



Visão geral da redução de mama

Camilla Maganhin Luquetti¹, Heverton Cirilo Silva², Giovanna Maria de Freitas Oliveira³, Caio César Galvão Cunha Cordeiro⁴, Caroline Moura Foeger⁵, Camilla Melotti Berkembrock⁶, Caroline Alves Tedeschi de Sá⁷, Bruno Cardoso Nelaton⁸, Elson Assunção de Andrade Lima Júnior⁹, Carla Cristina Maganhin¹⁰

ARTIGO DE REVISÃO

RESUMO

Introdução: A extensão em que seios extremamente grandes podem impactar negativamente a vida de uma mulher é frequentemente subestimada. Para aquelas que vivem com macromastia indesejada e seus sintomas associados, o alívio da dor e da tensão que a redução mamária pode produzir é imediatamente perceptível após a cirurgia. A recuperação da cirurgia leva a benefícios adicionais, e a maioria das mulheres desfruta de uma melhor qualidade de vida. **Objetivo:** discutir a visão geral da redução de mama. **Metodologia:** Revisão de literatura a partir de bases de dados da Scielo, da PubMed e da BVS, de abril a junho de 2024, com descritores “Breast Reduction” e “Overview”. Incluíram-se artigos de 2019-2024 (total 59), com exclusão de outros critérios e escolha de 05 artigos na íntegra. **Resultados e Discussão:** Um ou mais dos seguintes sintomas podem levar o cirurgião plástico a recomendar a redução mamária: A principal indicação para cirurgia de redução de mama é dor crônica na mama, pescoço, ombro ou região médio-torácica das costas, muitas vezes exigindo medicação para dor para alívio. A mulher também pode reclamar de dor de cabeça, que é atribuída à tensão constante no pescoço e nos ombros. Mulheres que têm doença subjacente na coluna podem ter agravamento significativo de sua dor nas costas. Dor, como indicação para cirurgia, geralmente está presente há vários anos e é intratável para tratamentos padrão, como fisioterapia. Uma melhora temporária na dor imediatamente após um tratamento pode ocorrer, mas ela geralmente reaparece quando as atividades normais são retomadas. Outros tratamentos fracassados, como tratamentos quiropráticos, massoterapia e acupuntura também servem para apoiar as indicações médicas para cirurgia. Desconforto significativo que interfere nas atividades diárias e leva à modificação do comportamento para obter algum alívio é outra indicação para redução mamária. Antes da cirurgia de redução de mama, o paciente deve ser aconselhado sobre as expectativas (aparência e cicatrizes), complicações potenciais, os efeitos de futuras mudanças de peso e a possibilidade de que a amamentação não seja possível, dependendo do tipo de cirurgia de redução de mama realizada. Antes da cirurgia de redução de mama, as candidatas ao rastreio de câncer de mama devem passar pelos testes apropriados, se ainda não tiverem sido realizados. Após a cirurgia de redução de mama, as candidatas ao rastreio de câncer de mama devem retomar seu cronograma de rastreio, mas a mamografia não deve ser realizada antes de seis meses após a cirurgia. O tamanho pré-operatório da mama e o volume estimado de redução são os fatores mais importantes que influenciam a seleção da técnica para redução da mama. Um histórico de cirurgia anterior que pode ter alterado o suprimento de sangue para o mamilo e o tecido mamário restante também é importante. **Conclusão:** A redução mamária é realizada usando uma abordagem pediculada para o complexo mamilo-areolar (inferior, superomedial, lateral ou superior) ou enxerto livre do complexo mamilo-areolar. A lipoaspiração pode ser usada como um complemento ou uma técnica independente. Quase qualquer técnica funcionará bem para reduções mamárias menores (200 a 400 gramas por lado), mas a gigantomastia (>1200 gramas por lado, comprimento do pedículo longo) é tecnicamente desafiadora e pode exigir técnicas de enxerto de mamilo livre. As complicações comuns da redução de mama são menores e autolimitadas. Elas incluem celulite, hematoma/seroma e necrose cutânea menor onde as incisões cutâneas se encontram. Sangramento grave que exija reoperação, se ocorrer, geralmente ocorrerá nas primeiras 12 horas após a cirurgia. Complicações mais graves, como a perda do complexo mamilo-areolar ou necrose do retalho, podem ocorrer, mas são raras com planejamento adequadas.

