

RELATO DE CASO

MAMAPLASTIA REDUTORA AXILAR, DE FELICIO NO TRATAMENTO DAS GINECOMASTIAS SIMON III NA ADOLESCÊNCIA

YHELDA DE ALENCAR **FELICIO**^{1*}; SALUSTIANO GOMES DE PINHO **PESSOA**²; EUDEMARA FERNANDES DE **HOLANDA**³; ALANA D'AVILA **REBELO**³; BRUNA MARQUES BARRETO **NUNES**³.

1 – Membro Titular Especialista da Sociedade Brasileira de Cirurgia Plástica desde 1980.

2 – Membro Titular Especialista da Sociedade Brasileira de Cirurgia Plástica. Chefe do Serviço de Cirurgia Plástica do Hospital Universitário Walter Cantídio/ Universidade Federal do Ceará – Fortaleza – Ceará- Brasil. Diretor do Departamento de Ensino e Serviços Credenciados (DESC) da Sociedade Brasileira de Cirurgia Plástica.

3 – Residente em Cirurgia Plástica do Hospital Universitário Walter Cantídio/ Universidade Federal do Ceará, Serviço de Cirurgia Plástica – Fortaleza – Ceará – Brasil.

Artigo submetido em: Ago.-Out./2023

Artigo aceito em: Dez./2023

Conflitos de interesse: não há.

Autor Correspondente: yheldacplastica@gmail.com.

RESUMO

O termo ginecomastia se refere ao aumento patológico da mama masculina. Este aumento pode ter como causa o desequilíbrio na relação hormonal de estrogênio e androgênio, seja ela fisiológica, idiopática (maioria), por endocrinopatias ou abuso de esteroides. O objetivo deste trabalho é demonstrar chamar a atenção do emprego da técnica de mamaplastia redutora axilar descrita por Felício utilizada para correção cirúrgica de paciente com ginecomastia grau III de Simon.

Palavras-chave: Ginecomastia; Mama; Homens; Saúde do homem; Mastectomia; Cirurgia plástica; Mamaplastia; Axila.

ABSTRACT

The term gynecomastia refers to the pathological enlargement of the male breast. This increase may be due to the imbalance in the hormonal relationship of estrogen and androgen, be it physiological, idiopathic (most), due to endocrinopathies or abuse of steroids. The aim of this work is to demonstrate the attention to the use of the axillary reduction mammoplasty technique described by Felício used for surgical correction of a patient with Simon's grade III gynecomastia.

Keywords: Gynecomastia; Breast neoplasms; Male; Plastic surgery; Mastectomy, Mammoplasty, Axilla.

INTRODUÇÃO

A globalização modificou bastante os objetivos e expectativas de vida dos adolescentes de todas as camadas sociais, já que o pleno acesso às mais variadas mídias e a grande influência dos meios de comunicação criaram novos padrões, modelos, modismos e outras manifestações comportamentais das diversas populações em todo o mundo em um curto período de tempo. A ginecomastia puberal é definida como aumento visível da glândula mamária do homem no período de maturação sexual. A proliferação tissular mamária subareolar é observada precocemente na puberdade cerca de seis meses após o início do aumento do volume testicular e do surgimento dos pelos pubianos. A prevalência em adolescentes normais é de até 75% ⁽²⁾. O diagnóstico diferencial mais comum é com a lipomastia, na qual ocorre acúmulo de tecido adiposo palpável na região mamária sem haver disco de consistência elástica subareolar, correspondente às proliferações ductal e estromal presentes na ginecomastia.

Ambas as mamas são afetadas de forma sequencial em 95% dos casos e a duração habitual é de seis meses a dois anos acompanhando a fase do estirão puberal. A involução é espontânea na maioria dos casos e o volume glandular costuma restringir-se ao perímetro areolar. Cerca de 4% dos adolescentes apresentam formas graves de ginecomastia puberal, com diâmetros horizontais de 4 cm (macromastia) ou > 5 cm (macrogincomastia). Nesses casos, apresentam mamas que se assemelham às femininas em estágios 3 e 4 de Tanner ⁽³⁾, porém não costuma haver regressão.

O tratamento da ginecomastia nem sempre é necessário, depende de sua causa, duração e gravidade e o tratamento se fundamenta em se causa dor ou desconforto.

