RESUMO DE AULAS DA JORNADA BRASILEIRA
DE ONCOPLASTIA 2025 - BELA VISTA/SP

COMO PLANEJAR A CIRURGIA CONSERVADORA PARA EVITAR RESULTADOS ESTÉTICOS DESFAVORÁVEIS?

Palestrante: Dr. Fabio Bagnoli

Autora: Dra. Luiza Boechat - Membro da Juventude Rosa da Sociedade Brasileira de Mastologia – Santa Catarina – Triênio 2023 – 2025

No início da década de 90, quando surgiram as cirurgias conservadoras, conforme Krishna Clough, 25 a 30% das pacientes iriam evoluir com resultados estéticos insatisfatórios.

Mas nem todas as pacientes precisarão de técnicas elaboradas de reparação mamária. Pequenos tumores e ressecções locais com uma boa abordagem após cirurgia oncológica, já podem ser considerados como oncoplastia nível 1 – quando menos de 20% do tecido mamário é ressecado, sem a necessidade de retirada de pele.

Os casos devem ser individualizados, sendo essencial o planejamento cirúrgico, levando em consideração questões como: comorbidades e hábitos da paciente; relação tumor x mama e a localização do tumor; lipossubstituição mamária – relacionada a maior risco de esteatonecrose; incisões; abordagem cirúrgica; situações no pós-operatório.

Estudos mostram que ressecções de 10% ou mais de tecido mamário de quadrantes mediais e inferiores, 20% ou mais de quadrantes laterais e ressecção de quadrantes centrais podem gerar resultados estéticos insatisfatórios.

Quando há grande lipossubstituição, com uma densidade volumétrica mamária menor que 15%, quase 40% dos resultados cirúrgicos conservadores são insatisfatórios. Proporcionalmente pior se maior volume mamário for excisado.

Devemos considerar sempre abordagens com incisões que fiquem escondidas pelas roupas das pacientes, respeitando linhas de força e deslocamento do complexo aréolo-papilar (CAP), evitando incisões muito próximas ao CAP.

Caso haja situações no pós-operatório como hematomas, avaliar sempre a necessidade de re-abordagem ou tratamento conservador, já que há maior predisposição a processo inflamatório importante, levando a fibrose que pode gerar dor crônica ou assimetrias.

Avaliações pós radioterapia, relacionam um maior grau de fibrose com menor satisfação estética.

Hoje é possível através de software, como o BCCT.core, avaliar simetria mamária de forma bastante objetiva. Estudos a longo prazo após cirurgia conservadora de mama e radioterapia demonstram que piores resultados no BCCT.core, estão associados com menor qualidade de vida. Podendo interferir em questões psicológicas, pessoais e de relacionamentos.

Assim, devemos sempre pensar no tratamento oncológico adequado, visando resultados estéticos satisfatórios agregando qualidade de vida para nossas pacientes.

RESUMO DE AULAS DA JORNADA BRASILEIRA
DE ONCOPLASTIA 2025 - BELA VISTA/SP

RECONSTRUÇÃO MAMÁRIA PRÉ PEITORAL IMEDIATA – RADIOTERAPIA – IMPLANTES: QUAL A MELHOR OPÇÃO?

Palestrante: Dr. Eduardo Gonzalez

Autora: Dra. Alessandra Chiarello - Membro da Juventude Rosa da Sociedade Brasileira de Mastologia – Santa Catarina – Triênio 2023 – 2025.

Dr. Eduardo Gonzalez inicia sua apresentação citando sobre as mudanças nos implantes mamários e nas reconstruções pré peitorais. Desde o ano de 1968 até os dias atuais foram várias evoluções de técnicas e materiais. Inicialmente eram utilizados os implantes lisos, que foram abortados pelas complicações, passando pelas telas e atualmente temos o retorno dos implantes lisos, além dos nanotexturados, microtexturados e os implantes de poliuretano.

