



Simastia pós-mamoplastia de aumento com implantes de silicone: tratamento com suturas de adesão

Post-mammoplasty symmastia augmentation with silicone implants: treatment with quilting sutures

MICHEL PAVELECINI^{1,2}

FELIPE BILHAR FASOLIN^{1,2,3*}

EDUARDO MADALOSSO ZANIN^{1,2,4}

BRUNO DELLA MEA GASPERIN^{1,2,3}

FLÁVIO MACIEL DE FREITAS NETO^{1,2}

LEONARDO MILANESI POSSAMAI^{1,2,4}

RONALDO SCHOLZE WEBSTER^{1,2,5}

PEDRO BINS ELY^{1,2,5}

Instituição: Irmandade Santa Casa de Misericórdia de Porto Alegre, Porto Alegre, RS, Brasil.

Artigo submetido: 9/10/2017.

Artigo aceito: 17/5/2018.

Conflitos de interesse: não há.

DOI: 10.5935/2177-1235.2018RBCP0103

■ RESUMO

Introdução: A mamoplastia de aumento é o procedimento cirúrgico estético mais realizado nos EUA e o segundo no Brasil. Simastia é uma de suas possíveis complicações. Esta é definida como o mal posicionamento medial dos implantes mamários, que cruzam a linha média, com perda do sulco intermamário. **Métodos:** Trabalho tipo série de casos. Duas pacientes foram submetidas à correção de simastia pós-mamoplastia de aumento. A via de acesso utilizada foi a incisão inframamária prévia. A correção do sulco intermamário foi realizada por escarificação das superfícies anterior e posterior da cápsula, associada a pontos de adesão com fio monofilamentar não absorvível (4 linhas com 6 pontos cada, compreendendo uma faixa vertical de aproximadamente 4 cm de largura na região pré-esternal). Em um dos casos o implante foi recolocado imediatamente e, no outro, em procedimento realizado 3 meses após. **Resultados:** Obtivemos um novo sulco intermamário satisfatório, com adequado resultado estético em ambos os casos. Não se observou recorrência após 9 e 11 meses de observação. **Conclusões:** A abordagem com suturas de adesão para a redefinição do sulco intermamário foi efetiva para o tratamento da simastia pós-mamoplastia de aumento.

Descritores: Implantes de mama; Mamoplastia; Doenças mamárias; Mama; Próteses e implantes.

¹ Universidade Federal de Ciências da Saúde de Porto Alegre, Porto Alegre, RS, Brasil.

² Santa Casa de Misericórdia de Porto Alegre, Porto Alegre, RS, Brasil.

³ Universidade de Passo Fundo, Passo Fundo, RS, Brasil.

⁴ Pontifícia Universidade Católica do Rio Grande do Sul, Porto Alegre, RS, Brasil.

⁵ Universidade Federal de São Paulo, São Paulo, SP, Brasil.

■ ABSTRACT

Introduction: Augmentation mammoplasty is the most commonly performed esthetic surgical procedure in the United States and second in Brazil. Symmastia is one of its possible complications. This is defined as incorrect medial positioning of the breast implants, which cross the midline, losing the intermammary sulcus. **Methods:** Work type, series of cases. Two patients underwent symmastia repair after breast augmentation. The access route used was the previous inframammary incision. The repair of the intermammary sulcus was performed by scarification of the anterior and posterior capsule surfaces, associated with adhesion suture with non-absorbable monofilament thread (4 lines with 6 points each, comprising a vertical band of approximately 4 cm wide in the presternal region). In one of the cases, the implant was immediately replaced, and in the other, the procedure was done 3 months later. **Results:** In both cases, we obtained a new satisfactory intermammary sulcus, with proper esthetic result. No recurrence was observed on follow-ups at 9 and 11 months. **Conclusions:** The approach with adhesion sutures to redefine the intermammary sulcus was effective in the treatment of symmastia after breast augmentation.

Keywords: Breast implants; Mammoplasty; Mammary diseases; Breast; Prostheses and implants.