Palavras-chave: Visão geral, Redução, Mama.

Breast Reduction Overview

ABSTRACT

Introduction: The extent to which extremely large breasts can negatively impact a woman's life is often underestimated. For those living with unwanted macromastia and its associated symptoms, the relief from pain and tension that breast reduction can produce is immediately noticeable after surgery. Recovery from surgery leads to additional benefits, and most women enjoy an improved quality of life. **Objective:** To discuss the overview of breast reduction. **Methodology:** Literature review from Scielo, PubMed and BVS databases, from April to June 2024, with descriptors "Breast Reduction" and "Overview". Articles from 2019-2024 (total 59) were included, with exclusion of other criteria and selection of 05 full articles. **Results and Discussion:** One or more of the following symptoms may prompt the plastic surgeon to recommend breast reduction: The primary indication for breast reduction surgery is chronic pain in the breast, neck, shoulder, or mid-thoracic back, often requiring pain medication for relief. Women may also complain of headaches, which are attributed to constant tension in the neck and shoulders. Women who have underlying spinal disease may have significant worsening of their back pain. Pain, as an indication for surgery, is usually present for several years and is intractable to standard treatments such as physical therapy. Temporary improvement in pain immediately following treatment may occur, but it usually recurs when normal activities are resumed. Other failed treatments such as chiropractic care, massage therapy, and acupuncture also support medical indications for surgery. Significant discomfort that interferes with daily activities and requires behavior modification to obtain relief is another indication for breast reduction. Prior to breast reduction surgery, the patient should be counseled about expectations (appearance and scarring), potential complications, the effects of future weight changes, and the possibility that breastfeeding may not be possible, depending on the type of breast reduction surgery performed. Prior to breast reduction surgery, candidates for breast cancer screening should undergo appropriate testing, if not already done. After breast reduction surgery, candidates for breast cancer screening should resume their regular screening schedule, but mammography should not be performed until six months after surgery. Preoperative breast size and estimated reduction volume are the most important factors influencing selection of breast reduction technique. A history of previous surgery that may have altered the blood supply to the nipple and remaining breast tissue is also important. **Conclusion:** Breast reduction is performed using a pedicled approach to the nipple-areolar complex (inferior, superomedial, lateral, or superior) or free grafting of the nipple-areolar complex. Liposuction can be used as an adjunct or as a stand-alone technique. Almost any technique will work well for smaller breast reductions (200 to 400 grams per side), but gigantomastia (>1200 grams per side, long pedicle length) is technically challenging and may require free nipple grafting techniques. Common complications of breast reduction are minor and self-limited. They include cellulitis, hematoma/seroma, and minor skin necrosis where the skin incisions meet. Serious bleeding requiring reoperation, if it occurs, usually occurs within the first 12 hours after surgery. More serious complications, such as loss of the nipple-areolar complex or flap necrosis, can occur but are rare with proper planning.

Keywords: Overview, Reduction, Breast.

Instituição afiliada – 1- Médica, Faculdade Israelita de Ciências da Saúde Albert Einstein, São Paulo – SP; 2 -Médico, Pontifícia Universidade Católica do Paraná; 3- Médica, Centro Universitario Cesmac; 4- Médico, Centro Universitario Cesmac; 5- Médica, UNESA- Universidade Estácio de Sá; 6- Médica, UNISUL; 7- Médica, Universidad Privada del Este; 8- Médico, Fundação Técnico-Educacional Souza Marques; 9- Médico, Universidade Federal do Acre (UFAC); 10- Dentista, Faculdade de Medicina da Universidade de São Paulo.

Dados da publicação: Artigo recebido em 10 de Julho e publicado em 30 de Agosto de 2024.

DOI: <https://doi.org/10.36557/2674-8169.2024v6n8p5606-5612>

Autor correspondente: Camilla Maganhin Luquetti cmaganhinmed@gmail.com

This work is licensed under a [Creative Commons Attribution 4.0 International License](https://creativecommons.org/licenses/by/4.0/).