Todos os mastologistas já se depararam ou irão se deparar com a situação de mamas tratadas previamente com radioterapia, que necessitarão de uma mastectomia redutora de risco, ou mesmo recorrências locais após tratamento conservador. A questão é: é possível realizar mastectomia poupadora de pele ou poupadora de mamilo com reconstrução com bons resultados e complicações aceitáveis neste cenário? Como proceder? Dr. Gonzalez enfatiza que sobre a reconstrução mamária imediata em mamas irradiadas, ainda estamos em busca de novas soluções para velhos problemas.

- De 1994 a 2002 a cobertura muscular total era preconizada. Como benefício desta técnica é citada a proteção muscular para uma possível necrose no pólo inferior, e como risco uma expansão ruim do pólo inferior, influenciando em um resultado final negativo.

- De 2002 a 2014 tivemos a era da cobertura muscular parcial - Dual Plane – que nos acompanhou por muitos anos, com os benefícios de melhor expansão e melhor resultado cosmético final.

- Na década passada ingressamos nas reconstruções pré peitorais, alguns poucos casos com matrizes (Braxon). Estudos da época mostraram que reconstruções mamárias com

matrizes apresentaram maior probabilidade de seroma, infecção e falhas, do que as reconstruções mamárias baseadas em próteses utilizando retalhos musculares tradicionais. Os benefícios estariam na menor taxa de contratura capsular e coberturas maiores.

A filosofia do Dr. Gonzales é a reconstrução mamária imediata pré peitoral sem matrizes, na maioria dos casos. Uma das maneiras citadas de prevenir possíveis complicações é com a avaliação de imagens de mamografia digital pré operatória para avaliação de cobertura de tecido adiposo suficiente (2 cm ou mais ajuda na redução das complicações).

As técnicas foram evoluindo e em 2022, juntamente com Dr. Cícero Urban foi publicado o artigo “Prepectoral Direct-to-Implant Breast Reconstruction without Placement of Acellular Dermal Matrix or Mesh after Nipple-Sparing Mastectomy”. No estudo foram incluídas pacientes tabagistas e não tabagistas, com e sem radioterapia prévia, e com qualquer cobertura tecidual. O estudo teve um N de 280 pacientes. O cirurgião que realizava a mastectomia era o mesmo que realizava a reconstrução. Alguns pontos foram enfatizados:

- Porque a reconstrução pré peitoral? Para anular os efeitos colaterais do retropeitoral (animação, aderência de cicatrizes subcutâneas); reduzir a dor e o desconforto; obter resultados mais naturais; para melhores resultados no cenário de pacientes que irão realizar radioterapia adjuvante.

- Reconstrução imediata nem sempre! Devemos avaliar: boa mastectomia e boa qualidade do tecido (independentemente do volume da mama). E o que seria considerada uma boa mastectomia? Bom retalho, suficientemente seguro, suficientemente espesso, com irrigação sanguínea perfeita. Dr Gonzales enfatiza que <1 cm não é o limite. O limite é boa vascularização e dissecção com expertise. A principal contraindicação para a reconstrução pré peitoral, do ponto de vista de Gonzalez, é a falta de experiência do cirurgião.

- Foram avaliadas pacientes que realizaram radioterapia após mastectomia nipple sparing e reconstrução imediata pré peitoral com próteses (volume médio de 440cc, implantes micro e macrotexturizados, não foram utilizados implantes de poliuretano) e os resultados foram: Perda da prótese: 10%; necrose do retalho: 2 (4%) (sem necrose do CAP); ondulação grau 4 (2,7%); contratura capsular: Baker I (13,9%), Baker 2 (22%) Baker 3 (16,6%).

Algumas estratégias podem ser utilizadas para reduzir os efeitos da radioterapia sobre a reconstrução, por exemplo a radioterapia hipofracionada, desde que seja discutido entre mastologista e radioterapeuta.

