

# Mastopexia crescente com implantes de silicone: um estudo longitudinal prospectivo

*Crescent mastopexy with silicone implants: a longitudinal prospective study*

DENIS SOUTO VALENTE<sup>1</sup>

LAURO AITA CARVALHO<sup>1</sup>

RAFAELA KOEHLER ZANELLA<sup>2</sup>

## RESUMO

**Introdução:** Mastopexia periareolar crescente com aumento mamário é uma técnica bem descrita para correção de ptoses mamárias classificadas com graus I e II de Regnault. O objetivo deste estudo é discutir os resultados obtidos utilizando essa técnica, com posicionamento do centro de implantes redondos abaixo do mamilo. **Método:** Ptoses de grau I foram corrigidas, em pacientes selecionadas, utilizando uma combinação de mastopexia crescente periareolar com aumento mamário utilizando implantes de gel de silicone redondos de perfil alto. As pacientes responderam a um questionário, classificando os resultados obtidos com a mamoplastia como pobres, satisfatórios ou bons. **Resultados:** Foram estudadas 128 pacientes, que receberam implantes de silicone com volume médio de 308 ml. Foram observadas taxas de reoperação e de complicação de 9,4% e 8,6%, respectivamente. Oitenta e uma (63,3%) pacientes responderam ao questionário, das quais 58% consideraram o resultado bom, 35,8% satisfatório e 6,2% pobre. **Conclusões:** Este estudo demonstrou que essa combinação de técnicas proporciona bons resultados, com baixo índice de complicações.

**Descritores:** Mamoplastia. Implantes de mama. Implante mamário. Géis de silicone.

## ABSTRACT

**Background:** The combination of crescent periareolar mastopexy with breast augmentation is a well-described technique for the cosmetic improvement of breast ptosis classified as grades I and II, according to the Regnault grade scale. The aim of this study is to discuss the results obtained by the authors using a combination technique where the center of the round implants was positioned below the nipple projection. **Methods:** Grade I ptosis was corrected in certain patients by a combination of crescent periareolar mastopexy with breast augmentation using round-shaped, high-profile silicone gel implants. Each patient completed a questionnaire and rated the results obtained as poor, satisfactory, or good. **Results:** Were studied 128 patients who received silicone implants (average volume, 308 mL). The observed reoperations and complications rates were 9.4% and 8.6%, respectively. Eighty-one (63.3%) patients responded to the questionnaire, and 58% considered the result good, 35.8% considered it satisfactory, and 6.2% considered it poor. **Conclusions:** This study showed that this combination of techniques yields good results and low complication rates.

**Keywords:** Mammoplasty. Breast implants. Breast implantation. Silicone gels.

Trabalho realizado no Serviço de Cirurgia Plástica do Hospital Mãe de Deus Center, Porto Alegre, RS, Brasil.

Artigo submetido pelo SGP (Sistema de Gestão de Publicações) da RBCP.

Artigo recebido: 12/7/2012

Artigo aceito: 5/10/2012

## INTRODUÇÃO

As mamoplastias de aumento com implante de silicone e as mastopexias têm se tornado cada vez mais frequentes. Tanto a hipoplasia do tecido mamário, por razões

constitucionais ou adquiridas, como a flacidez cutânea podem resultar em distúrbios comportamentais que alteram a autoestima e podem culminar em importantes alterações psicossociais, com repercussões negativas na qualidade de vida<sup>1-3</sup>.

1. Cirurgião plástico, membro titular da Sociedade Brasileira de Cirurgia Plástica, Porto Alegre, RS, Brasil.

2. Médica, pós-graduanda em Dermatologia, Porto Alegre, RS, Brasil.

A correção de ptoses mamárias discretas ou moderadas pode ser feita por meio do aumento do volume, utilizando implantes de silicone, com retirada da pele excedente ou com um conjunto dessas táticas. Essa associação é considerada um procedimento mais complexo que cada técnica utilizada individualmente, pelo elevado índice de resultados insatisfatórios, recidivas e complicações<sup>3,4</sup>.

O objetivo deste trabalho é avaliar as complicações e a satisfação de pacientes submetidas a técnica de mastopexia crescente superior associada a implante mamário de silicone com seu centro posicionado abaixo da projeção mamilar.

## MÉTODO

Foi realizado estudo longitudinal, prospectivo, entre 2005 e 2010, incluindo pacientes submetidas a aumento mamário, portadoras de hipomastia e ptose mamária.

Como critérios de inclusão foram considerados: idade entre 16 e 70 anos, presença de hipomastia ou ptose grau I de Regnault, realização dos exames de triagem, e assinatura do termo de consentimento informado.

Os critérios de exclusão estabelecidos para o estudo foram: história de cirurgia mamária prévia, ptose grau II ou III de Regnault, e depressão.

