visando a redução mamária<sup>1,10,12,13,14,25,28</sup>. Em 1959, o autor senior descreveu uma técnica para o tratamento das hipertrofias e das ptoses mamárias<sup>17,18,19</sup>.

Numa análise dos 2721 operados pessoalmente pelo autor senior, entre o período de 1957 a 1985, notou-se que a queixa mais freqüente é o desconforto secundário a um volume mamário acentuado. O excesso de peso provocado por esta deformidade levaria ao aparecimento de dor na região dorsal por alterações da coluna vertebral, à alterações acromio-claviculares e da caixa torácica, provocando um comprometimento da postura da paciente<sup>5</sup>.

A mama volumosa exerce uma tração anterior no tórax, indo provocar um sífose na coluna torácica e uma lordose compensadora a nível da coluna lombar.

Na caixa torácica os músculos inspiradores junto com os arcos costais funcionam como alavanca, causando, no momento da inspiração, a expansão da parede torácica por elevação dos arcos costais. Mamas volumosas e ptosadas, pelo seu excesso de peso, provocam um aumento do esforço muscular realizado pelos músculos intercostais e estes não con-

seguem elevar de uma maneira eficaz os arcos costais. Como conseqüência, tem-se uma diminuição do volume intratorácico com uma diminuição da função pulmonar. A longo prazo, esta diminuição da expansão torácica irá provocar alterações pulmonares, principalmente a nível dos segmentos pulmonares inferiores<sup>11</sup>.

É importante que a hipertrofia seja corrigida precocemente, para que os fenômenos funcionais descritos não se tornem irreversíveis.

A maioria das pacientes submetidas a mamoplastia redutora (61,6%) encontra-se numa faixa etária abaixo de 40 anos, na qual a mama é fisiologicamente ativa. Portanto, a técnica elaborada em 1959 visa a resolução do problema funcional e estético, preservando a fisiologia normal da mama.

### TÉCNICA CIRÚRGICA

A paciente é colocada em decúbito dorsal na posição semi-sentada (à 45°) com os braços em abdução. Para assegurar-se uma perfeita simetria da mama, são colocados dois pontos de reparo na linha média, um na fúrcula externa e outro pouco acima do apêndice xifóide. A linha média-clavicular é marcada atravessando o complexo areolo-mamilar até o sulco submamário. É feita então a demarcação da aréola com a utilização de um marcador circular que é centralizado a nível do mamilo.

Marca-se na linha médio-clavicular um ponto numa al-

\*Professor Titular dos Cursos de Especialização e Mestrado em Cirurgia Plástica da Escola Médica de Pós-Graduação da Pontifícia Universidade Católica do Rio de Janeiro. Membro da Academia Nacional de Medicina.

\*\*Professora Colaboradora do Curso de Pós-Graduação em Cirurgia Plástica da PUC/RJ. Presidente do Centro de Estudos Professor Ivo Pitanguy.

tura discretamente abaixo da projeção do sulco inframamário, que é chamado ponto A (Fig. 1). A fim de se determinar a quantidade de tecido mamário a ser ressecado, segura-se a mama em dois pontos localizados lateralmente ao complexo aréolo-mamilar, marcando-se os pontos B e C. Estes, normalmente não devem ser posicionados acima do mamilo. Na maioria dos casos, as distâncias AB e AC são de 6 a 8 cms. Em casos de mamas assimétricas, estas duas distâncias podem variar (Fig. 2).

Os pontos D e E, localizam-se nas extremidades do sulco submamário (Fig. 3). A distância deve ser a mais curta possível, correspondendo ao prolongamento axilar da glândula mamária e deve-se tentar não ultrapassar a linha axilar anterior. No entanto, em mamas muito volumosas, algumas vezes há necessidade de se atingir a linha axilar média.

As linhas podem ser retas ou curvas, conforme a necessidade. No caso de ser planejada uma maior ressecção de pele, estas linhas são curvadas para cima<sup>3</sup>. No caso contrário, são curvadas para baixo. O traçado da marcação para cima ou para baixo dependerá individualmente da forma da mama a ser operada<sup>3, 17, 20</sup>. Feita a marcação de uma mama, faz-se a transferência dos pontos encontrados para a mama contralateral (Fig. 4). Todos estes pontos são determinados na sala de cirurgia, sem a utilização de qualquer indicação prévia<sup>2, 4, 5</sup>.