A ginecomastia transitória ocorre durante a puberdade, geralmente se resolve sozinha sem tratamento dentro de 3 anos em 90% dos casos, não sendo necessário qualquer tipo de tratamento.

No entanto, mamas com mais de 4 cm de diâmetro podem não regredir completamente é este o paciente que tem desafiado pediatras, endocrinologistas, cirurgiões plásticos e principalmente as famílias nem sempre preparadas para lidar com um ser em desenvolvimento que sofre por uma situação anatômica não desejada.

A grande maioria dos adolescentes passa por experiências evolutivas que incluem:

1. Aceitação de seu corpo e seu correspondente gênero masculino ou feminino.
2. Estabelecimento de novas amizades com pessoas da mesma idade e de ambos os sexos.
3. Inserção e aceitação no seu grupo de jovens.

O sucesso futuro deste menino está totalmente relacionado aos conceitos de autoestima e autoimagem que desenvolver já que são extremamente importantes na

adolescência, para a plena aceitação grupal e o convívio social pontos fundamentais para o desenvolvimento da maturidade e da independência do ser adulto futuro.

Pelos motivos acima as cirurgias estéticas na adolescência devem ser discutidas pelo pediatra clínico, endocrinologista, cirurgião plástico e família com o objetivo de se atingir um julgamento cirúrgico adequado, devendo ser valorizados aspectos como: – idade ideal para correção; – inserção social; – estabilidade emocional; – autoestima e autoimagem; – hígidez física; – bom senso.

A proposta de tratamento de Felício ⁽⁴⁻⁶⁾ se destina a atender as premissas acima e em especial aqueles portadores de ginecomastia grau III que não aceita cicatrizes na face anterior do tórax.

A classificação de Simon descrita em 1973 que propôs a seguinte classificação para os diferentes graus de ginecomastia: Grau I – Pequena, sem excesso de pele; Grau IIa – Moderada, sem excesso de pele; Grau IIb – Moderada, com excesso de pele; Grau III – Grande, com excesso de pele ⁽⁷⁾.

Faz-se necessária para a perfeita execução da técnica proposta o conhecimento da anatomia cirúrgica da Axila.

Definição de Axila: Espaço piramidal inferior à articulação do ombro e superior à fásia axilar na junção entre o braço e o tórax. Por ela passam estruturas neuro vasculares que suprem o membro superior. O formato da axila tem um ápice, uma base e quatro paredes que podem ser vistas em: Henry Vandyke Carter - Henry Gray (1918) *Anatomy of the Human Body* ⁽⁸⁾.

RELATO DE CASO

O trabalho foi realizado no Centro Cirúrgico do Hospital Regional da UNIMED FORTALEZA – HRU em 27 de março de 2014 .

Menino com 12 anos acompanhado pelos pais, foi encaminhado pelo serviço de endocrinologia, por aumento de volume bilateral das mamas com início há 4 anos.

Apresentava diagnóstico prévio, estabelecido no Serviço de endocrinologia, de obesidade, tendo o surgimento da ginecomastia. História negativa para contato com estrógeno. Ao exame físico, 170 cm e 80 kg, o IMC é de 27.7 kg/m², ou seja, este peso está acima do ideal para esta altura e idade, que deveria ser entre 45 kg e 63 kg. – Ginecomastia aberrante, Tanner III. Avaliação da idade óssea compatível com a idade cronológica. A ecografia de tórax confirmou a presença de tecido glandular subareolar. A radiografia de tórax foi normal, assim como a função da tireóide e o beta-HCG. As medidas de testosterona estão dentro dos parâmetros da normalidade para a idade de 12 anos - 34,0 a 500,0 ng/dl. Jovem sofria bullying na escola, portanto se negava frequentar a escola, bem como abandonou os esportes (football).

TECNICA OPERATORIA:

A cirurgia tem início com a marcação do paciente em pé com o membro superior elevado identifica-se a prega axilar e com a caneta dermatográfica marca-se após traçar superiormente o quadrante superior da mama e por manobra bidigital se estabelecer a quantidade de pele ser retirada. Desta forma se estabelece o tamanho e a largura da ilha elíptica de pele a ser retirada na axila para o reposicionamento da mama (**Figura 1 e 2**). A cicatriz resultante deverá ser posicionado dentro da prega da axila e contorna toda a axila. Não devendo ser nem maior, nem menor do que a axila, para que se evite : excessos de pele: "orelha de cachorro" ou ultrapasse a borda da axila permanecendo exposta, visível.