Dr .Gonzalez aborda ainda a questão da prótese de poliuretano, citando alguns estudos, que tem como conclusão: A mastectomia com reconstrução imediata pré-peitoral com implante de poliuretano, sem a necessidade de matrizes, é uma opção viável e segura. A seleção precisa de pacientes, e uma técnica de mastectomia respeitosa, são cruciais para

alcançar resultados ideais com esta abordagem. O enxerto de gordura é um procedimento de refinamento útil para melhorar os resultados estéticos neste cenário, quando o rippling surge como complicação. Uma das vantagens do poliuretano é não rodar, devido a sua adesão maior, comparado aos implantes microtexturizados.

CONCLUSÕES:

- Técnicas de reconstrução pré peitoral mostram complicações cirúrgicas semelhantes às séries com matrizes (ADM), outras telas, ou reconstrução subpeitoral.
- Indicamos as telas em situações especiais para manter a posição do implante (sintético) ou melhorar a qualidade do pólo inferior em retalhos finos.
- Taxas de contratura capsular em reconstrução pré peitoral não são maiores do que com outras técnicas.
- Contraturas capsulares em pré peitoral associadas à radioterapia não são superiores a outras técnicas e apresentam contraturas harmoniosas.
- Complicações são semelhantes às reconstruções submusculares. Além disso, não há animação da mama.
- Esta técnica é promissora, segura e pode ser economicamente vantajosa, pois é uma técnica de etapa única na maioria dos casos, podendo permitir o uso de telas.
- Bons resultados são alcançados com implantes de poliuretano em reconstruções com ou sem radioterapia. Sem rotação. Baixa taxa geral de complicações.
- Estudos maiores e comparativos são necessários sempre.

TRATAMENTO DAS COMPLICAÇÕES NA RECONSTRUÇÃO PRÉ-PEITORAL: RIPPLING, PTOSE E EXTRUSÃO: COMO E O QUE FAZER?

Palestrante: Dr. Mario Rietjens

Autor: Dr. Fernando Vecchi Martins – Presidente da Sociedade Brasileira de Mastologia – Santa Catarina - Triênio 2023-2025

Dr. Mario inicia apresentando quais são suas opções para reconstrução mamária pré-peitoral:

- **Prótese em poliuretano:**

  Utilizada quando há retalhos cutâneos com boa espessura, mama média ou grande (mesmo com ptose) e é possível evitar a simetrização da mama contralateral. Além disso, apresenta ótimo custo/benefício e não desenvolve a mama "animada". Entretanto, apresenta risco de rippling. Dr. Mario apresentou um modelo especial em poliuterano, a B-Lite, que é mais leve (30%), sendo uma boa opção nessa situação.

  Ele seguiu mostrando a casuística do Instituto Europeu de Oncologia (IEO), de março de 2020 a dezembro de 2021, em que foram realizadas 188 mastectomias com essa técnica de reconstrução (174 com preservação da aréola e mamilo), sendo que em 81% não foi necessária a cirurgia na mama contralateral.

  Dentre as complicações, apenas 9% foram consideradas "maiores": necrose cutânea/exposição da prótese (5%), hematoma (3%), infecção (2%) e winkles (ondulações imediatas devido ao retalho muito fino - 1%). As demais complicações, 42%, foram consi-

deradas “menores”: assimetria mamária (6%), formação de cápsula Baker 3 e 4 (3%) e rippling (34%).

Foram necessárias cirurgias secundárias para controle de hemostasia (3%), remoção da prótese (2%), reposicionamento da prótese para retropeitoral (4%) e confecção de lipofilling (19%).

E o que fazer diante dessas complicações?

Para a complicação mais comum, rippling, a solução pode ser corrigir com lipoenxertia, por isso Dr. Mario acredita que essa técnica de reconstrução somente pode ser realizada em pacientes com potenciais áreas de doação de gordura.