A futura posição do complexo aréolo-mamilar nunca deverá ser previamente marcada. Sua posição dependerá da projeção cônica da mama, que é consequência de uma ressecção glandular bem orientada.

Procede-se à incisão periareolar superficial. Na área limitada por AB e AC, procede-se a manobra de Schwartzmann<sup>26</sup>, promovendo a desepitelização ou ressecção da camada superficial da pele, através de um descolamento intradérmico. O plano de descolamento é médio-dérmico, de forma a evitar qualquer lesão da inervação e vascularização do plexo subdérmico, mantendo intacta a cápsula adiposa, que servirá como um 3º e importante pedículo neuro-vascular<sup>7</sup> (Fig. 5).

As linhas BE e CD são então incisadas da maneira convencional (Fig. 6A) e a ressecção glandular é executada dirigida para a Fascia Pectoralis (Fig. 6B). A ressecção irá variar de acordo com a deformidade a ser corrigida, dependendo fundamentalmente da consistência do tecido mamário. Basicamente o modelo de ressecção é infundibular com o ápice atingindo o polo superior (Fig. 7).<sup>16, 21, 22, 23</sup> Em casos selecionados, geralmente em mamas pouco volumosas, dá-se

preferência a uma ressecção plana em lugar da ressecção em quilha descrita anteriormente (Fig. 8).

Para finalizar a ressecção, incisa-se o sulco submamário e remove-se em bloco, a glândula ressecada.

A não utilização de retalhos que interfiram nos pedículos das artérias mamárias, já foi abordado por vários autores.<sup>8, 24</sup> Partindo desta concepção, o autor senior concebeu a técnica pessoal, a qual baseia-se na ressecção do polo inferior da mama. Assim sendo, removemos o polo superior a partir do hemisfério inferior, conservando a cápsula adiposa que contém os vasos e nervos importantes para o complexo aréolo-mamilar.

Monta-se a mama, aproximando-se os pilares laterais, o que irá formar a projeção do polo superior e a localização onde o complexo aréolo-mamilar irá ser posicionado (Fig. 9).

É preferível operar a mama contra-lateral antes do fechamento da primeira, para avaliar-se de forma mais acurada o volume remanescente e alcançar-se uma simetria.

A nova posição areolar será escolhida de acordo com a nova forma da mama, sem modelos pré-fixados. Fazer a marcação areolar em superfície plana para posteriormente situá-la no topo de um cone, é incongruente e desnecessário.<sup>29</sup> Parece mais justo conceber um cone de cujo o cume o mamila faça parte integrante. Sua localização final é sempre feita comparando-se um lado ao outro.

O futuro leito areolar é desepitelizado e a aréola é fixada com suturas em U. A incisão em T invertido é fechada com suturas intradérmicas.<sup>27</sup>

O curativo consistirá de uma contenção gessada, mantida por 24 horas, imobilizando a área e servindo de contenção do edema pós-operatório.

## CONCLUSÃO

A aplicabilidade da técnica de mamoplastia descrita, tem sido observada nos últimos 26 anos. A simplicidade de execução, sem marcações pré-determinadas, oferece ao cirurgião a possibilidade de corrigir diferentes tipos de deformidades, obtendo uma mama de aspecto natural com o mínimo de complicações.

A abordagem cirúrgica sendo mais conservadora, mantém intacta a unidade funcional do complexo aréolo-mamilar, com a preservação da sensibilidade e da lactação (Figs. 10A, B, C, D).

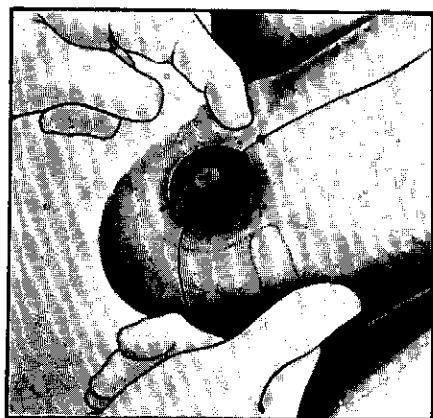


Fig. 1 — Marcação do ponto A na linha médio-clavicular, discretamente abaixo da projeção do sulco mamário.

