



Mamoplastia de aumento e mastopexia com retalho em cambalhota a partir de abdominoplastia reversa

Augmentation mammoplasty and mastopexy with somersault flap from reverse abdominoplasty

GIOVANNA CALIL VICENTE FRANCO DE SOUZA ^{1*} 

CLAUDIO MESSIAS MORAES ¹ 

DIOGO NASCIMENTO DIAS DE AGUIAR ¹ 

RODRIGO BAGATTINI CRUZ ¹ 

LEANDRO TUZUKI CAVALHEIRO ¹ 

RICARDO PORTELLA PERRONE ¹ 

■ RESUMO

Introdução: As mamas e o abdômen passam por grandes modificações morfológicas com perdas ponderais maciças. A mamoplastia de aumento é um dos procedimentos mais realizados na cirurgia plástica, ao contrário da abdominoplastia reversa, pouco descrita. Porém, em pacientes com flacidez abdominal superior que desejam o aumento mamário, a mamoplastia de aumento por meio da abdominoplastia reversa (AMBRA) torna possível o aprimoramento das mamas e do contorno abdominal simultaneamente. O objetivo deste trabalho é descrever um caso de mamoplastia de aumento e mastopexia utilizando retalho em cambalhota a partir de abdominoplastia reversa. **Relato de Caso:** Paciente do sexo feminino, parda, com história de perda ponderal maciça e com mamoplastia redutora e abdominoplastia prévias, evoluiu com ptose mamária e lipodistrofia em abdômen superior. Foi submetida à abdominoplastia reversa com utilização do retalho dermogorduroso epigástrico para projeção da mama. A paciente apresentou boa evolução pós-operatória, com resultado cirúrgico satisfatório. **Discussão:** As perdas ponderais maciças podem resultar em deformidades nas mamas e no abdômen que exigem cirurgias reparadoras. A remodelação mamária é difícil e pode exigir a utilização de tecidos adjacentes. A abdominoplastia, por sua vez, é a técnica mais consagrada para o rejuvenescimento do tronco; entretanto, quando a flacidez atinge principalmente o abdômen superior, a abdominoplastia reversa torna-se uma opção. Em casos em que o desejo de mamoplastia de aumento se associa ao excesso de volume supraumbilical, deve-se considerar a AMBRA. A mamoplastia de aumento por meio da abdominoplastia reversa revelou ser uma técnica viável neste caso, com resultado final satisfatório.

Descritores: Mama; Abdome; Perda de peso; Mamoplastia; Abdominoplastia.

Instituição: Irmandade da Santa Casa da Misericórdia de Santos, Santos, SP, Brasil.

Artigo submetido: 1/5/2019.

Artigo aceito: 21/10/2019.

Conflitos de interesse: não há.

DOI: 10.5935/2177-1235.2020RBCP0085

¹ Irmandade da Santa Casa da Misericórdia de Santos, Serviço de Cirurgia Plástica e Queimados, Santos, SP, Brasil.

■ ABSTRACT

Introduction: The breasts and abdomen undergo significant morphological changes with massive weight loss. Breast augmentation is one of the most commonly performed procedures in plastic surgery, unlike reverse abdominoplasty, which has been little described. However, in patients with upper abdominal flaccidity who want breast augmentation, breast augmentation through reverse abdominoplasty (AMBRA) makes it possible to improve the breasts and abdominal contour simultaneously. This work aims to describe a case of breast augmentation and mastopexy using a somersault flap from reverse abdominoplasty. **Case Report:** Female patient, brown, with a history of massive weight loss and previous mammoplasty and abdominoplasty, evolved with breast ptosis and lipodystrophy in the upper abdomen. She underwent reverse abdominoplasty using an epigastric dermofat flap for breast projection. The patient had a good postoperative evolution, with satisfactory surgical results. **Discussion:** Massive weight loss can result in deformities in the breasts and abdomen that require reparative surgery. Breast remodeling is arduous and may require the use of adjacent tissues. Abdominoplasty, in turn, is the most established technique for rejuvenating the trunk; however, when sagging mainly affects the upper abdomen, reverse abdominoplasty becomes an option. In cases where the desire for breast augmentation is associated with excess supraumbilical volume, AMBRA should be considered. Breast augmentation using reverse abdominoplasty proved to be a viable technique in this case, with a satisfactory final result.

