

Rompiendo paradigmas: reducción mamaria vía axilar

Breaking paradigms: axillary reduction mammoplasty



Felicio, Y.

Felicio, Y*

Resumen

Presentamos un estudio sobre cirugía de reducción mamaria por vía axilar realizado entre marzo de 1993 y marzo del 2012 destinado a probar la eficacia de un método que además de reducir la mama, resulta más económico que los convencionales, precisa de menor tiempo operatorio, y evita perder tiempo en cálculos matemáticos complejos para determinar la cantidad de tejido a resear.

La resección de tejido mamario y graso se hace manteniendo la porción central de la mama y el complejo areola-pezones (CAP) y, de acuerdo a cada caso, se favorece la retracción areolar en función de la cantidad de tejido reseado y de las fibras elásticas presentes en la mama, sin ninguna cirugía sobre la areola.

Estudiamos un total de 500 mamas operadas de reducción mamaria vía axilar con edades entre 16 y 58 años. Las intervenciones realizadas fueron en un 66% por hipertrofia mamaria, 15% por ptosis, 10% por asimetría, 8% por mastopexia asociada a implantes de silicona y 1% por resección tumoral asociada a reducción mamaria.

La cantidad de tejido mamario reseado osciló entre 50 y 1.500 gr., correspondiendo el mayor porcentaje de casos, 35%, al grupo de entre 200-300 gr. de resección. El índice de complicaciones fue del 3,4%, bajo en comparación con el que se presenta en técnicas convencionales (estadística personal). En 500 mamas operadas encontramos 17 complicaciones: 6 queloides y 6 cicatrices hipertróficas tras seromas que fueron drenados diariamente durante una media de 15 días; 3 hematomas y 2 casos de hipersensibilidad en uno de los brazos (uno derecho y otro izquierdo) que cedieron en 30 días con cuidados físicos y fisioterapia.

Como media, tras un periodo de 6 meses, la mayoría de las pacientes mostraron clara satisfacción con los resultados.

Desde hace cuatro décadas la mayoría de los cirujanos plásticos emplean técnicas de reducción mamaria que producen una, dos o tres cicatrices en la mama y muchas mujeres evitan someterse a este tipo de cirugía por la extensión de las cicatrices. Es necesario romper paradigmas, pues desde 1924 existen registros de cirugías de reducción mamaria por vía axilar. Esta vía, que debe ser divulgada, hace posible la reducción mamaria con una única cicatriz que queda escondida en los pliegues axilares.

Palabras clave Reducción mamaria,
Hipertrofia mamaria, Vía axilar.

Código numérico 5210-52105

Abstract

We present a study on axillary breast reduction surgery conducted between March 1993 and March 2012 to test the effectiveness of a method that besides reducing the breast it's cheaper than conventional ones, requires shorter operative time, and avoids wasting time on complex mathematical calculations to determine the amount of tissue to resect.

Resection of glandular and fatty breast tissue is done maintaining the central portion of the breast and nipple-areola complex (CAP) and, according to each case, favors the areolar retraction depending on the amount of tissue resected and the presence of elastic fibers in the breast without any surgery on the areola.

We study a total of 500 breasts operated on axillary breast reduction, aged between 16 and 58 years. Surgeries were 66% for breast hypertrophy, ptosis 15%, 10% asymmetry, mastopexy associated with silicone implants 8% and 1% for tumor resection associated with breast reduction.

The amount of breast tissue resected ranged from 50 to 1,500 g., with the highest percentage of cases, 35%, in the group between 200-300 gr. resected. The complication rate was 3.4%, low compared to the one presented in conventional techniques (personal statistics). In 500 breasts operated we found 17 complications: 6 keloids and hypertrophic scars after seromas daily drained for an average of 15 days, 3 hematomas and 2 cases of hypersensitivity in one arm (one right and one left) that yielded in 30 days with physical care and physical therapy.

After an average period of 6 months, most patients showed clear satisfaction with the results.

For four decades, most plastic surgeons have used breast reduction techniques that produce one, two or three scars on the breast and prevent many women undergo this type of surgery by the extent of scarring. We need to break paradigms, because since 1924 there are records of axillary breast reduction surgery. This technique, enables a single breast reduction scar hidden in the axillary folds.

Key words Breast reduction, Breast hypertrophy,
Axillary reduction mammoplasty

Numerical Code 5210-52105

* Especialista en Cirugía Plástica, Estética y Reparadora. Hospital Regional de Unimed y Hospital Santa Casa de Misericórdia, Fortaleza, Ceará, Brasil.

Introducción

Durante 9 años, entre 1984 y 1993, hemos intervenido 1.000 mamas con incisión periareolar (1). Después, paso a paso (2,3) llegamos a la conclusión de que era posible reducir la mama a través de la axila, ya que el mayor problema de la cirugía de reducción de mama a nuestro juicio, eran las cicatrices resultantes. La vía axilar las evita y permite que la única cicatriz quede escondida en los pliegues de la axila. Sabemos además que es más fácil corregir una mala cicatriz de la axila que de la mama.

Se han descrito muchas técnicas de reducción mamaria entre las que destacan los estudios de Arié (4), Mouly y Dufourmentel (5), Strombeck (6) y Pitanguy (7); todas ellas retiran tejido de la parte central de la mama provocando a largo plazo una concavidad del polo superior de la misma. A lo largo de nuestros 38 años de experiencia clínica hemos observado que la mayoría de las mujeres desean tener un polo superior mamario convexo, lleno, más característico de la sexualidad femenina.

Durante cuatro décadas, la comunidad internacional de cirujanos plásticos en todos los continentes ha empleado técnicas quirúrgicas de reducción mamaria que acaban con una, dos o tres cicatrices, cuando sin embargo, ya en 1924 el francés D'Artigues (8) describió y publicó su técnica de reducción y elevación mamaria por vía axilar, evitando las cicatrices en la mama.