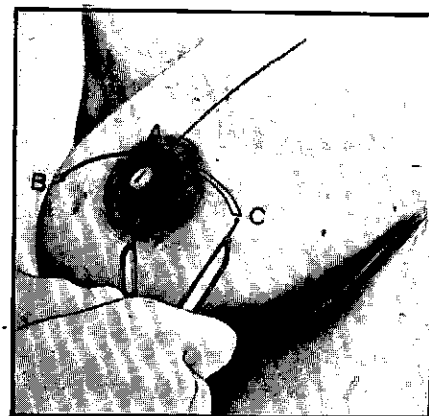


Fig. 2 — Pontos B e C, normalmente posicionados abaixo do mamilo.

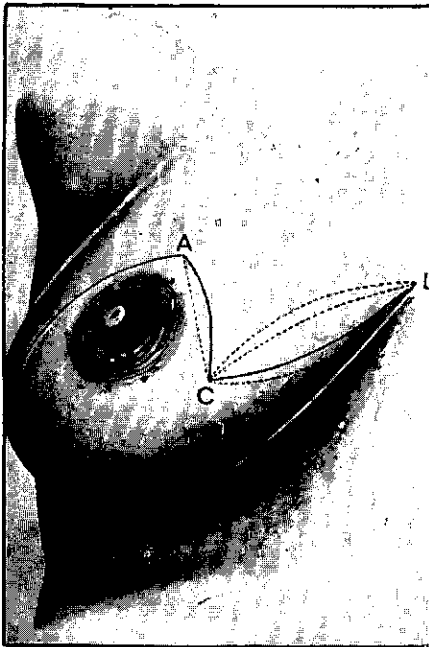
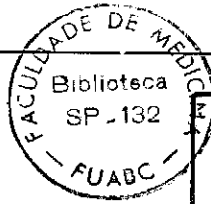


Fig. 3 - Desenho esquemático demonstrando a marcação dos pontos D e E nas extremidades do sulco mamário. Em pontilhado, as diferentes marcações que podem variar segundo cada caso.

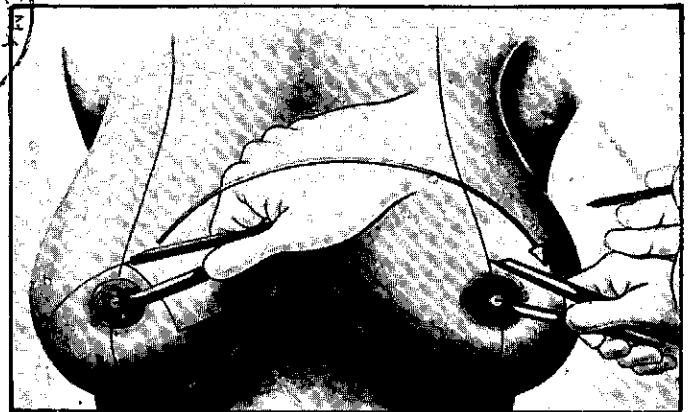


Fig. 4 - Transferência dos pontos encontrados para a mama contralateral.