INTRODUÇÃO

A mamoplastia de aumento é o procedimento cirúrgico cosmético mais realizado nos EUA e o segundo no Brasil e no mundo^{1,2}. A simastia é uma complicação infrequente, definida como o mal posicionamento medial dos implantes, que se aproximam excessivamente ou cruzam a linha média, ocasionando a perda do sulco intermamário³⁻⁵. Apesar de haver raras causas congênitas, a simastia é geralmente resultado de uma complicação da mamoplastia de aumento com implantes.

Não existem relatos na literatura sobre a incidência de simastia iatrogênica⁵. O diagnóstico é essencialmente clínico. Deve ser considerado que há um espectro de intensidade dos sintomas, de casos leves, que passam despercebidos, a casos graves com importantes repercussões psicossociais.

Os principais fatores associados são a dissecação excessiva da loja do implante em direção ao esterno, a divisão em excesso da inserção medial do músculo peitoral maior, o uso de implantes de diâmetro ou volume excessivo, a simastia congênita e a presença de feixes laterais do músculo peitoral menor anômalos⁴. Alguns fatores geralmente podem ser controlados pelo cirurgião, podendo a simastia iatrogênica ser evitada por meio de uma dissecação medial sutil, evitando implantes de volumes excessivos ou seu posicionamento muito próximo da linha média^{4,6}.

Complicações como seromas, hematomas, coleções infecciosas ou outros fatores que levem ao aumento da pressão da loja ou até mesmo lise da adesão dos tecidos da região medial da loja também aumentam o risco de simastia.

OBJETIVO

Descrever a experiência e a abordagem no tratamento cirúrgico da simastia iatrogênica.

RELATO DO CASO

Trabalho tipo série de casos. Duas pacientes foram submetidas à correção cirúrgica de simastia pós mamoplastia de aumento com implantes.

Paciente 1

28 anos, foi submetida a mamoplastia de aumento com implantes de silicone (retroglandulares) perfil alto de 280 ml em 2008, por outro cirurgião. Evoluiu com simastia. Em 2009, foi submetida, pelo mesmo cirurgião, a mudança de plano para retromuscular. Evoluiu com recorrência da simastia (Figuras 1 e 2).

Em 2016, foi submetida à correção cirúrgica da simastia pelo autor sênior deste artigo. Uma faixa vertical sobre o esterno, de aproximadamente 4 cm de largura, foi



Figura 1. Paciente com simastia visível mesmo em situação estática.



Figura 2. Perda total do sulco intermamário em manobra dinâmica.

traçada (Figura 3). A via de acesso utilizada foi a do sulco inframamário, sobre cicatriz prévia. Os implantes foram retirados (Figura 4) e a cápsula, nas suas faces anterior e posterior, foi escarificada por eletrocauterização (potência 40, modo cauterização, eletrocautério marca Valleylab®).

Foram realizadas suturas de adesão com nylon 3-0 entre superfície anterior e posterior da cápsula (junto à fáscia pré-esternal) (Figura 5). Foram confeccionadas 4 linhas com 6 pontos cada, compreendendo uma faixa vertical de aproximadamente 4 cm de largura. Implantes redondos de projeção super alta de 420ml foram inseridos no mesmo plano (Figura 6). No pós-operatório de 60 dias, obteve-se delimitação e separação das lojas com uma melhora no posicionamento dos implantes (Figura 7).



Figura 3. Marcação de faixa sobre o esterno.



Figura 4. Retirada dos implantes. Escarificação das superfícies das cápsulas. Início dos pontos de adesão.

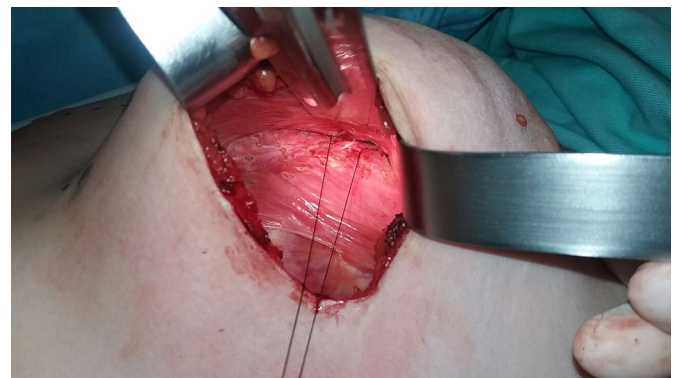


Figura 5. Fechamento total do espaço entre as duas lojas.