Al inicio de una nueva década se hace necesario romper paradigmas, evitar el sacrificio que supone para una mujer el que reducir el tamaño de sus mamas acarree para toda su vida estigmas cicatriciales en las mismas.

Desde enero de 1993 empleamos la técnica de reducción mamaria por vía axilar, con un total de más de 500 mamas operadas con éxito. En 2002 publicamos en la revista de la Sociedad Brasileña de Cirugía Plástica un estudio comparativo del trauma sufrido mediante dos técnicas: reducción mamaria vía axilar y reducción mamaria con cicatriz en T invertida (9), en el que como conclusión decíamos que una técnica no invalida a la otra. En 2009, Schiffman publicó una verdadera biblia de la cirugía mamaria (10) en la que contribuimos con el capítulo 44 acerca de esta técnica vía axilar.

Las ventajas que a nuestro juicio presenta la vía axilar son:

1. Resulta más económica, puesto que solo emplea 4 o 5 hilos de sutura para ambas mamas: un Vicryl 3-0; 2 mononylon 4-0 y 1 o 2 mononylon de 5-0.
2. Se reduce el tiempo operatorio en aproximadamente 40 minutos a 1 hora.
3. Como principal ventaja, se mantiene la forma original de la mama.
4. Se evitan cicatrices en la mama y la única resultante queda escondida en los pliegues axilares.

Las dos mayores insatisfacciones de las pacientes en cuanto a la cirugía mamaria radican por lo general en la extensión de las cicatrices resultantes y en la lateraliza-

ción de las mamas, y solamente la vía axilar posibilita su corrección. Las pacientes hoy en día son muy exigentes; quieren tener buenos resultados y no tener cicatrices visibles. En Brasil, principalmente en el Nordeste del país donde residimos, la cicatrización es un gran problema puesto que la población de esta zona geográfica tiene una piel muy pigmentada y por tanto mucho más susceptible de padecer cicatrices hipertróficas y queloides.

Material y método

Entre marzo de 1993 y marzo del 2012 practicamos reducción mamaria en un total de 500 mamas. Las cirugías realizadas fueron (Tabla I) en un 66% por hipertrofia mamaria, 15% por ptosis, 10% por asimetría, 8% por mastopexia asociada a implantes de silicona y 1% por resección tumoral asociada a reducción mamaria. Las patologías halladas fueron (Tabla II): hipertrofia mamaria en el 52%, mastopatía fibroquística en el 25%, linfadenitis en el 20%, lipomas en el 1,6%, fibroadenomas en el 1%, mazoplastia en el 0,2% y quistes de cúpula azul en el 0,2%. La edad de las pacientes osciló entre los 16 y los 58 años (Tabla III).

En cuanto a la cantidad de tejido reseca (Tabla IV), llama la atención el que hace 10 años, la media estaba entre los 500 y los 1.000 gr, mientras que en la actualidad el mayor porcentaje de casos, 35% del total intervenido, corresponde a una resección de entre 200-300 gr.

Tabla I: Distribución del total de casos

Cirugías	Nº	%
Hipertrofia mamaria	330	66
Ptosis	75	15
Asimetría	50	10
Mastopexia asociada a implantes de silicona	40	08
Tumor	5	1
Total	500	100

Casística recogida entre marzo de 1993 y marzo del 2012

Tabla II: Patologías encontradas

PATOLOGÍA	Nº	%
Hipertrofia mamaria	260	52
Mastopatía fibroquística	125	25
Linfadenitis	100	20
Lipoma	8	1,6
Fibroadenoma	5	1,0
Mazoplastia*	1	0,2
Quiste de cúpula azul	1	0,2
Total	500	100

Casística recogida entre marzo de 1993 y marzo del 2012

* Mastitis crónica

Tabla III: Edades de las 500 mamas operadas

Edad	Nº	%
16 - 25	125	25
26 - 35	190	38
36 - 45+	185	37
Total	500	100

Casuística recogida entre marzo de 1993 y marzo del 2012

Tabla IV: Cantidad de tejido resecaado

Peso en gr.	Nº	%
50 - 100	25	5
101 - 200	165	33
201 - 300	175	35
301 - 400	50	10
401 - 500	35	7
501 - 1500	50	10
Total	500	100

Casuística recogida entre marzo de 1993 y marzo del 2012

Tabla V: Complicaciones (3,4%)

Queloides	6
Hipertrofia cicatricial (secundaria a seroma)	6
Hematoma (asociado a pequeña dehiscencia)	3
Hipersensibilidad en brazo	2
Total	17

Casuística recogida entre marzo de 1993 y marzo del 2012

Las complicaciones (Tabla V) han supuesto un total de 17 casos (3,4%), lo que supone un índice bajo en comparación con el que se presenta en técnicas convencionales (según estadística personal). Dichas complicaciones fueron: 6 queloides y 6 cicatrices hipertróficas tras seromas que fueron drenados diariamente durante una media de 15 días; 3 hematomas con dehiscencia y 2 casos de hipersensibilidad temporal en uno de los brazos (uno derecho y otro izquierdo) que cedieron en 30 días con cuidados físicos y fisioterapia.

Técnica Quirúrgica

Realizamos la cirugía con la paciente en decúbito supino y con los brazos en extensión y abiertos. No es necesario sentarla.

Empleamos anestesia epidural y sedación.

La técnica consiste en una incisión fusiforme que contornea la axila (Fig. 1). El plano de clivaje ideal es el intraglandular, evitando superficializar para no provocar quemaduras en la piel y no profundizar para no cortar fibras musculares. Empleamos bisturí de radiofrecuencia que re-



Fig. 1. Incisión fusiforme en la axila.

Fig. 1. Incisão fusiforme axilar.



Fig. 2. Resección cuidadosa de tejido mamario.

Fig. 2. Ressecção de tecido mamário cuidadosa.

duce el sangrado ya que permite cortar y coagular de forma simultánea, lo que ayuda también a reducir el tiempo operatorio. La disección debe ser cuidadosa y vamos retirando poco a poco el tejido mamario y graso (Fig. 2).