Para exposição da prótese, o ideal é abordar na fase de “pré-exposição”, em que não há contaminação externa. Uma das opções é reabrir pela mesma incisão cirúrgica e transpor o músculo peitoral para cobrir a área de possível exposição.

Os casos de assimetria e visibilidade do polo superior da mama, pode-se resolver com posicionamento da prótese para retropeitoral e completar o polo superior com lipoffiling.

O grande problema a ser solucionado é quando há o desenvolvimento de cápsula Baker IV. O que fazer? Dr. Mario acredita que jogar a prótese para retropeitoral não vai resolver, ou seja, a solução ideal seria corrigir com a associação do retalho do músculo grande dorsal, em especial após a radioterapia.

- **Prótese revestida com Braxon (um tipo de ADM – Acellular Dermal Matrix):**

  Indicada para paciente com mamas pequenas ou médias, uma opção para cirurgias com retalhos cutâneos com boa espessura, não faz mama animada nem desenvolve cápsula. O grande fator contrário a essa opção é seu custo, aproximadamente 3 mil euros por cada material.

  Após, Dr. Mario apresenta um estudo randomizado do IEO, com 35 casos com Braxon e 35 casos retropeitorais “clássicas”, com apenas uma única remoção de prótese com Braxon devido a hematoma e infecção e, também, somente uma revisão por hematoma no grupo da técnica retropeitoral, sem perda do implante. Apesar desse estudo não ter concluído ainda o seguimento ideal dessas pacientes, a impressão global é que a opção com a Braxon apresenta melhores resultados estéticos e com menor formação de cápsula.

  Dr. Mario mostra uma revisão comparativa “Short-Term Outcomes and Cosmetic Results of Pre-pectoral Implant-Based Breast Reconstrution Using Braxon® Mesh: A Sys-

tematic Review of Post-operative Complications", a qual abrangeu 6 estudos com 742 reconstruções mamárias com Braxon, com 13,2% de complicações "maiores", 6,5% de perda do implante e 10% de seroma.

Quando se sabe que a paciente vai realizar radioterapia posterior, Dr. Mario não utiliza Braxon, o que para ele é uma contraindicação. Inclusive ele mostrou dados de um estudo randomizado do IEO com 70 pacientes, sugerindo realmente que, na grande maioria dos casos, as pacientes que fizeram uso de Braxon com radioterapia posterior tiveram resultados não satisfatórios.

E, nessa situação de radioterapia pós uso de Braxon, em que você deseja corrigir o resultado estético ou funcional, Dr. Mario não aconselha realizar capsulotomia e uso de outra ADM, bem como evitar reposicionar o implante para retropeitoral (pois o músculo peitoral já foi irradiado e não se distenderá) ou lipofilling isolado. Para ele, nessa situação de necessidade de correção, a indicação mais precisa é reabordagem com uso de retalhos miocutâneos, sendo o grande dorsal o mais selecionado.

- **Prótese em silicone sem revestimento pré-peitoral:** Dr. Mario tem pouca experiência, pode funcionar nos casos em que o cirurgião deixa o subcutâneo com boa espessura (o ideal que o mesmo cirurgião que faz a mastectomia também faça a reconstrução).

Conclusões sobre o tratamento das complicações em reconstrução pré-peitoral:

Podem ser utilizadas soluções simples (lipofilling ou reposicionamento retropeitoral) ou técnicas mais complexas (retalhos dorsal ou TRAM). E ainda não temos estudos comparativos válidos que demonstram qual a técnica melhor e com complicações reduzidas.

Dr. Mario finaliza sua apresentação dizendo que pensa, num futuro próximo, que melhores respostas virão, inclusive está em andamento o estudo I-PREPARE (International Prospective REgistry on Pre-pectorAL Breast Reconstruction), em nível europeu, e que seu serviço está incluído, que é um registro prospectivo de todos os casos de reconstrução pré-peitoral realizadas em alguns países do continente.

PODEMOS FAZER RECONSTRUÇÃO PRE PÉC EM MAMAS IRRADIADAS DE ROTINA?