Keywords: Breast; Abdomen; Weight loss; Mammoplasty; Abdominoplasty.

INTRODUÇÃO

As mamas e o abdômen passam por grandes modificações morfológicas com variações de peso¹. Em perdas ponderais maciças, a lipodistrofia abdominal vem acompanhada de pequeno volume mamário, associado ou não à ptose².

A mamoplastia de aumento com ou sem mastopexia ocupa a posição de um dos procedimentos mais realizados na cirurgia plástica. O implante mamário ainda é o método mais simples e seguro de melhorar a forma e o tamanho das mamas^{3,4}. Porém, complicações como contratura capsular, ondulações, palpabilidade, ruptura da prótese e perda de sensibilidade local tornam o aumento com tecido autólogo uma alternativa viável³⁻⁶.

Em contrapartida, a abdominoplastia reversa tem sido pouco descrita na literatura, tanto devido ao pequeno número de pacientes que se beneficiam dela, como pela não aceitação da cicatriz no abdômen superior³. Entretanto, quando o excesso de pele e a gordura residual localizam-se, principalmente na região epigástrica, ela se torna uma ótima alternativa,

já que frente a essa situação, nem sempre as técnicas clássicas de abdominoplastia são resolutivas⁷.

Em pacientes com flacidez abdominal superior que desejam o aumento mamário, a mamoplastia de aumento por meio da abdominoplastia reversa (*augmentation mammoplasty by reverse abdominoplasty - AMBRA*) ganha destaque. É uma técnica que utiliza os retalhos dermogordurosos do abdômen como implante mamário, abordando ambas as regiões simultaneamente³.

O objetivo deste trabalho é relatar um caso de mamoplastia de aumento e mastopexia a partir de retalho dermogorduroso em cambalhota proveniente de abdominoplastia reversa.

RELATO DE CASO

Paciente do sexo feminino, 47 anos, parda, com história de obesidade mórbida (IMC 53,15kg/m²) e perda ponderal de 59kg em 6 anos, evoluiu no pós-operatório tardio de abdominoplastia e mamoplastia redutora prévias com ptose mamária e lipodistrofia em região epigástrica. Quanto às comorbidades, relatou apenas

hipertensão arterial sistêmica em tratamento e negou tabagismo. Ao exame físico, paciente com 59kg, 1,49m e IMC 26,58kg/m². As mamas continham cicatriz em T invertido e eram pouco volumosas, principalmente em polo superior, ptosadas e com substituição gordurosa, sendo classificadas como grau II de Regnault (Figura 1). O abdômen apresentava cicatriz horizontal inferior, com aumento de volume da região supraumbilical (Figura 1). Para correção simultânea da ptose mamária e da lipodistrofia epigástrica, foi optado pela realização de mamoplastia de aumento e mastopexia com retalho em cambalhota a partir de abdominoplastia reversa.



Figura 1. Pré-operatório.

Com a paciente em posição ortostática, foi realizada demarcação cirúrgica (Figura 2). Determinada linha média iniciando na fúrcula, passando pelo apêndice xifoide e terminando na cicatriz umbilical. Identificado o ponto A através de manobra bidigital como projeção do sulco inframamário sobre o polo superior da mama, coincidindo também com a linha média umeral. A partir do ponto A, traçou-se a marcação com distância igual ao diâmetro areolar até borda inferior do complexo areolopapilar (CAP) e, a partir dele, fuso englobando a cicatriz prévia. Marcados sulcos inframamários, com linha de quebra de cicatriz em região mediana, ficando pré-determinada uma distância de 8cm de cada lado a partir da linha média para encontro da cicatriz da mastopexia. Traçada linha paralela a dos sulcos em abdômen superior identificada através de pinçamento, sendo os limites laterais as linhas axilares anteriores.