Es primordial en la realización de la técnica no tocar el complejo pezón-areola (CPA); solamente retiraremos el tejido que está a su alrededor ya que su mantenimiento evita que la mama bascule en el postoperatorio tardío, hecho que acontece en la mayoría de las otras técnicas de reducción mamaria en las que el CPA se escinde, a excepción de la técnica periareolar.

En cuanto a la cantidad de tejido a resecaar, con esta técnica no es necesario hacer cálculos matemáticos ni diseños complejos; es una técnica fisiológica en la que se va eliminando exactamente el tejido que es necesario; mientras haya tejido mamario sobre el plano pectoral continuaremos la resección, preferentemente en el polo inferior y en el cuadrante lateral externo de la mama, evitando la resección de tejido mamario del polo superior para favorecer la convexidad de la mama en el postoperatorio y para reducir la lateralización mamaria (Fig. 3).

El procedimiento finaliza con la sutura en tres planos: el plano mamario se cierra con un hilo de Vicryl 3-0; el tejido celular subcutáneo con 2 hilos de mononylon 4-0 y la piel con 1 o 2 hilos de mononylon 5-0 para ambas axilas. También se pueden emplear grapas para re-

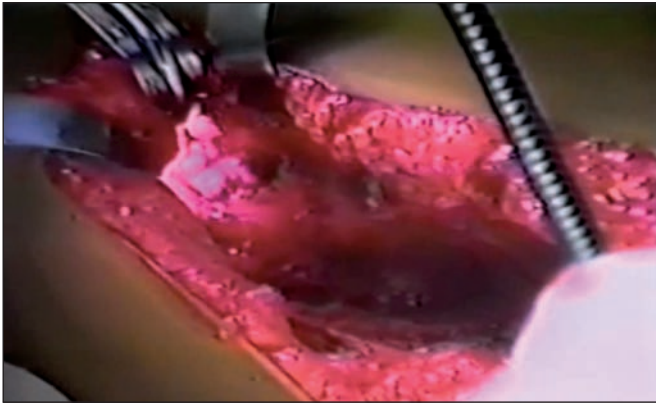


Fig. 3. Resección glandular.
Fig. 3. Resecção glandular.



Fig. 4. Cierre por planos.
Fig. 4. Sutura em três planos.

ducir el tiempo operatorio. Estas suturas cierran la reducción tisular y la retracción de los tejidos favorecerá la elevación de la mama. No tienen función de conificar la mama ni de cambiarle la forma y es muy importante que así se lo expliquemos a las pacientes que tras la cirugía tendrán una mama más pequeña y elevada, pero con la misma forma que tenía en el preoperatorio (Fig. 4).

Colocamos un drenaje (empleamos un catéter de suero) fijado a la piel en la porción lateral y más inferior de la mama y lo retiramos a los 24 horas. Todo el material resecado se envía de forma rutinaria a estudio anatomopatológico.

Finalizamos la intervención colocando un apósito en las heridas axilares y un sujetador que la paciente mantendrá durante los siguientes 3 meses. Recomendamos colocar bolsas frías en mamas y axilas durante 15 minutos 5 veces al día para favorecer el confort de las pacientes y reducir más rápidamente la inflamación y el edema postoperatorios.

La sutura de piel se retira entre los 12 y 15 días.

Discusión

La filosofía en la que se basa la técnica de reducción mamaria por vía axilar es completamente diferente a la de

las técnicas que emplean la vía areolar o mamaria (4-7). En primer lugar consideramos que la vía axilar favorece una técnica cerrada mientras que las otras vías son de cirugía abierta (8). Además el resultado final de la mama operada por la vía axilar debe valorarse al año de la intervención, si bien la mayor parte de las pacientes muestran ya satisfacción con los resultados a los 6 meses de postoperatorio (Fig. 5-7). En las demás técnicas, vemos en el postoperatorio inmediato una reducción y elevación mamaria satisfactorias, pero invariablemente, a largo plazo, la mama bascula ya que la parte central de la mama es la más resecada y eso supone la pérdida del principal soporte mamario. El polo superior de la mama se torna cóncavo. Cuando empleamos la vía axilar, esta posibilidad es más remota ya que no intervenimos sobre la zona del CPA sino a su alrededor, principalmente en los cuadrantes inferior y lateral externo. La retracción de la areola se produce por la presencia de fibras elásticas; cuanto mayor sea su número, mayor será la retracción obtenida para compensar la resección de tejido mamario y grasa (efecto adaptación entre continente/contenido).

Es un hecho cierto que muchas pacientes a las que les gustaría reducir el tamaño de sus mamas, rechazan la ci-