INTRODUÇÃO

Mulheres com seios excessivamente grandes (macromastia) que buscam redução de mama frequentemente sentem dor crônica e tensão no pescoço, ombros e parte superior das costas, além de uma sensação de peso nos seios. Os sintomas geralmente pioram no final de um dia de postura ereta. O sutiã de suporte resistente usado por muitas mulheres com macromastia pode causar sulcos visíveis, bem como palpáveis, sensíveis sobre o trapézio perto de seu local de inserção no acrômio. Ao longo dos anos, eles podem se tornar depressões permanentes que não se resolvem mesmo após a remoção do sutiã.

Uma mulher típica que busca redução de mama (mamoplastia redutora) terá de dois a cinco libras (900 a 2200 gramas) de excesso de peso do tecido mamário que puxa os ombros para frente. Os músculos trapézios podem hipertrofiar para compensar. Mulheres com macromastia reclamam de dor crônica nos seios, ombros, pescoço ou costas como resultado do peso dos seios.

A extensão em que seios extremamente grandes podem impactar negativamente a vida de uma mulher é frequentemente subestimada. Para aquelas que vivem com macromastia indesejada e seus sintomas associados, o alívio da dor e da tensão que a redução mamária pode produzir é imediatamente perceptível após a cirurgia. A recuperação da cirurgia leva a benefícios adicionais, e a maioria das mulheres desfruta de uma melhor qualidade de vida [1,2].

Ressalta-se o objetivo em discutir a visão geral da redução de mama.

METODOLOGIA

O presente artigo trata-se de uma revisão de literatura integrativa sobre a visão geral da redução de mama: “Breast Reduction” and “Overview” com foco no levantamento bibliográfico de produções científicas atuais e conceituadas na comunidade acadêmica, com base nas melhores evidências. Há de se construir uma nova perspectiva e linha de pensamento sobre a cirurgia de mama, com referências teóricas na articulação de caminhos conceituais e desmistificação de terminologias.

Foi realizada uma profunda pesquisa de artigos de revisão a partir de bases científicas da Scielo, da PubMed e da BVS, no período de janeiro a março de 2024, com descritores em inglês “Breast Reduction” and “Overview” e correspondentes em português. Incluíram-se artigos de 2019 a 2024, com total de 59 estudos. Após exclusão de artigos que abordavam outros critérios, foram eleitos 05 artigos para leitura na íntegra.

RESULTADOS E DISCUSSÃO:

A extensão em que seios excessivamente grandes (macromastia) podem impactar negativamente a vida das mulheres é frequentemente subestimada. Mulheres com macromastia frequentemente sentem dor crônica e tensão no pescoço, ombros e parte superior das costas e uma sensação de peso nos seios. Esses sintomas geralmente pioram no final de um dia de pé prolongado. Sutiãs que são usados para fornecer suporte suficiente podem criar problemas adicionais.

Um ou mais dos seguintes sintomas podem levar o cirurgião plástico a recomendar a redução de mama à sua paciente [1-4]

- Dor crônica (mama, peito, ombro, costas), que normalmente está presente por vários anos e não responde aos tratamentos padrão.

- Desconforto nos seios, levando a modificações de comportamento e interferindo nas atividades diárias e na capacidade de se exercitar.
- Alterações na pele, como problemas de higiene, erupções cutâneas crônicas e infecções crônicas da pele nas áreas intertriginosas.
- Neuropatia de extremidade superior.
- Efeitos psicológicos negativos.
- Pacientes cirúrgicos de alto risco (por exemplo, doença cardiopulmonar) não recebem mamoplastia redutora, mesmo que atendam aos critérios listados acima para redução de mama.

Antes da cirurgia de redução de mama, o paciente deve ser aconselhado sobre as expectativas (aparência e cicatrizes), complicações potenciais, os efeitos de futuras mudanças de peso e a possibilidade de que a amamentação não seja possível, dependendo do tipo de cirurgia de redução de mama realizada.

Antes da cirurgia de redução de mama, as candidatas ao rastreio de câncer de mama devem passar pelos testes apropriados, se ainda não tiverem sido realizados. Após a cirurgia de redução de mama, as candidatas ao rastreio de câncer de mama devem retomar seu cronograma de rastreio, mas a mamografia não deve ser realizada antes de seis meses após a cirurgia.