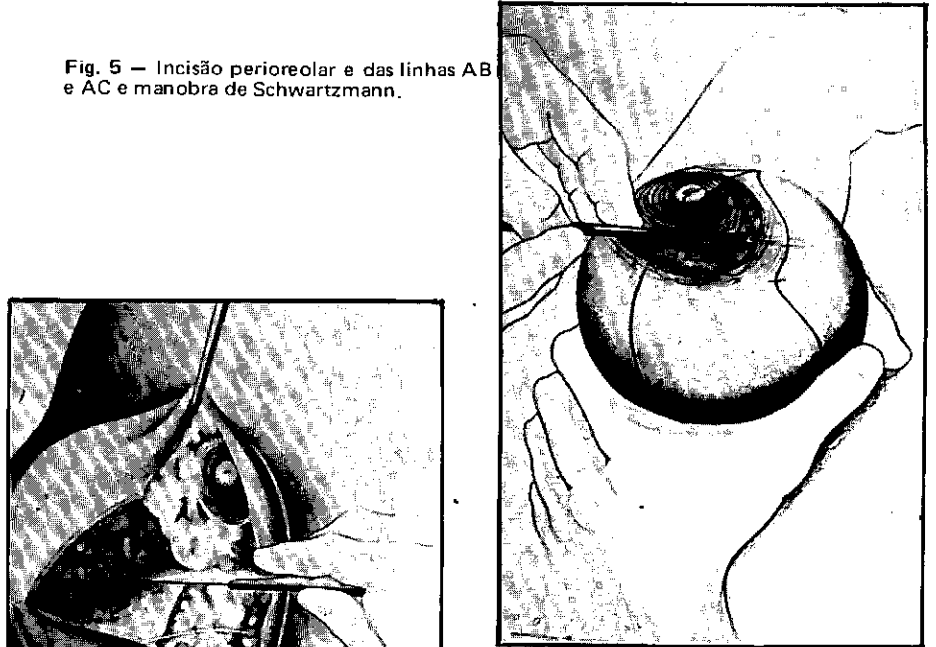


Fig. 5 - Incisão perioreolar e das linhas AB e AC e manobra de Schwartzmann.

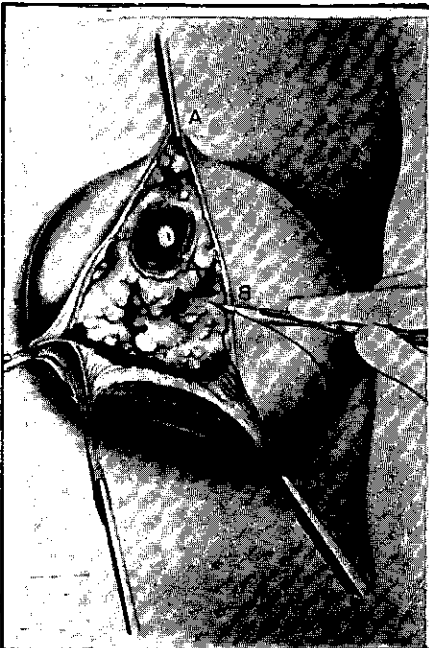


Fig. 6A, B - Incisão das linhas CD e BE e início da ressecção glandular dirigida para a Fascia Pectoralis.

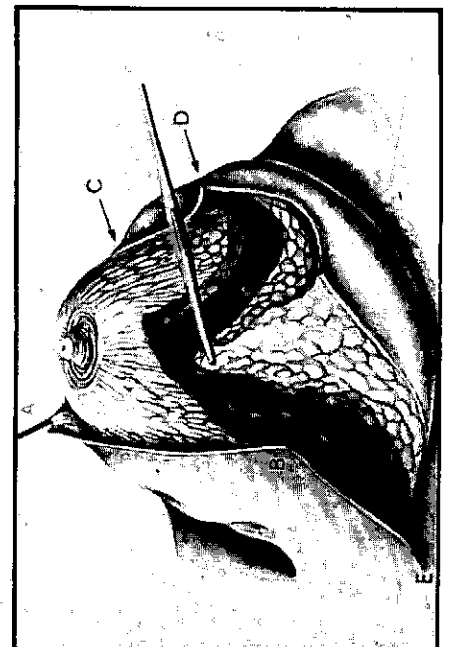


Fig. 7 - Desenho esquemático demonstrando a ressecção em quilha.

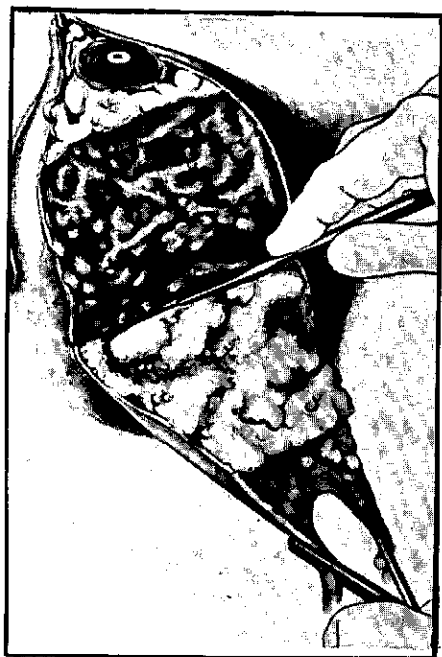


Fig. 8 - Figura ilustrativa de ressecção plana.