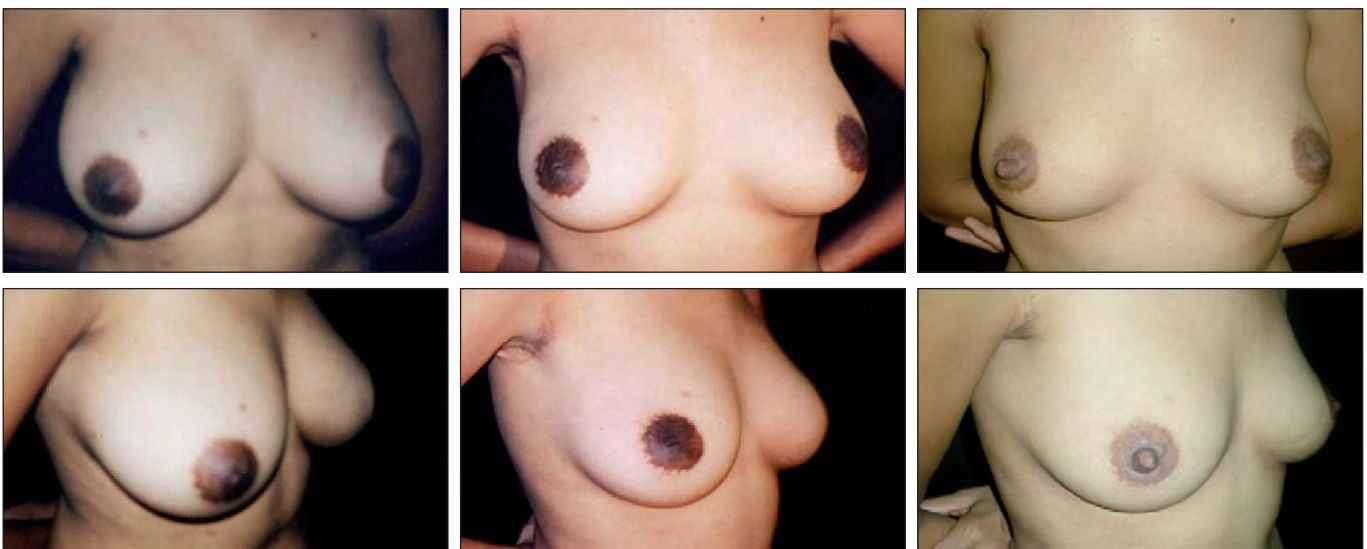


Fig. 5. Caso 1. Mama glandular. Resección de 380 gr. en cada mama. Izquierda: preoperatorio. Centro: Postoperatorio al año. Derecha: Postoperatorio a los 17 años.

Fig. 5. Caso 1. Mama glandular. Resecado 380g de cada mama. Esquereda: pre-operatorio. Centro: um ano pós-operatorio. Dereita: 17 anos pós-operatorio.

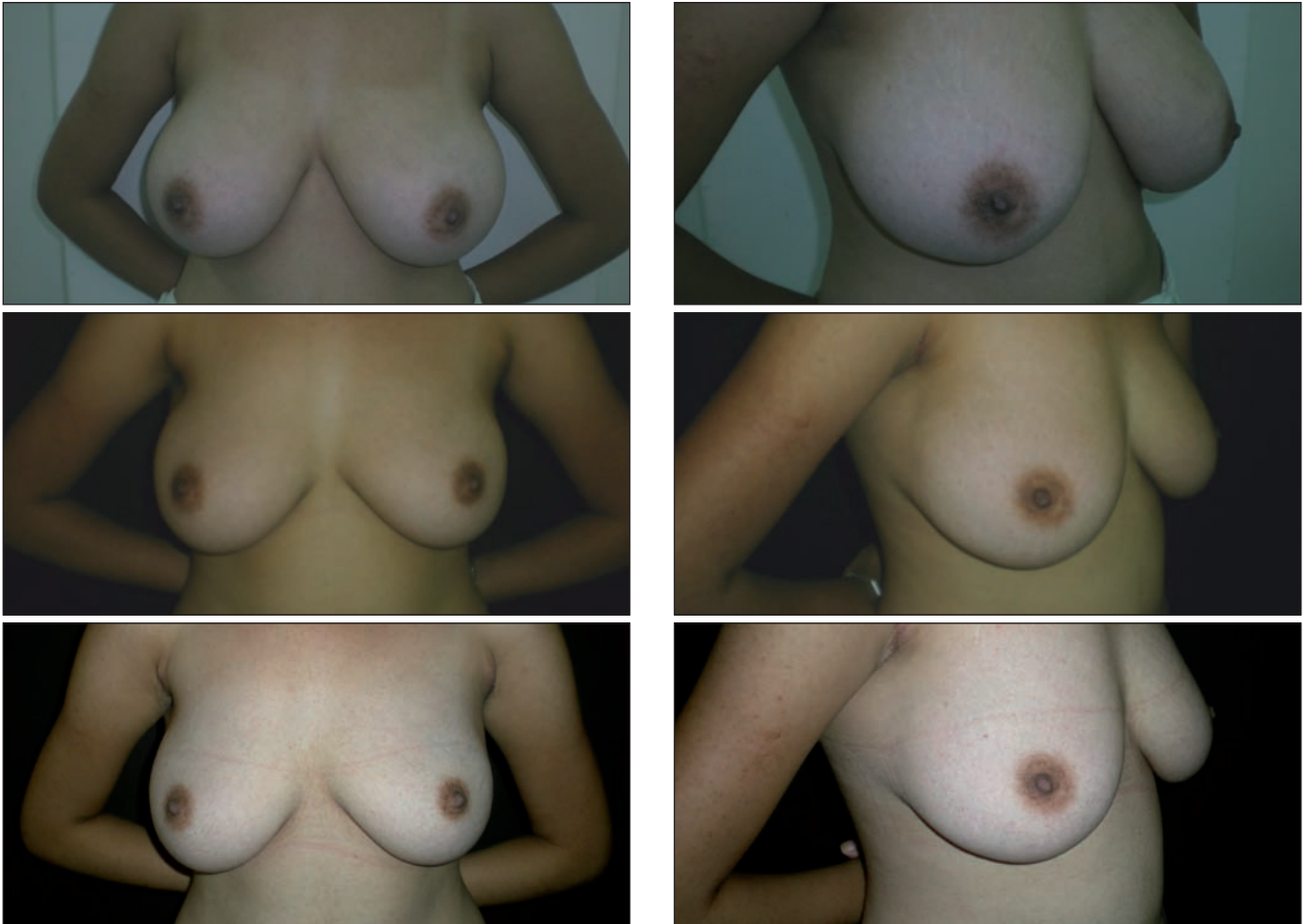


Fig. 6. Caso 2. Paciente de 20 años de edad. Mamas con abundante tejido graso y asimetría. Resección de 300 gr. en mama izquierda y de 250 gr. en mama derecha. Superior: preoperatorio. Medio: Postoperatorio a los 4 meses. Inferior: Postoperatorio a los 6 meses.

Fig. 6. Caso 2 - Paciente com 20 anos, com mama gordurosa e com assimetria. Retirada de 300g da mama esquerda e 250g da mama direita. Superior: pre-operatório. Médio: pós-operatório 4 meses. Inferior: pós-operatório 6 meses.