Paciente 2

19 anos, foi submetida à mamoplastia de aumento com implantes de 300ml, retromusculares, redondos, de projeção alta, em janeiro de 2016 pelo autor sênior do artigo, evoluindo com seroma e infecção do sítio operatório, com necessidade de remoção dos implantes. Seis meses após foi submetida à nova mamoplastia de aumento, com implantes de mesmo volume, mantendo-se o plano retromuscular, evoluindo com simastia (Figura 8).

O exame tomográfico mostrou união total das lojas e medialização dos implantes (Figura 9). Uma abordagem



Figura 6. Pós-colocação de implante à esquerda (vista superoinferior). Observa-se delimitação da loja esquerda mantendo implante lateralizado.



Figura 7. Pós-operatório de 60 dias. Implantes adequadamente lateralizados, mesmo com manobra pressionando-os medialmente.



Figura 8. Perda total do sulco intermamário pós-mamoplastia de aumento com implantes.

em 2 tempos foi proposta: num primeiro procedimento os implantes foram removidos, com a criação de novo sulco medial pela mesma técnica (escarificação das superfícies das cápsulas, criando-se uma faixa de separação entre as lojas de aproximadamente 4 cm, e suturas de adesão com nylon 3-0) (Figuras 10 e 11). Após três meses, implantes

redondos de projeção super alta, volumes de 280ml foram colocados no mesmo plano, obtendo-se correção da simastia e adequado resultado estético (Figura 12).

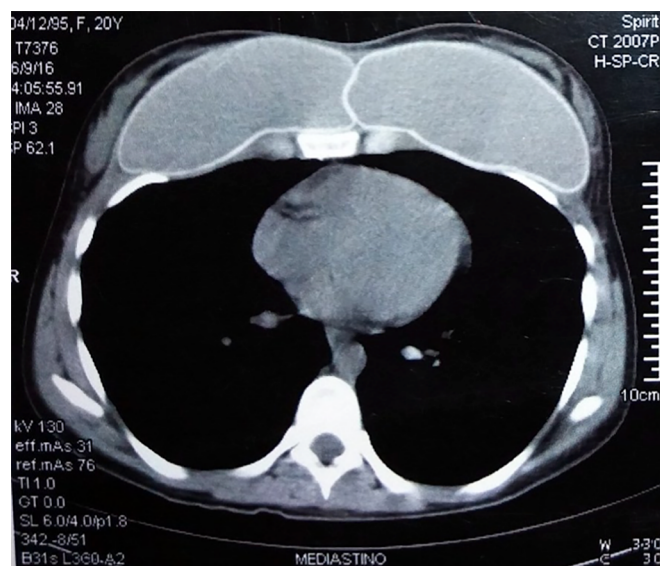


Figura 9. Tomografia mostra unificação das lojas dos implantes.



Figura 10. Transoperatório. Perda completa da separação entre as lojas.

Para ambas as pacientes, não houve recorrência, com períodos de observação de 9 e 11 meses, respectivamente, para os casos 1 e 2.

DISCUSSÃO

A identificação de fatores de risco para simastia no pré-operatório e os cuidados no transoperatório são fundamentais para evitar sua ocorrência. A dissecação medial não deve ultrapassar a distância horizontal de



Figura 11. Pontos de adesão entre as cápsulas.