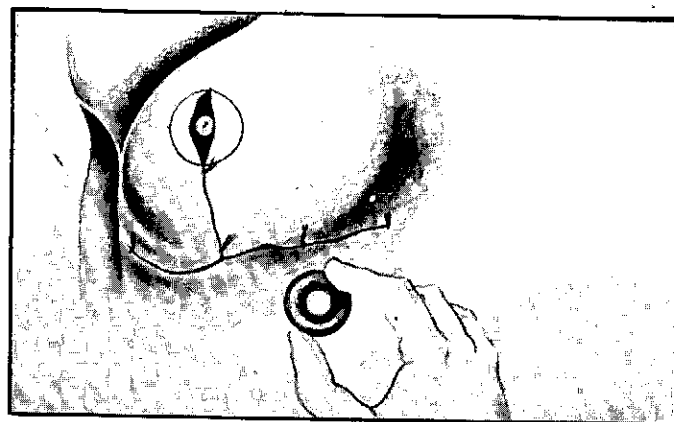


Fig. 9 - Desenho demonstrativa da marcação do complexo areolo-mamilar.



Fig. 10A -



Fig. 10C -

Paciente com 16 anos, apresentando acentuada hipertrofia mamária. A e C - pré-operatório, visão de frente e perfil. B e D - mesmas incidentes com 3 meses de pós-operatório.