Fig. 7. Caso 3. Paciente de 30 años de edad con mama mixta (tejido graso y glandular). Resección de 280 gr. en cada lado. Izquierda: Preoperatorio. Derecha: Postoperatorio a los 2 años.

Fig. 7. Caso 3. Paciente de 30 anos com mama mista (gordurosa e glandular) ressecado 280g de cada lado. Esquerda: pre-operatório. Dereita: pós-operatório 2 anos.

rugía por el temor a las cicatrices. Mientras, la mayor parte de cirujanos del mundo insisten en seguir realizando técnicas de reducción mamaria que conllevan una, dos o tres cicatrices. Debemos romper paradigmas establecidos para conseguir un mayor nivel de satisfacción en nuestras pacientes. Es un mito pensar que no se puede conseguir una resección suficiente de tejido mamario y de grasa a través de la axila (9). En la Biblia está escrito que Moisés estuvo 40 años por el desierto a la espera de que cambiaran las civilizaciones y de que los nuevos pueblos entendiesen sus pensamientos....

El resultado del método que presentamos no es solamente técnico, sino que depende en gran medida de la calidad de los tejidos mamaros, de forma que si se trata de una mama principalmente glandular conseguimos mejores resultados y si es grasa o mixta, los resultados serán menores. Si la elasticidad de la piel también es buena, los resultados serán también mejores, como en las demás técnicas.

Es muy importante advertir a las pacientes de que los resultados óptimos solo se producirán tras un año de postoperatorio, cuando la retracción cicatricial de los tejidos se haya completado.

Conclusiones

A pesar de que la vía axilar para reducción mamaria es una técnica poco divulgada, debemos apreciar su importancia, principalmente para reducir el trauma mamaro, evitando incisiones sobre la misma con el resultado final de cicatrices visibles.

Consideramos además que es una vía fácil, una técnica económica en ejecución y tiempo operatorio y con buenos resultados. Por tanto, una técnica a tener en cuenta desterrando ideas preconcebidas, pero que no invalida en modo alguno otras técnicas existentes.

Dirección del autor

Dra. Yhelda Felicio
Rua: Professor Dias da Rocha N:1200
Aldeota –Fortaleza – Ceará – Brasil
e-mail: yheldafelicio@secrel.com.br

Bibliografía

1. **Felicio Y:** Periareolar reduction mammoplasty. *Plast Reconstr Surg* 1991;88(5):789.
2. **Felicio Y:** Plastie mammaire de réduction sans cicatrice mammaire, avec radio-chirurgie. *La Ver Chir Esthét Langue Franç* 1993;18(73):53.
3. **Felicio Y:** Axillary reduction mammoplasty – Yhelda Felicio's technique. *Aest Plast Surg* 1997;21(4):268.
4. **Arié G:** Una nueva técnica de mamoplastia. *Cir. plást iberolatinoam.* 1957;3:23.
5. **Mouly RY, Dufourmentel C:** Plasties mammaires par La méthode oblique. *Ann Chir Plast* 1961;6:45.
6. **Strombeck JO:** Breast reconstruction. I. Reduction mammoplasty. *Mod Trends Plast Surg* 1964;16:237.
7. **Pitanguy I:** Surgical treatment of breast hypertrophy. *Br J Plast Surg* 1967;20(1):78.
8. **Dartigues L:** Chirurgie réparatrice. In *Plastique et Esthétique de La Poitrine et de l'Abdomen*, Lépine R (Ed), Paris 1924, Pp: 44-47.
9. **Felicio Y:** Comparison of the inflammatory response to trauma in the inverted T technique and axillary access technique for breast reduction surgery. *Rev Soc Bras Cir plást* 2002;17(2):57.
10. **Felicio Y:** Axillary Reduction Mammoplasty. In: *Mastopexy and Breast Reduction*. Shiffman MA (Ed), Springer, USA, 2009, Cap 44, Pp325-331.

Comentario al artículo "Rompiendo paradigmas: Reducción mamaria vía axilar"

Dra. Manuela Berrocal Revueltas.

Especialista en Cirugía Plástica, Reparadora y Estética. Profesora Titular de Cirugía Plástica, Universidad de Cartagena. Cartagena de Indias. Colombia. Exsecretaria General de la FILACP.

En atención a la solicitud del Comité de Redacción de la Revista Cirugía Plástica Ibero-latinoamericana referente a lectura y comentario del artículo en revisión titulado "Rompiendo paradigmas: reducción mamaria vía axilar", de nuestra colega y amiga la Dra. Yhelda Felicio, tengo a bien agradecer a ustedes la confianza depositada en mi persona, para hacer de su conocimiento los siguientes comentarios.

El método quirúrgico del artículo de la Dra. Felicio se basa en el concepto de abordaje axilar publicado por Dartigues L. en 1924, y dejado en el abandono al parecer por resultados poco convincentes.

Creo importante destacar la enorme capacidad de trabajo, innovación y creatividad de la Dra. Felicio al retomar esta vía de abordaje para reducción mamaria y aplicarla a un significativo grupo de 500 mamas con hipertrofia, llegando a un volumen de resección de entre 50 y 1.500 gr., lo cual es de gran valor en la época actual, por la importancia del desnudo femenino.

Al leer atentamente el trabajo de la Dra. Felicio, considero esencial y fundamental, incluir en el mismo algunos diagramas o dibujos descriptivos del método en referencia, a fin de pro-

mover el aprendizaje, comprensión y aplicación del método quirúrgico.

Ahora bien. Siendo la región axilar una zona muy expuesta por las mujeres en los países tropicales y en la estación de verano, es evidente que las cicatrices en esta zona son muy vulnerables a cambios y alteraciones como hipertrofias o queloides, por lo que se requiere aclarar, qué tipo de tratamiento utilizó en los casos con problemas.

Qué tipo de pexia utiliza la autora para reubicar la posición del CAP, después de practicar resecciones del tejido mamario mayores de 300 gr., ya que la simple retracción de la piel es totalmente insuficiente para prevenir la ptosis a medio y largo plazo.