Paciente em decúbito dorsal, sob anestesia geral e peridural. Realizada incisão sobre as marcações prévias, seguida de desepitelização periareolar e abdominal (Figura 3). Após descolamento e secção mediana dos retalhos dermogordurosos a partir do abdômen superior (Figura 3), foram confeccionadas lojas subglandulares nas mamas (Figura 4). Os retalhos foram reparados e, após rotação em cambalhota, fixados na fáscia do músculo peitoral maior, na altura do 3º arco costal (Figura 4). Realizado descolamento craniocaudal do

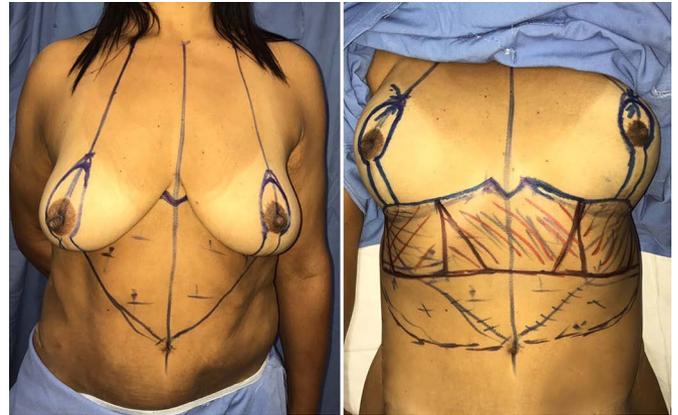


Figura 2. Marcação cirúrgica.

abdômen até cicatriz umbilical. Com intuito de diminuir espaço morto e tensão do fechamento, optou-se pela realização de pontos de Baroudi em toda área dissecada, até o perióstio do 6º arco costal, para formação do novo sulco inframamário (Figura 5). Concluída montagem e simetrização das mamas, com posicionamento do CAP (Figura 5). Realizado fechamento por planos (Figura 6). Curativo elaborado com gaze e micropore estéreis.



Figura 3. Desepitelização, descolamento e secção dos retalhos.

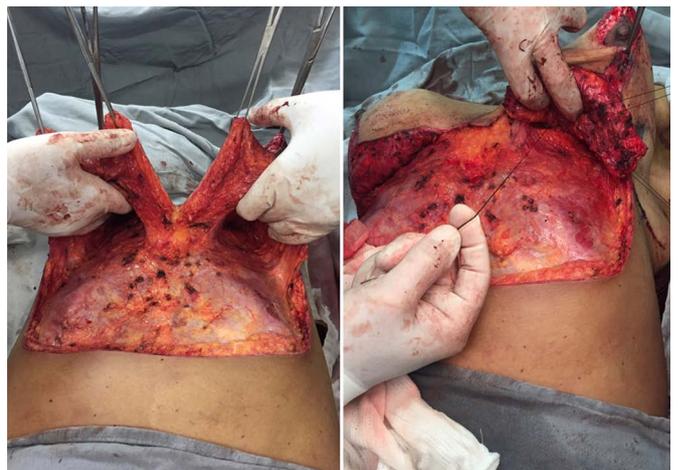


Figura 4. Confeção das lojas subglandulares e rotação dos retalhos em cambalhota.



Figura 5. Pontos de Baroudi e montagem das mamas.



Figura 8. Pós-operatório tardio.



Figura 6. Pós-operatório imediato e 6º dia pós-operatório.

A paciente não apresentou intercorrências, recebendo alta hospitalar no 1º dia de pós-operatório. A ferida operatória apresentava-se em bom aspecto, sem sinais flogísticos ou de outras complicações. A paciente retornou para seguimento ambulatorial, não sendo evidenciados seroma, hematoma, deiscência, epiteliólise ou necrose do retalho (Figuras 6, 7 e 8).