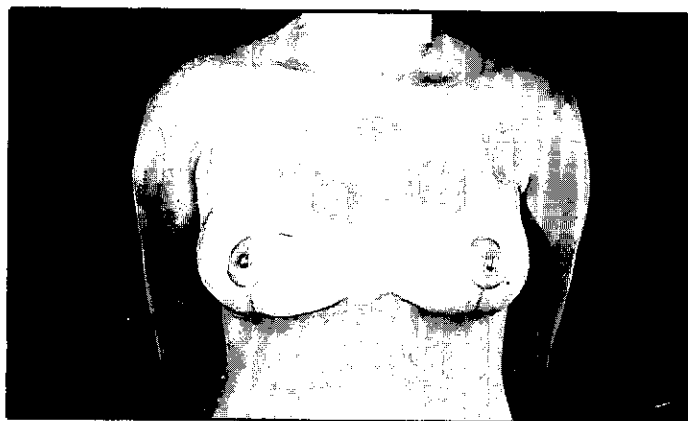


Fig. 10B -

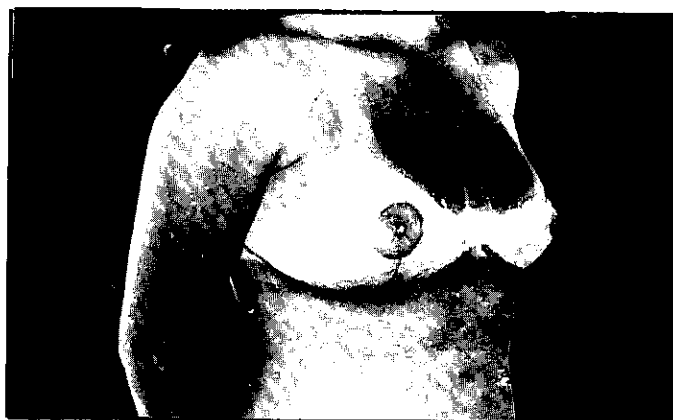


Fig. 10D

## REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS

- 1 - ARIÉ, G - Una nueva técnica de mastoplastia. *Rev. Lat. Am. Cirurg. Plast.*, 3:22, 1957.
- 2 - BAROUDI, R., KEPPKE, E. M. & CARVALHO, C. G. - Mammary reduction combined with reverse abdominoplasty. *Ann. Plast. Surg.*, 2:368, 1979.
- 3 - CARDOSO DE CASTRO, C. - Mammoplasty with curved incisions. *Plast. Reconstr. Surg.*, 57:596, 1976.
- 4 - Conroy, W. C. - Reduction mammoplasty with maximum superior subdermal vascular pedicle. *Ann. Plast. Surg.*, 2:189, 1979.
- 5 - CONVERSE, J. M. - *Reconstructive Plastic Surgery*. Philadelphia, W. B. Saunders Co., 3661-3723, 1977.
- 6 - CLOUTIER, A. M. - Volume reduction mammoplasty. *Ann. Plast. Surg.*, 2:475, 1979.
- 7 - CUNNINGHAM, L. - The anatomy of the arteries and veins of the breast. *J. Surg. Oncol.*, 9:71, 1977.
- 8 - DUFOURMENTEL, C. & MOULY, R. - Plastic mammaire par la méthode oblique. *Ann. Chir. Plast.*, 6:45, 1961.
- 9 - FREDERICKS, S. - Skeletal and postural relations in augmentation mammoplasty. *Ann. Plast. Surg.*, 1:44, 1978.
- 10 - GILLIES, H & McINDOE, A. H. - The technique of mammoplasty in conditions of hypertrophy of the breast. *Surg. Gynecol. Obstet.*, 68:658, 1939.
- 11 - GOLDWYN, R. M. - pulmonary function and bilateral reduction mammoplasty. *Plast. Reconstr. Surg.* 53:84, 1974.
- 12 - HOLLANDER, E. - Die Operation de Mammahypertrophie und der Hangebrust. *Dtsc. Med. Wochenschr.*, 50:1400, 1924.
- 13 - LEXER, E. - Hypertrophie bei der mammae. *Munchen Med. Wochenschr.*, 59:2702, 1912.
- 14 - MORESTIN, H. - Hypertrophie mammaire traitée par la résection discoïde. *Bull. Mem. Soc. Chir. Paris*, 33:649, 1909.
- 15 - PASSOT, R. - La chirurgie esthétique pure. *Hôpital (Paris)*. 11:184, 1923.
- 16 - PEIXOTO, G. - Reduction mammoplasty: a personal technique. *Plast. Reconstr. Surg.*, 65:217, 1980.
- 17 - PITANGUY, I. - Breast hypertrophy. *Trans. Intl. Soc. Plast. Surg. 2nd Congress, London, 1959*. Edinburgh, E. & S. Leivingstone, Ltd., 509-17, 1960.
- 18 - PITANGUY, I. - Aproximação eclética de problema das mamoplastias. *Rev. Bras. Cir.*, 41:179, 1961.
- 19 - PITANGUY, I. - Mamoplastias. Estudo de 245 casos consecutivos e apresentação de técnica pessoal. *Rev. Bras. Cir.*, 42:201, 1961.
- 20 - PITANGUY, I. & TORRES, E. - Histopathological aspects of mammary gland tissue in cases of plastic surgery of breast. *Brit. J. Plast. Surg.*, 27:297, 1964.
- 21 - PITANGUY, I. - Consideraciones a propósito de una técnica personal para el tratamiento de los hipertrofios mamarios. *Cir. Plast. Uruguay*, 9:23, 1968.
- 22 - PITANGUY, I. - Hipertrofias mamárias. *Cuad. Hosp. Clin. (Bolívia)*, 14, 1969.
- 23 - PITANGUY, I. - Breast hypertrophy. *Trans. 5th Internat. Cong. Plast. Reconstr. Surg., Australia, Melbourne*, p. 1180, 1971.
- 24 - PONTES, R. - A technique of reduction mammoplasty. *British J. Plast. Surg.*, 26:365, 1973.
- 25 - POUSSON, M. - De la mastopéxie. *Bull. Mem. Soc. Chir., Paris*, 23:507, 1897.
- 26 - SCHWARTZMANN, E. - Die technik der mammoplastik. *Chirurgica*, 2:932, 1930.
- 27 - STRAIT, R. E., LAWSON, J. M. & HIPPS, C. J. - The subcuticular suture. *Post-Grad. Med.*, 29:164, 1961.
- 28 - STROMBECK, J. O. - Mammoplasty: Report on a new technique based on the two-pedicle procedure. *Br. J. Plast. Surg.*, 13:79, 1960.
- 29 - THOREK, M. - *Plastic. surgery of the breast and abdominal wall*. Springfield, Ill, C. C. Thomas, 1942.