Cómo define las zonas de resección del tejido mamario para buscar una mejor proyección y simetría del cono mamario, ya que las técnicas de cicatrices mínimas tipo vertical, en L o en J, permiten obtener excelentes resultados con cicatrices reducidas.

Espero que mis comentarios permitan aclarar algunas inquietudes sobre el tema en referencia.

Respuesta al comentario de la Dra. Berrocal

Dra. Yhelda Felicio

Em resposta aos comentários da Dra. Berrocal:

1. A cicatriz hipertrófica ou queloide poderá surgir em qualquer tipo de via: axilar, mamária: periareolar, vertical, T invertido, etc.

Sabe-se que algumas áreas são mais susceptíveis a estes tipos de afecções, porém, principalmente se deve ao tecido cicatricial inerente a cada paciente. Estudos recentes indicam que há presença elevada de Factor de Crescimento Transformador (TGFbeta) nos pacientes portadores de quelóides e cicatrizes hipertróficas.

Estar descrito no trabalho na tabela V de complicações: 6 quelóides e 6 cicatrizes hipertróficas foram tratadas com infiltrações de corticoides e uso de placas adesivas. Dependendo do tamanho do quelóide ou da cicatriz hipertrófica, usou-se uma ou duas ampolas de corticoides a cada quinze dias, intra queloide ou/e intra cicatriz hipertrófica e as placas adesivas diariamente por um período mínimo de dez horas.

Eu discordo quanto ao comentário da colega Berrocal quando refere: "que a axila é uma zona muito exposta nas mulheres nos países tropicais e estação de verão": as pacientes não permanecem com os braços elevados e no nosso trabalho evidenciamos que a cicatriz permanece escondida nas pregas naturais da axila. A cicatriz será exatamente do mesmo tamanho da axila da paciente.

2. Nenhuma sutura é realizada no CAP, independente da quantidade de tecido ressecado ao redor do CAP, porque evita-se intervir no CAP, deverá ser preservado. A colega Berrocal acredita que uma técnica cirúrgica: incisão e suturas, possa conificar uma mama; eu não acredito, principalmente a médio e longo prazo. A forma da

mama dependerá do tecido mamário da paciente. Poderemos comparar ao se confeccionar um vestido de cetim ou de algodão, os caimentos destes vestidos serão totalmente diferentes. Se assemelha ao se realizar uma cirurgia mamária, em uma mama glandular terá um resultado completamente diferente de uma mama gordurosa....

Enviamos um resultado de uma paciente com um pós-operatório de 17 anos que submeteu-se a uma cirurgia de redução mamária via axilar, que comprova que a via axilar é suficiente para reduzir e elevar uma mama, bem como a nossa experiência de duas décadas.

A prevenção da ptose a médio e longo prazo, sabe-se que não depende de técnica cirúrgica utilizada, porém, o tipo da mama se gordurosa, glandular ou mixta, como também, principalmente pela presença de fibras elásticas no tecido mamário.

3. O tecido mamário presente em excesso sobre os músculos peitorais. Quando não mais tiver tecido mamário sobre os músculos peitorais, principalmente nos quadrantes: inferior e lateral externo é o momento de parar a retirada de tecido mamário e/ou gorduroso. Fazendo um lifting da mama e axila, ressecando a pele que ainda exista em excesso.

Após 38 anos de experiência médica, com mais de três mil cirurgias realizadas de redução mamária, por diferentes técnicas cirúrgicas, concluímos que: nenhuma técnica, como também nenhuma sutura, possa conificar uma mama em um pós-operatório tardio (mais de um ano). Todas as técnicas preconizadas que conheço, reduzem e elevam a mama apenas, sabe-se que a forma modifica-se com o passar do tempo.

Quebra de paradigma, redução mamária axilar

Felicio, Y*

* Mestre em Cirurgia Plástica Universidade Federal do Ceará.
Hospital Regional da Unimed e Hospital da Santa Casa de Misericórdia de Fortaleza, Ceará, Brasil.

RESUMO

Este artigo registra um estudo sobre a cirurgia de redução mamária pela via axilar durante o período de março de 1993 à março de 2012. Comprova a eficácia do método, porque além de reduzir a mama, é mais econômico que os métodos convencionais, o tempo operatório é menor, evita-se perda de tempo com cálculos matemáticos quando se refere a quantidade de tecido que será retirada. A resecção do tecido mamário e gorduroso, se faz pouco a pouco, mantendo a porção central da mama (CAM) e de acordo com cada caso, possibilita a retração areolar que depende da quantidade de tecido ressecado e das fibras elásticas presentes na mama da paciente, sem nenhuma intervenção cirúrgica na aréola.

Quinhentas mamas foram registradas, a idade variou de 16 à 58 anos. As cirurgias realizadas foram: 66% de reconstrução de hipertrofia mamária, 15% de ptose, 10% de assimetria, 8% de mastopexia associada a implante de silicone mamário e 1% resecção de tumores associada a redução mamária.

A quantidade de tecido mamário ressecado variou de 50 a 1500g, sendo a maior percentagem, 35%, com uma variação entre 200 – 300g. Baixo índice de complicação, 3,4%, comparado com o resultado das técnicas convencionais (estatística pessoal). Em quinhentas mamas, 17 complicações, sendo: 6 quelóides; 6 cicatrizes hipertróficas após seromas, não havendo necessidade de nova intervenção, apenas nestes casos específicos, os seromas foram drenados diariamente e no período em média de 15 dias os mesmos desapareceram; 3 hematomas; 2 pacientes tiveram hipersensibilidade em um dos braços (uma no direito e outra no esquerdo) que através de meios físicos e de fisioterapia, no período de 30 dias cederam. Em média, no período acima de 6 meses a maioria das pacientes demonstraram nítida satisfação.