Várias técnicas de cicatriz curta foram desenvolvidas para melhorar a carga da cicatriz. Uma desvantagem das técnicas de cicatriz curta é que a remoção de menos pele depende da contração do envelope de pele ao redor do parênquima mamário. Essas técnicas são usadas com pedículos medial e superomedial, que são baseados mais alto no tórax e não dependem da pele para manter sua posição na parede torácica.

As técnicas de cicatriz curta incluem o seguinte:

A pele pode ser removida apenas da mama medial e lateral como em uma redução do tipo vertical. A abordagem vertical resulta apenas na cicatriz periareolar e vertical, evitando a cicatriz transversal ao longo da prega inframamária. Isso é descrito como cicatriz do tipo pirulito.

A pele também pode ser ressecada apenas em um padrão vertical, enquanto se adiciona uma pequena cicatriz horizontal ao longo da prega inframamária. A cicatriz horizontal também pode ser limitada apenas à metade lateral da prega inframamária [5-7].

A redução periareolar é uma abordagem alternativa de cicatriz curta que elimina tudo, exceto a cicatriz circunareolar.

Por fim, a pele pode ser removida apenas do polo inferior da mama ao longo do sulco inframamário em uma redução de cicatriz horizontal [8-10]. Isso resulta em cicatrizes periareolares e do sulco inframamário, mas nenhuma cicatriz vertical.

A lipoaspiração somente é atraente como um método de redução de mama porque não deixa cicatrizes. Originalmente considerada mais um procedimento auxiliar para auxiliar na redução de mama [11-15], a lipoaspiração somente se estabeleceu como uma técnica útil para pacientes selecionados. Seios gordurosos são mais passíveis de redução por lipoaspiração do que seios fibrosos densos e, portanto, o candidato ideal para redução somente por lipoaspiração tem um seio predominantemente gorduroso com ptose mínima e boa qualidade de pele. Estrias indicam pele com fraturas dérmicas e que perdeu sua elasticidade. Esse tipo de pele não se retrairá para se adaptar ao novo tamanho do seio.

A correção da ptose não é confiável apenas com lipoaspiração. Alguma elevação do mamilo pode ser vista apenas com lipoaspiração, mas, geralmente, correções significativas na posição do complexo mamilo-areolar exigirão incisões na pele e transposição do mamilo [16-18].

O tamanho pré-operatório da mama e o volume estimado de redução são os fatores mais importantes que influenciam a seleção da técnica para redução da mama. Um histórico de cirurgia anterior que pode ter alterado o suprimento de sangue para o mamilo e o tecido mamário restante também é importante.

A redução mamária é realizada usando uma abordagem pediculada para o complexo mamilo-areolar (inferior, superomedial, lateral ou superior) ou enxerto livre do complexo mamilo-areolar. A lipoaspiração pode ser usada como um complemento ou uma técnica independente. Quase qualquer técnica funcionará bem para reduções mamárias menores (200 a 400 gramas por lado), mas a gigantomastia (>1200 gramas por lado, comprimento do pedículo longo) é tecnicamente desafiadora e pode exigir técnicas de enxerto de mamilo livre. [19,20]

As complicações comuns da redução de mama são menores e autolimitadas. Elas incluem celulite, hematoma/seroma e necrose cutânea menor onde as incisões cutâneas se encontram. Sangramento grave que exija reoperação, se ocorrer, geralmente ocorrerá nas primeiras 12 horas após a cirurgia. Complicações mais graves, como a perda do complexo mamilo-areolar ou necrose do retalho, podem ocorrer, mas são raras com planejamento adequado.

CONSIDERAÇÕES FINAIS

A redução mamária é realizada usando uma abordagem pediculada para o complexo mamilo-areolar (inferior, superomedial, lateral ou superior) ou enxerto livre do complexo mamilo-areolar. A lipoaspiração pode ser usada como um complemento ou uma técnica independente. Quase qualquer técnica funcionará bem para reduções mamárias menores (200 a 400 gramas por lado), mas a gigantomastia (>1200 gramas por lado, comprimento do pedículo longo) é tecnicamente desafiadora e pode exigir técnicas de enxerto de mamilo livre. As complicações comuns da redução de mama são menores e autolimitadas. Elas incluem celulite, hematoma/seroma e necrose cutânea menor onde as incisões cutâneas se encontram. Sangramento grave que exija reoperação, se ocorrer, geralmente ocorrerá nas primeiras 12 horas após a cirurgia. Complicações mais graves, como a perda do complexo mamilo-areolar ou necrose do retalho, podem ocorrer, mas são raras com planejamento adequadas.