Palestrante: Dr. Eduardo Gonzalez e Dra. Lígia Teixeira.

Autor: Dr. Fernando Koenig - Membro da Juventude Rosa da Sociedade Brasileira de Mastologia – Santa Catarina – Triênio 2023 – 2025

Esta palestra é dividida em duas partes e conta com a participação de dois convidados, Dr Eduardo Gonzalez e Dra Lígia Teixeira. Cada um deles mostra sua experiência, e dados epidemiológicos, na reconstrução de mamas com próteses pré-peitorais (PP) em mamas com radioterapia. Em sua aula, Dr Gonzalez nos mostra dados que, sim, corroboram com a realização de mastectomia com reconstrução pré-peitoral em mamas com radioterapia (pré ou pós mastectomia); já a Dra Lígia, comenta apenas sobre reconstrução em mamas previamente irradiadas.

Dr Eduardo Gonzalez – "SIM"

Em termos de publicações científicas, temos uma miscelânea de informações. Alguns trabalhos indicam que a radioterapia traz piores resultados nas reconstruções PP e outros, de não inferioridade, demonstram segurança na técnica.

A técnica cirúrgica influencia no sucesso de uma reconstrução PP. São considerados bons retalhos aqueles que: são oncologicamente seguros, espessos o suficiente e com boa vascularização. Vale lembrar que, a medida de 01 centímetro, não é um limite para um bom retalho; o limite é uma boa vascularização e dissecção com expertise. Os benefícios, segundo o palestrante, são muitos na reconstrução PP:

- Menos animação e aderências no subcutâneo

- Reduz dor e desconforto
- Traz resultados mais naturais
- Níveis inferior de contratura capsular graus 3 e 4, em pacientes submetidas a radioterapia, conforme relatado em seu trabalho (IMPACT OS POSTMASTECTOMY RADIATION THERAPY IN PREPECTORAL VERSUS SUBPECTORAL IMPLANT-BASED BREAST RECONSTRUCTION)

Dr. Eduardo cita sua experiência (ainda não publicada), com implantes de poliuretano de nova geração, em mamas previamente irradiadas. Com este tipo de implante, temos taxas mais baixas de contraturas, menos extrusões e menor risco de rippling e rotação da prótese. O estudo RECONSTRUCCION MAMARIA IMMEDIATA MEDIANTE IMPLANTE PREPECTORAL DE POLLIURETANO. RESULTADOS PRELIMINARES DEL ESTUDIO PROSPECTIVO PreQ-20, corrobora os resultados.

Importante destacar o uso do lipofilling, para melhoria do panículo adiposo subcutâneo, na tentativa de evitar futuros problemas cirúrgicos, em mamas com radioterapia prévia.

Como conclusão, Dr Gonzalez afirma que, sim, podemos usar a reconstrução PP em mamas com radioterapia, mas a equipe deve ter experiência com a técnica e uso o do implante de poliuretano com maior compatibilidade e, aparentemente, traz menos complicações.

Dra. Lígia Teixeira

Inicia sua aula demonstrando um fato interessante: as publicações envolvendo reconstruções mamárias pré-peitorais possuem um pequeno número de pacientes com mamas previamente irradiadas, sendo difícil, neste caso, realizar afirmações precisas.

A palestrante cita um artigo da revista Plastic Surgery (THE IMPACT OS PREMASTECTOMY VERSUS POSTMASTECTOMY RADIATION THERAPY ON OUT COMES IN PREPECTORAL IMPLANT-BASED BREAST RECONSTRUCTION), com as seguintes informações:

- Estudo retrospectivo que avaliou pacientes submetidas a mastectomia PP com ADM e retalho dérmico.
- 592 mamas operadas
    - » 28 realizaram radioterapia pré-mastectomia (grupo 1)

  - 71 realizaram radioterapia após a mastectomia (grupo 2)
  - 493 não realizaram radioterapia (grupo 3)