Todas as cirurgias foram realizadas com anestesia local, sob sedação anestésica, utilizando remifentanil e midazolam. A técnica cirúrgica consistiu em uma incisão na linha de transição entre a pele e a aréola, em sua metade superior, com um prolongamento em forma de meia-lua na porção de pele cranial à aréola, com retirada de 2 cm a 3 cm dessa pele em seu maior eixo longitudinal. A partir daí, foi realizada dissecação no espaço subglandular, para colocação dos implantes mamários. O tecido mamário foi aproximado com pontos simples invertidos (Halsted), utilizando fio de náilon 4-0 e a sutura periareolar foi feita com pontos em U horizontal (Wolf), com fio de náilon 5-0. A sequência cirúrgica é apresentada na Figura 1.



**Figura 1** – Técnica cirúrgica descrita.

Entre 2 meses e 6 meses de pós-operatório, as pacientes responderam a um questionário, classificando os resultados obtidos com a mastopexia como pobres, satisfatórios ou bons. Foram observadas, também, as taxas de complicação.

Os dados foram apresentados sob a forma de média aritmética e frequência.

## RESULTADOS

No período de junho de 2005 a dezembro de 2010, 128 pacientes foram submetidas a técnica de mastopexia crescente superior associada a implante mamário de silicone com seu centro posicionado abaixo da projeção mamilar. Todas as pacientes eram brancas, 6,3% fumantes e 39% tinham histórico de gestação prévia à operação. A média de volume dos implantes utilizados foi de 308 ml, variando de 200 ml a 425 ml. A idade variou de 16 anos a 51 anos, sendo a média de idade de 25 anos.

As Figuras 2 e 3 ilustram, respectivamente, resultados insatisfatório e satisfatório com o uso dessa técnica.

Complicações foram observadas em 11 (8,6%) pacientes, sendo 5 (3,9%) deiscências parciais, 2 (1,6%) seromas, 1 (0,8%) cicatriz hipertrófica, 1 (0,8%) contratura, 1 (0,8%) deiscência com seroma e 1 (0,8%) deiscência com extrusão.

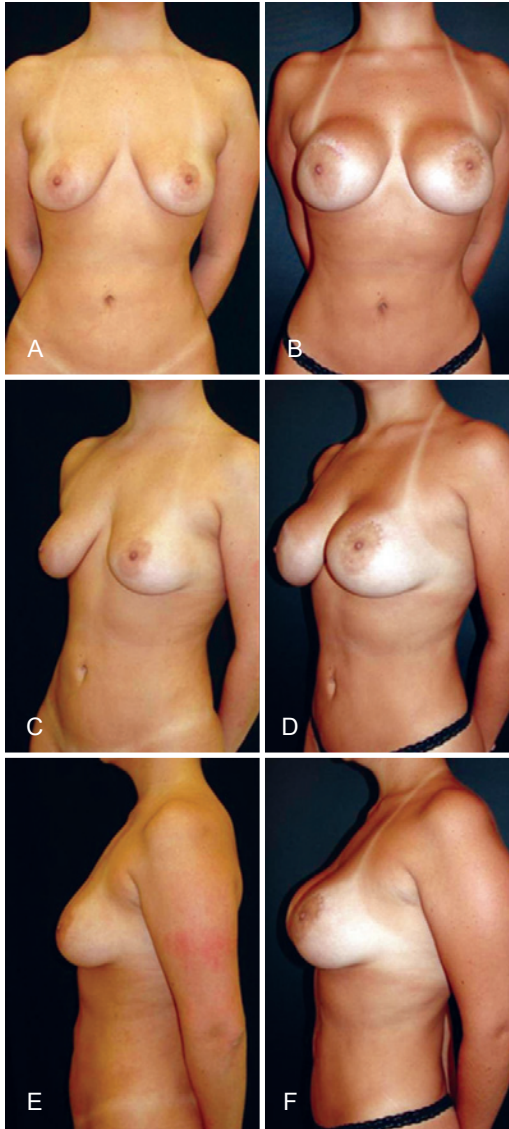
Houve necessidade de realização de 12 (9,4%) cirurgias complementares, sendo 8 (6,3%) revisões menores de cicatrizes, 3 (2,3%) mastopexias com cicatriz em T invertido e 1 (0,8%) explantação.

Oitenta e uma (63,3%) pacientes responderam ao questionário; o resultado obtido com a operação foi classificado como bom por 47 (58%) pacientes, satisfatório por 29 (35,8%) e ruim por 5 (6,2%).