REFERÊNCIAS

1. Jaspers MEH, van Haasterecht L, van Zuijlen PPM, Mokkink LB. Uma revisão sistemática sobre a qualidade das técnicas de medição para a avaliação da profundidade da ferida de queimadura ou potencial de cura. *Burns* 2019; 45:261.
2. Shahid S, Duarte MC, Zhang J, et al. Imagem doppler a laser - o papel da má perfusão de queimaduras na previsão do tempo de cicatrização e na orientação do manejo operatório. *Burns* 2023; 49:129.
3. Yıldız M, Sarpdağı Y, Okuyar M, et al. Segmentação e classificação de imagens de queimaduras de pele com inteligência artificial: Desenvolvimento de um aplicativo móvel. *Burns* 2024; 50:966.
4. Deitch EA, Wheelahan TM, Rose MP, et al. Cicatrizes de queimadura hipertróficas: análise de variáveis. *J Trauma* 1983; 23:895.
5. Chipp E, Charles L, Thomas C, et al. Um estudo prospectivo do tempo de cura e cicatrização hipertrófica em queimaduras pediátricas: cada dia conta. *Burns Trauma* 2017; 5:3.
6. McDonald WS, Deitch EA. Enxertos de pele hipertrófica em pacientes queimados: uma análise prospectiva de variáveis. *J Trauma* 1987; 27:147.
7. Cubison TC, Pape SA, Parkhouse N. Evidências para a ligação entre o tempo de cura e o desenvolvimento de cicatrizes hipertróficas (HTS) em queimaduras pediátricas devido a lesão por escaldadura. *Burns* 2006; 32:992.

8. Xiao-Wu W, Herndon DN, Spies M, et al. Efeitos da excisão tardia da ferida e enxerto em crianças gravemente queimadas. *Arch Surg* 2002; 137:1049.
9. Kennedy P, Brammah S, Wills E. Burns, biofilme e uma nova avaliação da sepse de queimaduras. *Burns* 2010; 36:49.
10. Hart DW, Wolf SE, Mlcak R, et al. Persistência do catabolismo muscular após queimadura grave. *Surgery* 2000; 128:312.
11. Herndon DN, Tompkins RG. Suporte da resposta metabólica à lesão por queimadura. *Lancet* 2004; 363:1895.
12. Ong YS, Samuel M, Song C. Meta-análise de excisão precoce de queimaduras. *Burns* 2006; 32:145.
13. Munster AM, Smith-Meek M, Sharkey P. O efeito da intervenção cirúrgica precoce na mortalidade e na relação custo-efetividade no tratamento de queimaduras, 1978-91. *Burns* 1994; 20:61.
14. Atiyeh BS, Dham R, Kadry M, et al. Análise de custo-benefício de pomada úmida para queimaduras expostas. *Burns* 2002; 28:659.
15. Ramzy PI, Barret JP, Herndon DN. Lesão térmica. *Crit Care Clin* 1999; 15:333.
16. De La Tejera G, Corona K, Efejuku T, et al. A excisão precoce da ferida em até três dias diminui os riscos de infecção da ferida e morte em pacientes queimados. *Burns* 2023; 49:1816.
17. Hayashi K, Sasabuchi Y, Matsui H, et al. A excisão precoce ou enxerto de pele de queimaduras graves melhora o prognóstico? Um estudo de coorte retrospectivo. *Burns* 2023; 49:554.
18. Huang, T. Visão geral da reconstrução de queimaduras. Em: *Total Burn Care*, 3ª edição, Herndon, D (Eds), WB Saunders, Filadélfia 2007. p.674.
19. Leon-Villapalos J, Eldardiri M, Dziewulski P. O uso de aloenxerto de pele de doador falecido humano em tratamento de queimaduras. *Cell Tissue Bank* 2010; 11:99.
20. Parrett BM, Pomahac B, Demling RH, Orgill DP. Queimaduras de quarto grau na extremidade inferior com tendão e osso expostos: uma experiência de dez anos. *J Burn Care Res* 2006; 27:34.