Há quatro décadas toda comunidade mundial de cirurgias plásticas utiliza técnicas de redução mamária que resultam com uma, duas ou três cicatrizes na mama. Se faz necessário romper paradigmas, pois, desde 1924 há registro de cirurgias de redução mamária pela via axilar. Na atualidade, muitas pacientes evitam submeter-se a cirurgia de redução mamária devido a grande extensão das cicatrizes. Se faz necessário divulgar a via axilar que possibilita apenas uma única cicatriz que permanece escondida nas pregas axilares.

DESCRITORES: Redução mamária, Vía axilar, Hipertrofia mamária.

INTRODUÇÃO

A autora (1), durante nove anos operou 1000 mamas com incisão periareolar (1984 – 1993). Após este período (2,3), step by step, concluiu que é possível reduzir a mama através da axila, porque o maior problema da cirurgia de redução mamária é a cicatriz. A via axilar evita cicatriz na mama e permite que a cicatriz permaneça escondida nas pregas axilares. Sabe-se que é mais fácil corrigir uma má cicatriz na axila do que na mama.

Muitas técnicas foram descritas para redução mamária como os estudos de Arié (4), Mouly and Dufourmentel (5), Strombeck (6), Pitanguy (7) todas estas técnicas removem a parte central da mama, promovendo em um resultado tardio com uma concavidade do polo superior da mama. A autora com 38 anos de experiência médica, observou que a grande maioria das mulheres querem o polo superior da mama, convexo, cheio, promovendo maior sexualidade feminina.

Durante quatro décadas a comunidade de cirurgias plásticas de todos continentes deste planeta utiliza técnicas de redução mamária finalizando com uma, duas ou três cicatrizes nas mamas, quando desde 1924, o médico francês D´Artigues (8) descreveu e publicou a redução e elevação mamária pela via axilar, evitando cicatriz na mama.

Iniciando uma nova década, se faz necessário quebra de paradigma, deve-se evitar o sacrifício de uma mulher para se ter uma mama reduzida e elevada, carregar por toda a sua vida estigmas em suas mamas. Particularmente, desde janeiro de 1993, a autora utiliza a técnica de redução mamária via axilar, com mais de 500 mamas operadas, com sucesso. Em 2002 foi publicado (9) na revista da Sociedade Brasileira de Cirurgia Plástica um estudo comparativo do trauma entre duas distintas técnicas: redução mamária via axilar e redução mamária do T invertido, como conclusão: uma técnica não invalida uma outra.

Em 2009, Schiffman publicou uma verdadeira “bíblia” da cirurgia mamária e a autora (10) contribuiu com o capítulo 44.

As vantagens da técnica pela via axilar são:

1. Mais econômica, se utiliza apenas entre 4 a 5 fios de sutura para ambas as mamas: um vicryl 3-0, 2

mononylon 4-0 e 1 ou 2 mononylon 5-0.

2. Redução de aproximadamente 40 minutos há 1 hora no tempo cirúrgico.
3. A forma original da mama é mantida e como principal vantagem.
4. Evita-se cicatriz na mama, a mesma permanece escondida nas pregas axilares.

Duas grandes não satisfações das pacientes quanto a cirurgia de redução mamária são a extensão da cicatriz e a lateralização da mama que somente a via axilar possibilita esta correção.

A paciente hoje é muito exigente, quer ter um bom resultado e não ter cicatriz visível. No Brasil e principalmente no Nordeste do Brasil, onde vive a autora, a cicatrização é um grande entrave pois a pele do povo nordestino é muito pigmentada e muito susceptível a ter cicatriz hipertrófica e quelóides.

MATERIAL E MÉTODO

Quinhentas mamas foram operadas. As cirurgias realizadas foram (Tabela I): 66% reconstrução de hipertrofia mamária, 15% de ptose, 10% de assimetria, 8% mastopexia associada a implante de silicone mamário e 1% ressecção de tumor. As patologias encontradas (Tabela II): 52% hipertrofia mamária, 25% mastopatia fibrocística, 20% linfadenites, 1,6% lipoma, 0,2% mazoplastia, 0,2% blue good cisto. A idade variou de 16 à 58 anos (Tabela III). A quantidade de tecido ressecado (Tabela IV): chama-se atenção que há 10 anos a média era entre 500 a 1.000 gr.; na atualidade a maior porcentagem foi de 35% que variou de 200 à 300 gr. Complicações (Tabela V): 6 quelóides, 6 cicatrizes hipertróficas com seroma, 3 hematomas com descência e 2 hipersensibilidades temporárias de braço.

Técnica Cirúrgica

A cirurgia é realizada com a paciente deitada com os braços abertos, em posição de supinação, não há necessidade da paciente sentar, sob anestesia peridural e sedação.

A técnica consiste em fazer uma incisão que contorna a axila, fusiforme (Fig.1). O plano de clivagem ideal é intraglandular, evitando superficializar para não queimar a

Tabela I. Distribuição total de casos

Cirurgias	Nº	%
Hipertrofia mamária	330	66
Ptose	75	15
Assimetria	50	10
Mastopexia associada implante silicone	40	8
Tumor	5	1
Total	500	100

Março 1993 – Março 2012

Tabela II. Patologias encontradas

PATOLOGÍA	Nº	%
Hipertrofia mamária	260	52
Mastopatia fibrocística	125	25
Linfadenites	100	20
Lipoma	8	1,6
Fibroadenoma	5	1,0
Mazoplastia	1	0,2
Blue goodcyst	1	0,2
Total	500	100

Março 1993 – Março 2012

Tabela III: Idade em 500 mamas operadas

Idade	Nº	%
16 - 25	125	25
26 - 35	190	38
36 - 45+	185	37
Total	500	100

Março 1993 – Março 2012

Tabela IV: Quantidade de tecido mamário ressecado em 500 mamas operadas

Gr.	Nº	%
50 - 100	25	5
101 - 200	165	33
201 - 300	175	35
301 - 400	50	10
401 - 500	35	7
501 - 1500	50	10
Total	500	100

Março 1993 – Março 2012

Tabela V: Complicações (3,4%)

Queloides	6
Hipertrofia c/ seroma	6
Hematoma c/ pequena descência	3
Hipersensibilidade em braço	2
Total	17

Março 1993 – Março 2012

pele, como também não aprofundar para não cortar fibras musculares. A radiofrequência é usada, evita maiores sangramentos, porque possibilita cortar e coagular ao mesmo tempo, consequentemente reduz o tempo cirúrgico. O descolamento deve ser cuidadoso e o tecido mamário e gorduroso é retirado pouco a pouco (Fig. 2).