Figura 1. Desenho feito e cedido por Dra. Lucia Regina Penaforte, médica cirurgiã plástica.

Fonte: imagem pertencente aos arquivos pessoais dos próprios autores.

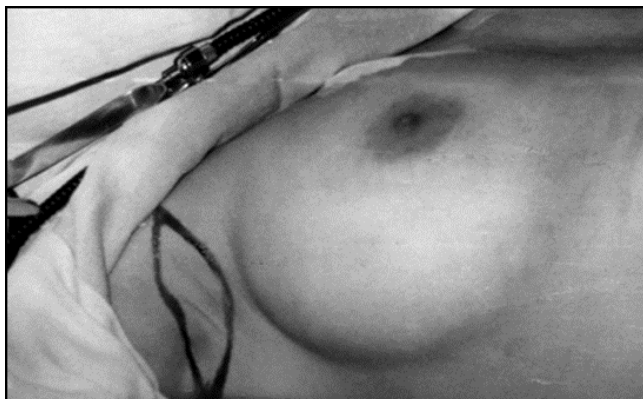


Figura 2. Marcação fusiforme na axila com finalidade de retirar excesso de pele e tecido sub-cutâneo.

Fonte: imagem pertencente aos arquivos pessoais dos próprios autores.

Se realiza inicialmente a lipoescultura com seringa das mamas através de duas pequenas incisões transversais na porção inferior lateral do tórax direito e esquerdo, de aproximadamente 2cm, além de uma pequena incisão vertical na porção inferior e central do esterno, também de aproximadamente 2cm. Com a utilização de preferência de um bisturi de radio frequência para retirada da glândula mamaria, mantendo uma espessura de dois a três

centímetros de espessura sob a aréola evitando escavar e desta forma e evitando depressões.

A hemostasia é rigorosa e o uso de dreno de aspiração é aconselhado!

A sutura da axila é feita em dois planos com fios: um vicryl 3-0, dois mononylon 4 -0 e um mononylon 5-0 em um total de apenas quatro fios de suturas, para ambas as mamas, comparando com as demais técnicas que se utiliza entre 10 a 20 fios de sutura, consequentemente é um procedimento mais econômico, não somente quanto ao uso de materiais como mais econômico no tempo.

O procedimento é finalizado com curativo axilar compressivo por 24 horas e o uso de uma faixa elástica nas mamas e axilas por um período de três meses, que deverá ser retirada apenas no momento do banho. Limpeza rigorosa e diária com água e sabão das axilas e mamas.

Paciente evoluiu satisfatoriamente; o dreno não apresentava débito e foi retirado após 48 horas da cirurgia. Iniciadas sessões de drenagem linfática (massagens) pós-operatória a fim de evitar fibrose pós-lipoaspiração e as suturas foram retiradas iniciando no decimo quinto dia de pós-operatório, finalizando no vigésimo dia de pós-operatório.

O resultado foi plenamente satisfatório com paciente retornando as suas atividades habituais, além de retornar a frequentar a escola bem como para as atividades esportivas, como o football.



Figura 3. Da esquerda para a direita: pré-operatória, após 06 meses e após 01 ano. Visão lateral.

Fonte: imagem pertencente aos arquivos pessoais dos próprios autores.



Figura 4. Da esquerda para a direita: pré-operatória, após 06 meses e após 01 ano. Visão frontal.

Fonte: imagem pertencente aos arquivos pessoais dos próprios autores.

DISCUSSÃO

A principal causa de ginecomastia é idiopática, este fato foi também verificado por outros autores^(2,3), seguida pela obesidade e pelo uso de esteroides anabolizantes. Essas duas últimas causas refletem em parte o perfil da sociedade moderna, em que o ganho excessivo de peso pode estar associado ao estilo de vida sedentário

ou distúrbios decorrentes dele, como ansiedade, depressão e outros. Por outro lado, o uso de drogas com finalidade estética representa a rapidez e a facilidade com que se pretende modificar a aparência de forma desequilibrada. Foi verificado que a obesidade é a segunda maior causa de ginecomastia em todas as faixas etárias, principalmente nos pacientes até 20 anos de idade. Acima dessa idade, os esteroides anabolizantes dividem a segunda posição como a maior causa de prevalência de ginecomastia.