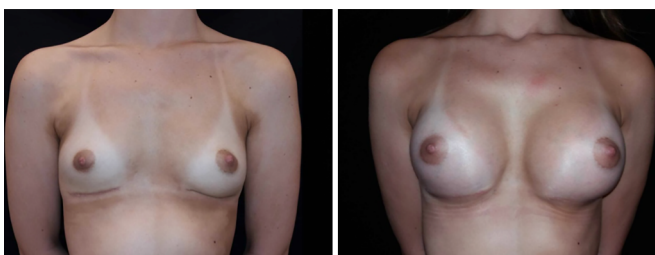


Figura 12. Esquerda: pós-retirada dos implantes e confecção do sulco intermamário. Pós-recolocação dos implantes (70 dias pós-operatório).

1,5 a 3 cm do ponto médio entre o ângulo do esterno e o processo xifoide⁵.

Implantes não devem ter suas dimensões extrapoladas, já que a literatura mostra que a grande maioria dos casos de simastia estão associados a implantes de diâmetros ou volume excessivos^{4,5,7}. O defeito causador da simastia normalmente encontra-se na porção central, sendo que casos de simastia nas porções superior e inferior são mais raros⁵.

O diagnóstico, na maioria dos casos, é evidente e bem definido em até 6 meses após o procedimento primário. Em casos mais tênues, manobras como a pressão lateral de ambos implantes salientam a projeção anterior dos implantes na região pré-esternal^{4,5}. Poucos são os trabalhos encontrados na literatura sobre simastia, e a sua maioria é constituída por séries de casos (Tabela 1).

Tais trabalhos propõem diferentes técnicas cirúrgicas para tratamento. Há certa concordância que a abordagem deve ser realizada por via periareolar ou inframamária, dependendo da incisão prévia, para um adequado campo operatório. Capsulorrafia simples pode ser efetiva e consiste basicamente na sutura medial entre os bordos anterior e posterior da cápsula medial, mas, apesar da simplicidade, seu uso não é muito recomendado pelo grande número de casos de recorrência relatados^{7,8}.

A capsulotomia lateral e/ou superior pode ser associada para diminuir a tensão no bordo medial. Outra opção cirúrgica simples é o uso de suturas transcutâneas

Tabela 1. Artigos encontrados na literatura sobre simastia.

Autor	Ano	Revista	N de casos
Becker	2005	Plastic Reconstructive Surgery	5
Spear	2006	Plastic Reconstructive Surgery	20
Spear et al. ¹³	2009	Plastic Reconstructive Surgery	23
Moliver et al. ⁴	2015	Aesthetic Surgery Journal	18

pré-esternais. Seu uso é discutível, já que a área é de alto risco para a formação de queloides, principalmente em pacientes com tons de pele mais escuros, sendo indicado evitar ao máximo cicatrizes na região.

Técnicas mais complexas de capsulorrafia foram descritas para diminuir o risco de recorrência. Ao invés da simples sutura, é possível confeccionar retalhos anterior e posterior, com sobreposição dos mesmos no bordo medial da mama, para maior sustentação, contudo a execução depende de uma cápsula bem definida e madura^{8,9}. Outra opção para maior sustentação medial é o uso de matriz dérmica acelular em faixa, com formato de “C”, fixado medialmente. Tal técnica é simples, mas acrescenta custo ao procedimento, com benefícios questionáveis¹⁰.

A substituição do plano dos implantes pode ser uma tática de tratamento. Implantes retro glandulares podem ser realocados para lojas retromusculares, propiciando melhor cobertura do implante^{11,12}. Implantes retromusculares podem ser realocados para loja retro glandular, desde que haja cobertura subcutânea suficiente⁶.

Quando não há cobertura suficiente, pode-se tentar o reposicionamento dos implantes em um plano intermediário. Spear et al.¹³ descreveram bons resultados estéticos na sua série de 23 pacientes com implantes subpeitorais graças à criação de lojas “neosubpeitorais”, um novo plano anterior a cápsula e posterior ao músculo peitoral maior, não havendo nenhum caso de recorrência.

Nossa proposta de correção utilizou suturas entre as cápsulas anterior e posterior sob o sulco medial, associada à escarificação das suas superfícies. Esta associação resultou numa boa aderência entre os planos. Por não haver suturas transcutâneas, evitamos o risco de formação de queloides. Entendemos ter sido fundamental, para favorecer a aderência entre as superfícies das cápsulas, a escarificação das mesmas. Utilizou-se a eletrocauterização com o objetivo de promover um processo inflamatório local e aumentar a possibilidade de aderências.