- O grupo 1 apresentou 21% de perda do implante e 7,1% de recorrência local
- O grupo 2 teve 10% de perda de implante e 5,6% de recorrência local
- Já o grupo 3, foi o que apresentou taxas mais baixas de perda da prótese (3,4%) e de recorrência local (1%).
- Chama a atenção os altos índices de recorrência local em mamas com radioterapia ($p<0,05$), fato que poderia estar correlacionado a uma maior espessura do retalho naquelas candidatas, ou já submetidas, à radioterapia.
- Comparando apenas as complicações em mamas irradiadas, apenas a incidência aumentada de seroma foi estatisticamente significativo, naquelas mamas previamente irradiadas.

Dra Lígia cita uma metanálise (Prosthetic breast reconstruction in previously irradiated breasts: A meta-analysis) que avaliou a reconstrução com implantes versus tecido autólogo em mamas previamente irradiadas. Neste estudo, as taxas de perda da prótese foram maiores naquelas pacientes que realizaram apenas a reconstrução com implantes (33% versus 7% naquelas que utilizaram implante + retalho autólogo versus 2% naquelas que realizaram apenas implante).

São considerações importantes a se fazer, naquelas pacientes que possuem mamas irradiadas e serão submetidas a mastectomia:

1. Associar lipofilling;
2. Pele deve ter um bom tropismo;
3. Incisão no sulco;
4. Retalho mais espesso. * aqui um contrassenso pois algumas publicações demonstram maiores taxas de recorrência em retalhos mais espessos;

Deve-se, portanto, realizar uma análise individualizada, levando em consideração, principalmente, a qualidade da pele e as sequelas ocasionadas pela radioterapia. A autora demonstra a técnica de reconstrução autóloga com músculo grande dorsal lipoenxertado com cicatriz mínima/ausente na área doadora, como forma de evitar o uso de próteses.

Conclusão da palestrante: porque não devemos realizar reconstrução pré-peitoral de rotina, em mamas previamente irradiadas:

- Maior risco de complicações e perda total do implante;
- Maiores chances de reabordagem, ocasionando maior custo;
- Qualidade de vida e satisfação são piores com implantes;
- Manter o retalho mais espesso na PP pode não ser oncologicamente seguro;
- É possível fazer uma reconstrução autóloga com poucas cicatrizes;

RESUMO DE AULAS DA JORNADA BRASILEIRA
DE ONCOPLASTIA 2025 - BELA VISTA/SP

MASTECTOMIA MASCULINIZANTE: ABORDAGEM

Palestrante: Dra. Patricia Aguilar Bellini

Autora: Dra. Rafaela Reis - Membro da Sociedade Brasileira de Mastologia – Santa Catarina – Triênio 2023-2025

Já conhecemos bem a anatomia do tórax feminino com as medidas fúrcula-mamilo se assemelhando à um triangulo equilátero, porém ao transpor isso ao tórax masculino percebemos que a base desse triangulo é mais larga e a posição dos mamilos mais lateralizada. Sendo essa uma informação super importante para o reposicionamento correto dos mamilos ao final da cirurgia.

A mastectomia masculinizante ou masculinizadora é uma cirurgia muito desejada por homens trans que ao adentrarem nossos consultórios já possuem grandes expectativas em relação ao mamilo e a cicatriz. Mas qual será a melhor técnica cirúrgica a indicar?

Muitos são os estudos e revisões publicadas acerca das técnicas cirúrgicas disponíveis. E eles são semelhantes em seus fluxogramas ao basearem suas indicações no tamanho de mama, elasticidade da pele, grau de ptose e claro, ponderando o desejo do paciente.

De acordo com o estudo, publicado em 2018, Masculinizing To Surgery: Systematic Review of Techniques and Outcomes com a análise de 8 estudos e 1069 pacientes observa-se 6% de hematomas e 26,5% de taxas de reoperações para refinamento cirúrgico.