A técnica mais utilizada para correção de ginecomastia periareolar inferior é proposta por Webster, principalmente para aqueles pacientes que não apresentava excesso de pele associado à ginecomastia. Está bem indicada para paciente que apresentem Simon graus I e IIA.

Antonio Carlos Abramo ⁽¹⁰⁾ registra na revista do ISAPS, 1989 o uso de Lipoaspiração da mama através de uma incisão na axila associada a retirada da glândula mamaria através de uma incisão periareolar.

Balch CR ⁽¹¹⁾, publica no Jornal Americano em 1978: “Transaxillary incision for gynecomastia”

Nos casos em que a excisão do excesso de pele é necessária, a técnica cirúrgica mais empregada é a incisão periareolar circular, ⁽¹²⁾ que atende um grande percentual de pacientes com graus de ginecomastia IIB e III. Essa técnica requer cuidado cirúrgico adicional, para que a cicatriz fique aceitável. A literatura cita quase que 38,5% de complicações, como cicatriz hipertrófica e queloidiana, que corresponde a 60% das complicações. As reclamações ocorreram principalmente por parte dos pacientes em que a causa da ginecomastia foi a obesidade e o peso do material retirado das mamas foi superior a 100 g. Essas complicações foram associadas à realização de atividades físicas precoces pelos pacientes, o que gerou aumento da tensão na cicatriz, levando a deiscência, hipertrofia e quelóide. Com o objetivo de prevenir essas futuras complicações a técnica proposta se mostra efetiva apesar do pequeno N apresentado, mas a afirmação está fundamentada na série de trabalhos publicados pela autora sênior ^(1,4-6, 12, 13.).

CONCLUSÃO

A abordagem cirúrgica aplicada para o tratamento da ginecomastia utilizada neste trabalho que utilizou a classificação de Simon e permitiu concluir que, nos casos em que houve a necessidade de ressecção de pele, a técnica por excisão axilar associada a lipoescultura com seringa, é efetiva.

REFERÊNCIAS

1. Felicio, Y. Axillary Reduction Mammoplasty-Yhelda Felicio's technique. *Aesthetic Plastic Surgery*; 21(4), p.268-275, 1997
2. Mattos A. Cirurgia Plástica em adolescentes: o que devemos considerar. [Internet]. 2017 [citado 2020 Abril 09]. Disponível em: <https://pebmed.com.br/cirurgia-plastica-em-adolescentes-o-que-devemos-considerar/>
3. Meneses C, Ocampos DL, Toledo TB. Estagiamento de Tanner: um estudo de confiabilidade entre o referido e o observado. *Adolescência & Saúde*. 2008; 5(3): 54-56. [Internet] 2008 [citado 2020 Abril 09].
4. Felicio, Y.A. *Plastie mammaire de réduction sans cicatrice mammaire, avec radio-chirurgie. La Revue de Chirurgie Esthétique de Langue Française*; XVIII, N:73, p.53-58, 1993.
5. Felicio, Y. Redução mamaria via axilar, por Yhelda Felicio. Ebook - Novas Edições Acadêmicas; 2015 [citado 2020 Abril 09].
6. Felicio Y: Axillary Reduction mammoplasty. In: *Mastopexy and Breast Reduction*, Shiffman MA (Ed), Springer, USA, 2009, Cap 44, Pp325-331.
7. Medeiros MMM. Abordagem cirúrgica para o tratamento da ginecomastia conforme sua classificação. *Rev. Bras. Cir. Plás.* 2012; 27(2): 277-282
8. Gray's Anatomy: Acesso em: <https://commons.wikimedia.org/w/index.php?curid=975527> - Disponível em 09/04/2020.
9. Fournier, PF. *Liposculpture the syringe technique*. 75006 PARIS: Arnette; 1991.
10. Abramo AC. Liposuction Through an Axillary Incision for Treatment of Gynecomastia. *Aesth Plast Surg* 13:85-89, 1989.
11. Balch CR: Transaxillary incision for gynecomastia. *Plast Reconstr Surg* 61(1):13-16, 1978.
12. Felicio Y. Periareolar Reduction mammoplasty. *Plast Reconstr Surg* 1991; 88:789-798
13. 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. Plast.*; 17(2), p.57-68, 2002.