

Cirurgia nas mamas

Mamas femininas

As mamas são glândulas que sofrem transformações fisiológicas ao longo da vida, em resposta a estímulos hormonais. Na juventude, têm consistência mais firme, forma mais definida e posição mais alta no tórax. Já na maturidade, tendem a evoluir para uma consistência mais macia, menos projetada e com as aréolas posicionadas mais baixas ao longo do corpo. Em geral, as mamas são ligeiramente viradas para as laterais do corpo, sendo diferentes em forma e tamanho.

A cirurgia plástica de mamas pode ser realizada em toda mulher que tenha atingido a maturidade corporal e psicológica, o que geralmente não ocorre antes dos três anos após a primeira menstruação. Mulheres que já tiveram filhos, somente devem se submeter à cirurgia seis meses após o fim do período de amamentação. Não se aconselha a cirurgia em mulheres que desejam engravidar em um curto espaço de tempo.

A cirurgia plástica de mamas procura amenizar assimetrias (uma mama maior que a outra), corrigir possíveis irregularidades e reparar o volume quando necessário, com o objetivo de buscar uma aparência mais graciosa, em harmonia com o resto do corpo, e que vá ao encontro das expectativas da paciente.

Cada pessoa tem um conceito do que é ideal para si, mas, de forma geral, as mamas devem ter as características de jovialidade descritas acima, com um volume que, além de marcar presença na silhueta corporal, permita à mulher ter a opção de se sentir confortável sem o uso de sutiã.

A cirurgia é realizada com internação hospitalar por 24 horas – em casos excepcionais por 12 horas –, tem uma duração média de 2 horas e pode ser feita sob anestesia geral, bloqueio peridural ou bloqueio intercostal. O bloqueio intercostal – anestesia de nervos que passam por baixo das costelas, com sedação endovenosa – é a da nossa preferência, por ser uma anestesia fora do sistema nervoso central com menos probabilidade de complicações e um pós-operatório mais confortável. Vale ressaltar, no entanto, que a escolha da anestesia é realizada pela equipe de anestesia responsável.

No pós-operatório, alguns cuidados específicos para a cirurgia das mamas, que visam principalmente a uma cicatriz de boa qualidade, devem ser observados:

- uso de sutiã apropriado por 60 dias;
- uso de curativo com fita cirúrgica trocado semanalmente por 60 dias;
- não deitar de barriga para baixo por 90 dias;
- não fazer musculação usando os braços por 90 dias;
- não bronzear a pele por 90 dias.

Os braços podem ser levantados somente até o limite dos cotovelos ao nível dos ombros. Não há necessidade de repouso rígido e, após 15 dias, a paciente já pode dirigir e fazer caminhadas, entre outras atividades.

Equimoses (mancha roxa na pele), edemas e diminuição da sensibilidade na área operada são considerados normais. Quaisquer outros sinais ou sintomas diferentes devem ser informados imediatamente. Não tenha constrangimento de tirar dúvidas ou buscar orientações sempre que achar necessário.

Com 7 dias de pós-operatório, alguns pontos de sutura são retirados. Os pontos restantes serão posteriormente absorvidos pelo próprio organismo.

O acompanhamento da evolução do tratamento se faz com retornos ao consultório em intervalos de tempo regulares que variam de acordo com a necessidade de cada paciente até o momento oportuno de se considerar a “alta” do tratamento. Isso acontece, normalmente, por volta de seis meses de pós-operatório.

TIPOS DE CIRURGIA

1. Nas cirurgias redutoras do volume mamário, além de se buscar uma forma agradável, realiza-se a redução do tecido glandular, adiposo e do excesso de pele. Dependendo do grau de redução pode haver comprometimento da capacidade de amamentar e da sensibilidade dos mamilos. A extensão da cicatriz depende muito da quantidade de pele que deve ser retirada para se atingir os objetivos de forma e tamanho. De maneira geral, ela circunda a aréola, desce em linha reta da aréola para o sulco mamário e se estende ao longo desse, tomando a forma do desenho de uma âncora.
2. Nas cirurgias de correção do aspecto de mamas “caídas e flácidas”, a preocupação é com a forma das mamas. O objetivo é elevar as mamas juntamente com suas aréolas para sua posição natural no tórax e aumentar sua projeção anterior. Pode haver, no entanto, necessidade de diminuir um pouco o volume das mamas ou mesmo ao contrário, aumentá-lo com o uso de implante de silicone. O aspecto da cicatriz é semelhante ao descrito para os casos de redução das mamas.
3. Nas cirurgias de aumento do volume mamário, lançamos mão do uso de implante específico de silicone. O implante mamário de silicone é um polímero sintético de uso médico e biocompatível, constituído por um envoltório resistente e texturizado (superfície aveludada) de silicone que contém um gel de silicone coesivo (uma “goma” que mantém forma e coesão, mesmo sem o envoltório). Pode ter a forma arredondada ou em “gota” variando em volume, altura e diâmetro da base. Quanto às dimensões, podem ser mais altas e de base estreita (perfil alto), ou o inverso (perfil baixo). O uso de implante de silicone na mama não está relacionado, segundo o que se conhece pela ciência, à indução de doenças locais ou sistêmicas. Não há indicações, atualmente, de troca de implantes em tempos determinados. As indicações de troca ou retiradas dos implantes de

mama são determinadas de acordo com as necessidades da paciente no decorrer do tempo. Os implantes são facilmente monitorizados por exame clínico, ultrassonografia ou imagem radiológica. A escolha da marca do implante é discutida com a paciente e leva em consideração a credibilidade do fabricante e a relação custo/benefício. Não há uma padronização das dimensões e do volume dos implantes entre as fabricantes. A aquisição do implante é realizada pela paciente com o representante do fabricante. Vale ressaltar que a garantia do produto é de inteira responsabilidade de seu fabricante. O implante pode ser posicionado sob a glândula mamária e acima do músculo grande peitoral, atrás da fáscia do grande peitoral (tecido fibroso que cobre o músculo) ou atrás dos músculos grande peitoral.