Dra. Patricia Bellini é autora do estudo Techincal innovation and chest symmetrizing techniques in masculinizing top surgery: The autor's experience que analisa 115 pacientes operados entre 2021 e 2025 por ela mesma no Hospital Felicio Rocho – Belo Horizonte. Os objetivos da cirurgia é retirar tecido mamário, reduzir e reposicionar o CAP, ressecar excedentes de pele e eliminar o sulco inframamário a fim de reforçar o aspecto masculino do tórax. As principais técnicas cirúrgicas utilizadas são: duplo círculo periareolar, retalho do CAP e enxerto livre do CAP. A essas duas últimas podemos associar técnicas de lipoaspiração caso pacientes possuam gordura periaxilar o que contribui para a melhora do contorno do tórax.

A técnica do Duplo Círculo Periareolar é indicada para pacientes com mamas pequenas e com pouca ou sem ptose. O reposicionamento do CAP tem melhores resultados quando comparada a incisão semicírculo. Lembrando que a aréola feminina é mais alta, mais larga e mais centralizada sendo necessário a aquisição de um areolótomo masculino para atingirmos melhores resultados. Para diminuir a diferença de tamanho, opta-se pela sutura em bolsa de tabaco o que também reduz a chance de deiscência e alargamento de sutura. Se excesso de pele, opta-se por um outro duplo círculo concêntrico na lateral para melhor refinamento.

A técnica Retalho do CAP é recomendada para pacientes com mamas médias e, como nesses casos, a sobra de pele de inevitável, a incisão pelo sulco mamário é a melhor indicação. A cirurgiã opta por um retalho com 1 a 2 cm de espessura e de base bem larga para preservar a vascularização do mesmo. Reabordagens para reposicionamento do CAP podem ser necessárias.

E por último, a técnica Enxerto Livre do CAP é indicada para pacientes com mamas grandes ou volumosas e ptosadas porque não se consegue preservar a vascularização do CAP de outra maneira. Sempre é necessário a diminuição da aréola. A cicatriz será um ponto importante no aspecto final dessa técnica. A ideia é evitar uma cicatriz reta e sim que acompanhe o músculo peitoral maior, numa linha semicircular, dando a impressão de um sorriso. E, por isso, a técnica é popularmente conhecida como Duplo Sorriso. O novo CAP deve ser fixado na altura do quinto arco costal na transição borda lateral do músculo peitoral. O fechamento é feito com fio nylon e pontos simples associados a curativo de Brown por 10 dias. Em casos de simastia, é inevitável a união das cicatrizes a fim de proporcionar uma melhor estética final. A necrose do CAP é um risco a ser considerado.

Em seu estudo, as taxas de complicações são baixíssimas e a mais realizada foi a Técnica de Enxerto Livre do CAP. O ganho da musculatura peitoral não é proporcionado pela cirurgia e só se conquista com treino, mas através de uma cicatriz bem-posicionada o resultado será obviamente melhor.

Essa cirurgia traz não só identidade, mas também liberdade!

RESUMO DE AULAS DA JORNADA BRASILEIRA
DE ONCOPLASTIA 2025 - BELA VISTA/SP

TÉCNICAS DE LIPOASPIRAÇÃO E NOVAS TECNOLOGIAS. COMO UTILIZAR?

Palestrante: Dr. Vilmar Marques De Oliveira

Autora: Dra. Daniela A. Nesello - Membro da Juventude Rosa da Sociedade Brasileira de Mastologia – Santa Catarina – Triênio 2023 – 2025

O Dr. Vilmar inicia a palestra afirmando sobre a definição e propósito da lipoaspiração e que é um procedimento cirúrgico designado para remover o excesso de tecido adiposo de áreas do corpo para melhorar o perfil estético. O objetivo é entregar uma forma corpórea melhor quando fazemos a coleta daquela gordura com o intuito de fazer a lipotransferência, melhorando o resultado estético da mama e a auto-estima. Segundo o palestrante, o mais importante é realizar a lipoaspiração de forma simétrica.