Em relação à paciente do caso 1, por haver ptose mamária, avaliou-se a necessidade de associação às mastopexia. Devido à complexidade no manejo de

diversas variáveis, ao risco de desvascularização da mama, optamos por corrigir apenas a simastia, propondo a mastopexia em segundo tempo, conforme a necessidade.

Observamos que a adesão da pele à região pré-esternal na porção medial das mamas, e a criação do novo sulco, reduziu o excedente de pele. Atribuímos a isso uma explicação matemática: a pele, numa situação de simastia, vista numa posição tomográfica (caudo-cranial), forma uma linha quase reta entre os mamilos. Com a correção da simastia, parte da pele excedente é recrutada, ao se refazer a correta curvatura dos polos mediais das mamas. Observamos inclusive que houve uma medialização dos complexos aréolo-papilares (Figura 13). Tal manejo demonstrou-se bem sucedido, obtendo-se um bom resultado estético, com a paciente satisfeita após o primeiro tempo cirúrgico, não sendo solicitada uma segunda intervenção até o momento.

A paciente 2 apresentava significativo comprometimento psicológico, em função de três intervenções cirúrgicas malsucedidas. Desta forma, a manutenção de uma boa relação médico-paciente foi fundamental para o sucesso terapêutico do caso.

A literatura sugere que em determinados casos de simastia de difícil resolução, a retirada das próteses em um primeiro momento é a melhor opção, pois pode, de imediato, melhorar o aspecto estético ao devolver à paciente, no mínimo, o retorno próximo à sua anatomia antes da mamoplastia de aumento¹³. Ao se recolocar os implantes, optamos por utilizar aqueles de projeção super alta, por terem um diâmetro de base menor, em comparação com os de projeção alta, ocupando, portanto, menor espaço horizontal.

CONCLUSÃO

A simastia iatrogênica é uma condição rara, porém com graves repercussões para a paciente. Sua prevenção é fundamental. É difícil concluir qual a melhor técnica para a correção dessa condição uma vez que poucos estudos foram publicados, com um número pequeno de casos. Embora nossa série de casos seja modesta, considerando que trata-se de uma condição relativamente rara, conseguimos resolver, com a técnica descrita, um problema complexo e com alto índice de recidiva.

COLABORAÇÕES

MP Análise e/ou interpretação dos dados; análise estatística; aprovação final do manuscrito; concepção e desenho do estudo; realização das operações e/ou experimentos; redação do manuscrito ou revisão crítica de seu conteúdo.

FBF Análise e/ou interpretação dos dados; análise estatística; aprovação final do manuscrito; concepção e desenho do estudo; realização das operações e/ou experimentos; redação do manuscrito ou revisão crítica de seu conteúdo.

EMZ Análise e/ou interpretação dos dados; análise estatística; aprovação final do manuscrito; concepção e desenho do estudo; realização das operações e/ou experimentos; redação do manuscrito ou revisão crítica de seu conteúdo.

BDMG Análise e/ou interpretação dos dados; análise estatística; aprovação final do manuscrito; concepção e desenho do estudo; realização das operações e/ou experimentos; redação do manuscrito ou revisão crítica de seu conteúdo.

FMFN Análise e/ou interpretação dos dados; análise estatística; aprovação final do manuscrito; concepção e desenho do estudo; realização das operações e/ou experimentos; redação do manuscrito ou revisão crítica de seu conteúdo.

LMP Análise e/ou interpretação dos dados; análise estatística; aprovação final do manuscrito; concepção e desenho do estudo; realização das operações e/ou experimentos; redação do manuscrito ou revisão crítica de seu conteúdo.

RSW Análise e/ou interpretação dos dados; análise estatística; aprovação final do manuscrito; concepção e desenho do estudo; realização das operações e/ou experimentos; redação do manuscrito ou revisão crítica de seu conteúdo.