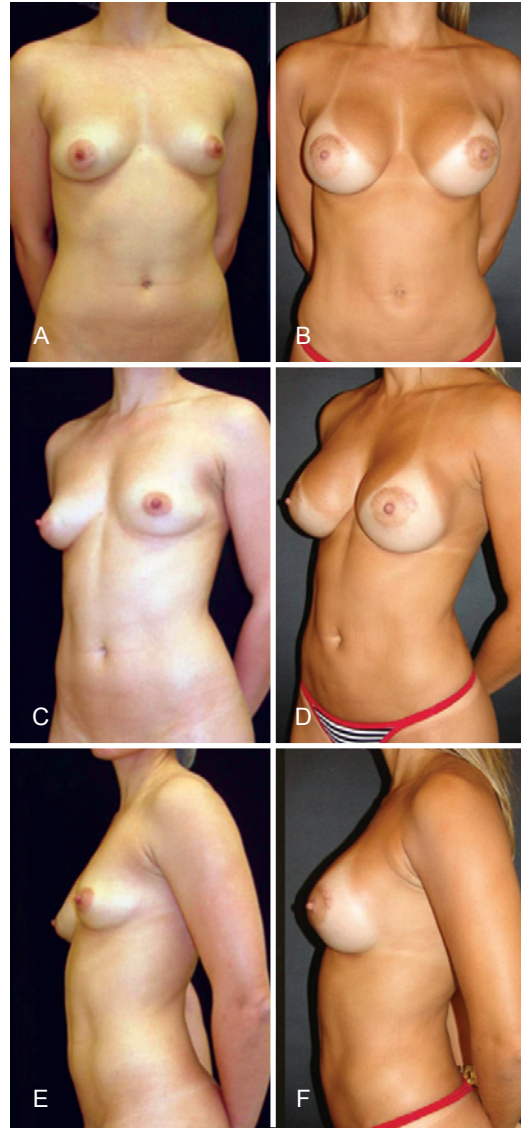
## DISCUSSÃO

Em pesquisa sobre mastopexias em que 487 membros da American Society for Aesthetic Plastic Surgery (ASAPS) fizeram parte, verificou-se que: técnicas com cicatrizes finais em T invertido eram as mais utilizadas pelos entrevistados, porém técnicas com cicatrizes reduzidas se tornaram mais populares a partir de 2000. As técnicas em T invertido estão associadas a excesso de cicatrizes e aumento da distância entre o complexo areolopapilar (CAP) e o sulco submamário, em decorrência da maior flacidez nessa área, ocasionada pelo peso das próteses. Técnicas periareolares necessitaram com maior frequência de cirurgias complementares e obtiveram a menor taxa de satisfação entre os cirurgiões<sup>5</sup>. Esses dados justificam o índice de reoperações encontrado no presente estudo.

Em pacientes com grau elevado de ptose, o tratamento com emprego de técnicas que utilizem cicatrizes periareolares, verticais ou em T invertido é mandatório. As técnicas de



**Figura 2** – Resultado insatisfatório, exigindo nova cirurgia. Em A, C e E, aspecto pré-operatório, respectivamente, em vistas anterior, oblíqua esquerda e perfil esquerdo. Em B, D e F, aspecto pós-operatório, respectivamente, em vistas anterior, oblíqua esquerda e perfil esquerdo.



**Figura 3** – Resultado satisfatório. Em A, C e E, aspecto pré-operatório, respectivamente, em vistas anterior, oblíqua esquerda e perfil esquerdo. Em B, D e F, aspecto pós-operatório, respectivamente, em vistas anterior, oblíqua esquerda e perfil esquerdo.

mamoplastia periareolar, em geral, ressecam menor quantidade de pele que aquelas com cicatrizes finais em T ou L ou mesmo as verticais. Esse fato limita a indicação da técnica para os casos de mamas muito grandes e, principalmente, para pacientes que apresentem grande flacidez de pele. Entretanto, em casos de ptose discreta, técnicas que produzam menores cicatrizes e tratem a flacidez cutânea por meio do aumento volumétrico podem ser utilizadas<sup>1,6-8</sup>.

Em 1923, foi publicado por Aubert<sup>9</sup> o primeiro relato de mamoplastia com elevação do CAP. Desde então, diversos

artigos vêm sendo publicados sobre o uso de elevação mamilar, com ou sem o emprego simultâneo de implantes de silicone. Dentre as complicações mais citadas nos artigos revisados estão persistência ou recidiva precoce de ptose, queloides, cicatrizes hipertróficas e hipotróficas, achatamento do cone mamário, perda da sensibilidade da aréola, posicionamento inadequado da aréola, infecção, distorções da forma areolar, aplainamento do mamilo, hematomas e seromas<sup>8,10,11</sup>. Este artigo apresentou índices de complicação similares aos da literatura.