Ainda, Dr Vilmar lembra dos riscos do procedimento, como a trombose.

Qual a técnica de lipoaspiração é mais adequada?

A técnica tradicional é aquela que você realiza todos os dias, no seu dia-dia. Pode ser a técnica assistida com a seringa ou a técnica a assistida com aparelho a vácuo. Dr Vilmar salienta: “Se você precisa de pouca quantidade de gordura, use as seringas e se precisa de grande quantidade de gordura, use o aparelho de lipoaspiração”. Quando utiliza-se as cânulas, o Dr. Vilmar utiliza cânulas número 4 e 5, com dois orifícios na lateral e um central e a ponta angulada. Ainda utiliza cânula 3 de Klein e cânulas de 1,5mm a 2,0 mm para a lipotransferência e uma seringa de 60ml.

Ainda comenta: “Você pode utilizar com ou sem tumescência, quando você não realiza a tumes-cência, sempre fazer uma passagem da cânula em pontos distintos, não repetir o mesmo local”.

Temos novas tecnologias que vem para auxiliar nessas cirurgias que são o laser e o ultrassom. O laser é um infravermelho, que a depender da frequência, quanto mais alta, menos esquenta. Quando utilizamos o laser, usamos energia, e não precisamos usar a tumescência. O próprio laser vai tamponar os vasos sanguíneos e o próprio fabricante do aparelho do laser, relata que não precisa usar tumescência. O Dr. Vilmar refere que faz a tumescência mesmo com o laser. O próprio laser também tem uma propriedade de ativar os fibroblas-tos e determinar uma retração cutânea. Dr. Vilmar explica como funciona o laser: Inicia-se a cirurgia, passando o laser em toda a área que queremos realizar a lipoaspiração, ele vai liberar os adipócitos, os fatores de crescimento locais e as células mais jovens favorecendo uma coleta de material mais rico para realizar a lipotransferência.

O ultrassom de lipossucção emite uma onda de ultrassom, esquenta, faz cavitações e pre-cisa de muita tumescência. Existem dois aparelhos de Ultrassom: VASER e VIBROLIPO (o qual o Dr. Vilmar utiliza há mais de vinte e cinco anos). Eles emitem uma vibração na ponta das cânulas. Quando utiliza o alguma destas tecnologias, estas precisam estar acopladas a uma Bomba Peristáltica que ajuda na tumescência. Associado a estas técnicas, Dr. Vil-mar usa cinco portais, com protetores dos portais na pele (porque ele esquenta a pele), e como tumescência utiliza para cada 1L: 4 ampolas de transamin e 4 ampolas de adrenalina. (Dr Vilmar enfatiza: “Utilize o transamin, ele estabiliza o trombo e não aumenta a trombo-se”). Após a tumescência, o próximo passo é fazer a preparação da gordura, e utiliza-se o VASER, em toda a área que será aspirada. Após esse processo, faremos a lipoaspiração, usando o VIBROLIPO, aspirando a gordura.

O Laser e o Vaser são pilares na liberação dos adipócitos e o que surgiu de mais recente são os retratores de pele na lipoescultura. Após ter terminado a cirurgia e ter retirado muita gor-dura, usa-se o retrator de pele a base de hélio e o argônio passando em toda a extensão de pele com muito cuidado, porque eles esquentam, e eles vão estimulando a produção de colá-geno e essa pele vai retraindo, encolhendo, permitindo um resultado estético extremamente favorável. O mastologista não precisa fazer isso, esses procedimentos são para as pacientes que desejam realizar lipoescultura. Dr. Vilmar finaliza a palestra afirmando que a lipoescultura vem evoluindo ao longo dos anos, o conceito maior é fazer a lipoaspiração de forma simétri-ca, evitando defeitos e que sempre tirar menos é muito melhor do que tirar mais.