Figura 7. Pós-operatório tardio.

DISCUSSÃO

Durante o ganho de peso, as alterações anatômicas dos tecidos moles e o padrão de deposição de gordura são determinados pelo sexo, idade, ingestão calórica, atividade física e predisposição genética do paciente. Da mesma forma, as mudanças na forma e no contorno corporal que ocorrem após perda ponderal maciça também são influenciadas por estes fatores, bem como pelo peso perdido². Com estas conseqüentes deformidades funcionais e estéticas, o número de cirurgias que visam repará-las vem aumentando, exigindo a expertise dos cirurgiões plásticos⁶.

Após grandes perdas ponderais, as mamas perdem forma, projeção e elasticidade⁸. Devido à ptose significativa e pele redundante secundária à atrofia de gordura após efeito expansor da obesidade, a mastopexia isolada nem sempre tem resultado satisfatório, sendo necessário aumento simultâneo⁶. Esta remodelação mamária é difícil e pode exigir a utilização de tecidos adjacentes⁸. Na década de 50, Longacre descreveu técnica de aumento e reconstrução mamária utilizando retalhos dermogordurosos com pedículo superior que são dobrados sob eles mesmos em cambalhota e fixados na fáscia peitoral⁹⁻¹¹.

O abdômen, por sua vez, é uma das regiões que mais apresentam variações com a perda de peso e resolver as deformidades adquiridas nem sempre é fácil¹². A abdominoplastia convencional é a técnica mais consagrada para o rejuvenescimento do tronco; entretanto, quando a flacidez atinge principalmente o abdômen superior, a abdominoplastia reversa torna-se uma opção³. Ela foi descrita pela primeira vez em 1972, por Rebello e Franco¹³. Em 1979, Baroudi et al.¹ associaram a técnica à mamoplastia redutora, e ressaltaram a importância da fixação dos retalhos das mamas e do abdômen ao novo sulco mamário. Posteriormente, em 2009, Deos et al.¹² propuseram a abdominoplastia reversa tensionada,

com tração do retalho e sua fixação à aponeurose abdominal, permitindo assim melhora da qualidade da cicatriz por ser livre de tensão e diminuição do índice de seroma e necrose pela redução do espaço morto. Yacoub et al., em 2012¹⁴, publicaram a abdominoplastia reversa estendida, com ampla dissecação até o púbis e possibilitando a combinação com outras cirurgias. Após, em 2014, Saldanha et al.¹⁵ detalharam o uso do retalho remanescente da abdominoplastia reversa para reconstruções de mama.

Em casos em que o desejo de mamoplastia de aumento se associa ao excesso de volume supraumbilical, deve-se considerar a mamoplastia de aumento por meio da abdominoplastia reversa (AMBRA). Ela utiliza os retalhos excedentes do abdômen como próteses mamárias. Eles são desepitelizados, dobrados e posicionados no plano subglandular das mamas, permanecendo ligados aos seus pedículos vasculares superiores. Tendo em vista a combinação dos procedimentos, a cicatriz, apesar de extensa, não é fator impeditivo. Além disso, uma vez que o tecido é autólogo, o resultado fica mais natural e não existe o risco de ocorrer contratura capsular, nem perda de sensibilidade³.

CONCLUSÃO

A abdominoplastia reversa tem recebido pouca atenção na literatura médica, fato oposto ao que ocorre com a mamoplastia de aumento, que é uma das intervenções mais realizadas pelos cirurgiões plásticos atualmente. Todavia, estas duas técnicas podem ser combinadas, visando abordar pacientes que apresentam lipodistrofia abdominal superior associada a pequeno volume mamário isolado ou com graus variados de ptose. A mamoplastia de aumento por meio da abdominoplastia reversa (*augmentation mammoplasty by reverse abdominoplasty - AMBRA*) revelou-se como um procedimento viável e eficaz, desde que bem indicado. Apesar da extensa cicatriz resultante, as vantagens de se utilizar tecido autólogo como implante e o ótimo resultado final se sobressaíram.