O grau de satisfação das pacientes no pós-operatório está intimamente relacionado ao sucesso da cirurgia. Sabemos que o tamanho do implante e a técnica utilizada são definidos pelo binômio paciente-cirurgião. Neste estudo, a maioria das pacientes considerou o resultado bom. Sem dúvida, o planejamento cirúrgico e o perfeito entendimento por parte da paciente das limitações das técnicas oferecidas são essenciais para a proposição de uma técnica de cicatrizes reduzidas<sup>12</sup>.

Em 1985, Puckett et al.<sup>13</sup> descreveram técnica de mastopexia crescente. A principal limitação dessa técnica é que se eleva o CAP em cerca de 2 cm, tornando sua indicação extremamente limitada. Foram relatados como principais problemas dessa técnica a formação de cicatrizes com largura > 5 mm e a modificação do aspecto da aréola para uma forma mais oval<sup>14,15</sup>. Esse fato justifica a indicação, neste artigo, da técnica apresentada apenas em casos de ptose discreta.

Implantes de perfil alto são úteis em pacientes que desejam volume mamário que exceda o diâmetro natural da base de suas mamas. As principais desvantagens estão na menor mobilidade do implante e na formação de uma transição menos obtusa entre a porção superior da mama e o tórax, quando comparado a implantes com perfis moderados ou baixos. No caso de mastopexias periareolares, esses implantes podem proporcionar aspecto mais cônico à mama, e justamente por isso neste estudo optou-se por posicionar o centro do implante abaixo da projeção do mamilo, para que houvesse suave elevação mamilar e rebaixamento do sulco submamário, complementando o tratamento da ptose<sup>16</sup>.

## CONCLUSÕES

Este trabalho demonstrou que a técnica de mastopexia crescente superior associada a implante mamário de silicone,

com posicionamento de seu centro abaixo da projeção mamilar, proporciona bons resultados, com baixo índice de complicações.

## REFERÊNCIAS

1. Aboudib JH. Avaliação tardia dos resultados das mamoplastias por via periareolar. *Rev Soc Bras Cir Plást.* 2004;19(3):21-30.
2. Saldanha OR, Maloof RG, Dutra RT, Luz OAL, Saldanha Filho O, Saldanha CB. Mamoplastia redutora com implante de silicone. *Rev Bras Cir Plást.* 2010;25(2):317-24.
3. Parsa AA, Jackowe DJ, Parsa FD. A new algorithm for breast mastopexy/augmentation. *Plast Reconstr Surg.* 2010;125(2):75e-77e.
4. Spear SL, Pelletiere CV, Menon N. One-stage augmentation combined with mastopexy: aesthetic results and patient satisfaction. *Aesthetic Plast Surg.* 2004;28(5):259-67.
5. Rohrich RJ, Gosman AA, Brown SA, Reisch J. Mastopexy preferences: a survey of board-certified plastic surgeons. *Plast Reconstr Surg.* 2006;118(7):1631-8.
6. Mansur JRB, Bozola AR. Mastopexia e aumento das mamas com proteção e suporte inferior da prótese com retalho de pedículo inferior. *Rev Bras Cir Plást.* 2009;24(3):304-9.
7. Rinker B, Veneracion M, Walsh CP. Breast ptosis: causes and cure. *Ann Plast Surg.* 2010;64(5):579-84.
8. Spear SL, Dayan JH, Clemens MW. Augmentation mastopexy. *Clin Plast Surg.* 2009;36(1):105-15.
9. Aubert V. Hypertrophie mammaire de la puberté. *Arch Fr Belg Chir.* 1923;3:284-9.
10. Gruber R, Denkler K, Hvistendahl Y. Extended crescent mastopexy with augmentation. *Aesthetic Plast Surg.* 2006;30(3):69-74.
11. García Velasco M, Arizti P, García Toca R. Surgical correction of the "small" postpartum ptotic breast. *Aesthet Surg J.* 2004;24(3):199-205.
12. Adams WP Jr, Teitelbaum S, Bengtson BP, Jewell ML, Tebbetts J, Spear S. Breast augmentation roundtable. *Plast Reconstr Surg.* 2006;118(7 Suppl):175S-87S.
13. Puckett CL, Meyer VH, Reinisch JF. Crescent mastopexy and augmentation. *Plast Reconstr Surg.* 1985;75(4):533-43.
14. Nigro DM. Crescent mastopexy and augmentation. *Plast Reconstr Surg.* 1985;76(5):802-3.
15. Snow JW. Crescent mastopexy and augmentation. *Plast Reconstr Surg.* 1986;77(1):161-2.
16. Baxter RA. Indications and practical applications for high-profile saline breast implants. *Aesthet Surg J.* 2004;24(1):24-7.

### Correspondência para:

Denis Souto Valente  
Rua Veríssimo do Amaral, 580 – ap. 1.706 – Porto Alegre, RS, Brasil – CEP 91360-470  
E-mail: denisvalente@hotmail.com