É primordial que o CPA seja intocável, somente retira-se tecido ao seu redor. A manutenção do CPA, evita a báscula da mama no pós-operatório tardio, o que acontece na maioria das técnicas convencionais, porque em quase todas as demais técnicas, o CPA é excisado, com exceção da periareolar. Não há necessidade de intervenção cirúrgica na aréola, que a mesma irá retrair de acordo com a quantidade de tecido que será ressecada e de acordo com a quantidade de fibras elásticas presentes no tecido mamário. É desnecessário fazer cálculos matemáticos da quantidade de tecido que será retirada, é uma técnica fisiológica, elimina-se exatamente aquilo que precisa realmente sair, apenas. Preferencialmente, retira-se mais tecido no polo inferior e quadrante lateral externo da mama, evita-se retirar tecido mamário do polo superior que possibilita uma melhor convexidade desta região, pois é a preferência da maioria das pacientes, bem como evita a lateralização da mama. Sabe-se que a maioria das técnicas de redução mamária resultam no pós-operatório tardio, com uma acentuada lateralização da mama e somente a via axilar soluciona este problema.

Enquanto tiver tecidos sobre os músculos peitorais, serão ressecados, o momento de parar a ressecção é quando não mais tiver tecido sobre os peitorais (Fig. 3).

O procedimento de fechar requer 4 a 5 fios de sutura para ambas as mamas; deve ser realizada em 3 planos: mamário com um Vicryl 3-0, tecido celular subcutâneo com 2 Mononylons 4-0 e pele com 1 ou 2 Mononylon 5-0 para ambas as axilas. Quando a paciente pode pagar, usa-se clamps, porque reduz o tempo cirúrgico.

Com mais de 1000 mamas operadas pela técnica periareolar e mais de 500 pela técnica via axilar, pode-se observar que nenhuma sutura poderá conificar uma mama. É importante lembrar a paciente que a sua mama será menor e mais elevada, apenas, não é possível alterar o tecido da paciente, conseqüentemente a sua forma (Fig. 4). Um dreno é confeccionado de um equipo de soro e fixado à pele na porção lateral e mais inferior da mama e que deve ser retirado após 24 horas da cirurgia. Todo material excisado é rotina enviar para exame histopatológico.

Curativo apenas 24 horas nas axilas e uso do sutiã no mínimo por 3 meses.

Recomenda-se limpeza rigorosa, uso de bolsas frias (criocurativos) nas mamas e axilas por 15 minutos, 5 vezes ao dia durante 15 dias, além de favorecer maior conforto para paciente, ajuda a regredir mais rapidamente o edema. Os pontos somente serão retirados após 12 dias, finalizando após 15 dias.

DISCUSSÃO

A filosofia da cirurgia de redução mamária por via axilar difere das demais vias, areolar e/ou mamária (4-7), porque é uma cirurgia fechada, enquanto as demais são abertas (8). O resultado final da mama operada pela via axilar, somente se estabelece após um ano; em média, no

período acima de 6 meses a maioria das pacientes demonstraram nítida satisfação (Fig. 5-7). Nas demais técnicas em um pós-operatório inicial propiciam uma redução e elevação satisfatória, porém, invariavelmente no pós-operatório tardio surge a báscula e como em todas as demais técnicas a parte central da mama é ressecada, o principal suporte da mama é reduzido, por isso que não é raro se tornar côncavo o polo superior da mama, no pós-operatório tardio, enquanto na técnica por via axilar, esta possibilidade é remota, porque evita-se intervir no complexo areolo-mamilar e somente ao seu redor, principalmente nos quadrantes inferiores e lateral externo. A retração da aréola ocorre devido a ressecção do tecido mamário e/ou gorduroso (conteúdo/continente), bem como pela presença de fibras elásticas, quanto maior o seu número, maior a retração areolar. Muitas pacientes que gostariam de reduzir suas mamas, não fazem devido a extensão das cicatrizes, por desconhecerem a possibilidade de se submeterem a uma redução mamária pela via axilar.

Há quatro décadas a maioria dos cirurgiões plásticos de todos os continentes do nosso planeta Terra, insiste em realizar redução mamária resultando uma, duas ou três cicatrizes, enquanto é possível se ter resultados iguais ou até melhores pela via axilar, pois, paradigmas devem ser rompidos, para se conseguir um nível de satisfação ainda mais elevado entre as pacientes. É mito, achar que não se pode ressecar pele, tecido mamário e gorduroso pela via axilar, o suficiente necessário (9).

Na Bíblia está escrito que Moisés ficou quarenta anos no deserto a espera de mudanças de civilizações, para que os novos povos entendessem os seus pensamentos...

O resultado não depende somente da técnica, porém de técnico/a e principalmente da qualidade tecidual da mama, se é glandular, particularmente, se consegue os melhores resultados, se é mista ou gordurosa (piores resultados). Boa elasticidade, melhor resultado como nas demais vias. No pós-operatório imediato, o resultado ideal ainda não se efetiva, é muito importante advertir precocemente a paciente que somente após um ano se consegue o melhor resultado, quando a retração cicatricial é completada.

CONCLUSÃO

Apesar de ainda ser pouco divulgada a via axilar para redução mamária, a importância desta via para intervir na glândula mamária é apreciada, principalmente por reduzir o trauma na mama, evitando incisões na mesma.

A autora considera a via axilar para redução mamária uma via mais fácil, mais econômica e ela obteve melhores resultados e menos queixas, do que quando usou outras vias, porém, uma técnica não invalida uma outra.