Atrás da glândula mamária.

As vantagens dessa opção são: a execução do procedimento é mais simples e preserva mais a anatomia da região, não havendo nenhum comprometimento na função do músculo grande peitoral e a forma das mamas não sofre deformidades durante atividade física. É a melhor indicação nos casos em que há algum grau de flacidez, porque os implantes se acomodam melhor dentro das mamas, diminuindo a possibilidade do aspecto dois volumes formados pela separação dos implantes das glândulas. O pós-operatório é menos doloroso e exige menos analgésico.

As desvantagens dessa opção: se não houver uma boa cobertura de tecidos, da glândula mamária e do tecido gorduroso, os implantes podem ficar muito aparentes e perceptíveis ao toque, o que pode levar a uma aparência artificial e pouco agradável das mamas; sem dúvida, dificultam o exame de mamografia, maior probabilidade da formação de “contratura capsular fibrosa dos implantes” (cápsula fibrosa forte, por vezes dolorosa, que estrangula e deforma o implante).

Atrás da fáscia do grande peitoral

Esta opção é uma tentativa de amenizar as desvantagens que o implante posicionado sob a glândula pode ter. Acredita-se que a fáscia muscular do grande peitoral possa cobrir a borda superior do implante e, com isso, torná-la menos perceptível. A desvantagem é que a fáscia é normalmente muito delgada e friável para uma mobilização e para uma cobertura realmente eficaz.

Atrás do músculo grande peitoral

As vantagens dessa opção são: a primeira e principal é que, nesse posicionamento, há uma separação, produzida pelo músculo, entre a glândula e o implante. Isso torna o exame radiológico de rotina das mamas mais fácil e seguro, o implante fica menos perceptível tanto na visualização como no toque e obtém-se um resultado mais natural. Nessa opção, o que sustenta o peso do implante não é a pele da mama e há a formação de uma cápsula fibrosa mais fina ao redor do implante, que diminui a possibilidade de contratura capsular (cápsula fibrosa

forte, por vezes dolorosa, que estrangula e deforma o implante). Não há comprometimento perceptível na função do músculo grande peitoral, e a forma das mamas não sofre deformidade durante atividade física.

As desvantagens dessa opção são: exige-se a prescrição de mais analgésicos nos primeiros dias do pós-operatório, não tem boa indicação quando a mama apresenta algum grau de flacidez ou queda, pois pode acentuar o aspecto de “mama caída”

As vias de acesso para o posicionamento do implante são: através da região axilar, na borda da aréola, no sulco mamário ou numa cicatriz já existente. O sulco mamário é a opção mais aceita porque esconde melhor a cicatriz (de aproximadamente 4,5cm) e machuca menos os tecidos como, por exemplo, a glândula mamária.

Na escolha do tamanho do implante, são considerados dois parâmetros:

1. Os subjetivos como: desejo da paciente, harmonia, beleza, naturalidade, etc.
2. Os técnicos como: capacidade de distensão da pele da mama, diâmetro do tórax e da base da mama. A escolha será de comum acordo entre médico e paciente, lembrando que, quanto maior o implante, maiores as possibilidades de complicações e resultados não satisfatórios.

Mamas masculinas

Todas as crianças de ambos os sexos nascem com tecido glandular mamário. Nas meninas, haverá estímulo para o desenvolvimento completo delas. Nos meninos, espera-se o contrário. Um discreto aumento enquanto bebê; no adolescente e no idoso pode ser considerado normal.

Quando há um aumento considerável no volume das mamas e o aspecto é de uma mama feminina, a alteração é denominada de ginecomastia. A ginecomastia pode ter várias causas como: efeito indesejável de drogas (hormônios, medicamentos para doenças do coração, antiulcerosos, antiisotônicos, quimioterápicos, antibióticos, anabolizantes e outras drogas como a maconha, álcool etc.), doenças em outros órgãos do corpo, disfunções hormonais, tumores na própria mama, testículos ou outras glândulas e na obesidade.

O tratamento consiste em pesquisar a causa primária da doença e tratá-la. O tratamento cirúrgico quase sempre é indicado, independentemente da causa.

Quando há tecido glandular desenvolvido, é necessário retirá-lo com uma pequena incisão margeando a borda inferior das aréolas. Nos casos em que há somente tecido gorduroso (pseudoginecomastia), realiza-se uma lipoaspiração (aspiração da gordura) através de um pequeno orifício. O mais comum é realizarmos ambos os procedimentos. Há casos em que um excesso de pele



também precisa ser retirado e, nessas situações, as cicatrizes serão mais longas e visíveis.

Os procedimentos são realizados sob anestesia local com uma leve sedação. O paciente pode retornar para casa no mesmo dia e os pontos de sutura são retirados com aproximadamente sete dias. O uso de um colete compressivo é habitual por três semanas e as atividades esportivas devem ser evitadas por sessenta dias.

Equimoses (mancha roxa na pele), edemas e diminuição da sensibilidade na área operada são considerados normais. Qualquer outro sinal ou sintoma diferente devem ser informados imediatamente. Não tenha constrangimento de tirar dúvidas ou buscar orientações sempre que achar necessário.

Para mais informações:

- Sociedade Brasileira de Cirurgia Plástica – www.cirurgiaplastica.org.br
- American Society of Plastic Surgery – www.plasticsurgery.org
- International Society of Authentic Plastic Surgery – www.isaps.org