COLABORAÇÕES

GCVFS Concepção e desenho do estudo, Redação - Preparação do original, Redação - Revisão e Edição

CMM Concepção e desenho do estudo, Redação - Preparação do original, Redação - Revisão e Edição

DNDA Concepção e desenho do estudo, Redação - Revisão e Edição

RBC Concepção e desenho do estudo, Redação - Revisão e Edição

LTC Metodologia, Supervisão

RPP Aprovação final do manuscrito, Supervisão

REFERÊNCIAS

1. Baroudi R, Keppke EM, Carvalho CG. Mammary reduction combined with reverse abdominoplasty. *Ann Plast Surg.* 1979 Mai;2(5):368-73.
2. Agha-Mohammadi S, Hurwitz DJ. Management of upper abdominal laxity after massive weight loss: reverse abdominoplasty and inframammary fold reconstruction. *Aesthetic Plast Surg.* 2010 Abr;34(2):226-31.
3. Zienowicz RJ, Karacaoglu E. Augmentation mammoplasty by reverse abdominoplasty (AMBRA). *Plast Reconstr Surg.* 2009 Nov;124(5):1662-72.
4. Lai YL, Yu YL, Centeno RF, Weng CJ. Breast augmentation with bilateral deepithelialized TRAM flaps: an alternative approach to breast augmentation with autologous tissue. *Plast Reconstr Surg.* 2003 Jul;112(1):302-8;discussion:309-11.
5. Van Landuyt K, Hamdi M, Blondeel P, Monstrey S. Autologous breast augmentation by pedicled perforator flaps. *Ann Plast Surg.* 2004 Out;53(4):322-7.
6. Kwei S, Borud LJ, Lee BT. Mastopexy with autologous augmentation after massive weight loss: the intercostal artery perforator (ICAP) flap. *Ann Plast Surg.* 2006 Out;57(4):361-5.
7. Flores LRP, Oliveira Junior FC, Zampar AG, Mélega JM. Cirurgia pós-bariátrica do tronco superior: abdominoplastia em "Y". *Rev Bras Cir Plást.* 2010 Set;25(3):540-6.
8. Hurwitz DJ, Agha-Mohammadi S. Postbariatric surgery breast reshaping: the spiral flap. *Ann Plast Surg.* 2006 May;56(5):481-6.
9. 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 (1946).* 1954 Dez;14(6):431-41.
10. Longacre JJ, Destefano GA, Holmstrand K. Breast reconstruction with local derma and fat pedicle flaps. *Plast Reconstr Surg Transplant Bull.* 1959 Dez;24:563-76.
11. Vieira LFD, Almeida CLA. Mastopexia a Longacre modificada. *Rev Bras Cir Plást.* 2012 Jan/Mar;27(1):67-72.
12. Deos ME, Arnt RA, Gus EI. Tensioned reverse abdominoplasty. *Plast Reconstr Surg.* 2009 Dez;124(6):2134-41.
13. Rebello C, Franco T. Abdominoplastia por incisão submamária. *Rev Bras Cir.* 1972;62:249-52.
14. Yacoub CD, Baroudi R, Yacoub MB. Abdominoplastia reversa estendida. *Rev Bras Cir Plást.* 2012 Abr/Jun;27(2):328-32.
15. Saldanha OR, Urdaneta FV, Llaverias F, Saldanha Filho OR, Saldanha CB. Reconstrução de mama com retalho excedente de abdominoplastia reversa. *Rev Bras Cir Plást.* 2014;29(2):297-302.

*Autor correspondente:

Giovanna Calil Vicente Franco de Souza

Rua Alferes Ângelo Sampaio, 967, Apto. 801, Água Verde, Curitiba, PR, Brasil.
CEP: 80250120

E-mail: giovannacvfsouza@hotmail.com