PBE Análise e/ou interpretação dos dados; análise estatística; aprovação final do manuscrito; concepção e desenho do estudo; realização das operações e/ou experimentos; redação do manuscrito ou revisão crítica de seu conteúdo.

REFERÊNCIAS

1. American Society of Plastic Surgeons [Internet]. American Society of Plastic Surgeons. 2017 [cited 24 May 2017]. Available from: <https://www.plasticsurgery.org>
2. Surgery I. ISAPS - Sociedade Internacional de Cirurgia Plástica Estética (ISAPS) [Internet]. Isaps.org. 2017 [cited 24 May 2017]. Available from: <http://www.isaps.org/pt/>
3. Brown MH, Somogyi RB, Aggarwal S. Secondary Breast Augmentation. *Plast Reconstr Surg*. 2016;138(1):119e-35e. PMID: 27348674 DOI: <http://dx.doi.org/10.1097/PRS.0000000000002280>
4. Moliver CL, Sanchez ER, Kaltwasser K, Sanchez RJ. A Muscular Etiology for Medial Implant Malposition Following Subpectoral Augmentation. *Aesth Surg J*. 2015;35(7):NP203-10. DOI: <http://dx.doi.org/10.1093/asj/sjv072>
5. Selvaggi G, Giordano S, Ishak L. Synmastia: prevention and correction. *Ann Plast Surg*. 2010;65(5):455-61. DOI: <http://dx.doi.org/10.1097/SAP0b013e3181d37648>

6. Lesavoy MA, Trussler AP, Dickinson BP. Difficulties with subpectoral augmentation mammoplasty and its correction: the role of subglandular site change in revision aesthetic breast surgery. *Plast Reconstr Surg.* 2010;125(1):363-71. PMID: 20048627 DOI: <http://dx.doi.org/10.1097/PRS.0b013e3181c2a4b0>
7. Foustanos A, Zavrides H. Surgical reconstruction of iatrogenic symmastia. *Plast Reconstr Surg.* 2008;121(3):143e-144e. PMID: 18317108 DOI: <http://dx.doi.org/10.1097/01.prs.0000300199.69982.48>
8. Yoo G, Lee PK. Capsular flaps for the management of malpositioned implants after augmentation mammoplasty. *Aesth Surg J.* 2010;34(1):111-5. DOI: <http://dx.doi.org/10.1007/s00266-009-9456-3>
9. Parsa FD, Koehler SD, Parsa AA, Murariu D, Daher P. Symmastia after breast augmentation. *Plast Reconstr Surg.* 2011;127(3):63e-65e. PMID: 21364388 DOI: <http://dx.doi.org/10.1097/PRS.0b013e31820635b5>
10. Curtis MS, Mahmood F, Nguyen MD, Lee BT. Use of AlloDerm for correction of symmastia. *Plast Reconstr Surg.* 2010;126(4):192e-193e. DOI: <http://dx.doi.org/10.1097/PRS.0b013e3181ea92a3>
11. Harley OJ, Arnstein PM. Retrocapsular pocket to correct symmastia. *Plast Reconstr Surg.* 2011;128(1):329-31. PMID: 21701362 DOI: <http://dx.doi.org/10.1097/PRS.0b013e3182174661>
12. Parsa FD, Parsa AA, Koehler SM, Daniel M. Surgical correction of symmastia. *Plast Reconstr Surg.* 2010;125(5):1577-9. PMID: 20440189 DOI: <http://dx.doi.org/10.1097/PRS.0b013e3181d513f0>
13. Spear SL, Dayan JH, Bogue D, Clemens MW, Newman M, Teitelbaum S, et al. The "neosubpectoral" pocket for the correction of symmastia. *Plast Reconstr Surg.* 2009;124(3):695-703. PMID: 19363454 DOI: <http://dx.doi.org/10.1097/PRS.0b013e3181a8c89d>

Autor correspondente:*Felipe Bilhar Fasolin**Rua General Lima e Silva, 757, apto 1207 - Cidade Baixa - Porto Alegre, RS, Brasil
CEP 90050-101E-mail: felipefasolin@hotmail.com