

Estudo descritivo e grau de satisfação de pacientes submetidos a implantes mamários de menor projeção em pólo superior

Descriptive study and satisfaction level of patients submitted to mammary implants with shorter projection in the superior pole

PAULO RENATO SIMMONS DE
PAULA¹

RESUMO

Introdução: A hipomastia ou ausência de tecido mamário (de origem constitucional ou adquirida) pode provocar desajuste na imagem corporal e interferir no equilíbrio psicossocial do indivíduo. **Objetivo:** Demonstrar implantes mamários com contorno mais natural e com menor estigma. **Método:** O autor apresenta um estudo descritivo e retrospectivo de 5 anos com uso de implantes mamários com menor projeção em pólo superior (MPPS) e grau de satisfação com estes modelos. **Resultados:** Foram selecionados 102 pacientes, todos do sexo feminino, que utilizaram implantes MPPS, entre eles o perfil natural (71,6% dos casos), natural EP (3,9%) e anatômico (24,5%). Todos os implantes apresentavam revestimento de poliuretano e localização pré-peitoral. O volume médio foi de 261,7 ml e idade média de 30 anos. Foi aplicado um questionário para avaliar grau de satisfação das pacientes, o qual foi respondido por 85,3% das pacientes e destas 96,5% se declararam muito satisfeitas e satisfeitas com o perfil do implante e 3,5% ficaram pouco satisfeitas. Não houve caso de insatisfação. **Conclusão:** Os implantes MPPS representam uma excelente opção no arsenal cirúrgico dos implantes mamários de acordo com o desejo da paciente e correta indicação, com poucas complicações e elevado grau de satisfação.

Descritores: Satisfação do paciente. Implante mamário. Mama/cirurgia.

SUMMARY

Introduction: The hypomastia or lack of mammary tissue (from constitutional or acquired origin) can cause maladjustment in body image and interfere in the psychosocial balance of the person. **Objective:** Demonstrate breast implants with a more natural contour/outline and with fewer stigmas. **Method:** The author presents a descriptive and retrospective study of a five-year use of mammary implants with shorter projection in the superior pole (MPPS) and the satisfaction level with these models. **Results:** A hundred and two patients who used MPPS implants were selected (all female), within the natural shape (71% of the cases), natural EP (3,9%) and anatomic shape (24.5%). All the implants had polyurethane covering and pre-pectoral location. The average volume was 261,7 ml and the average age was 30 years old. A questionnaire was applied to evaluate the satisfaction level; 85.3% answered and 96.5% of them declared great satisfaction and moderate satisfaction with the implant profile, 3.5% declared less satisfaction. There were no dissatisfaction cases. **Conclusion:** The MPPS implants are an excellent option in the surgical arsenal of mammary implants, according to the patient desire and the right prescription, with less complications and high level of satisfaction.

Descriptors: Patient satisfaction. Breast implantation. Breast/surgery.

Trabalho realizado na clínica privado do autor, Goiânia, GO.
Trabalho apresentado para ascensão a Membro Titular da Sociedade Brasileira de Cirurgia Plástica.

Artigo recebido: 3/12/2009
Artigo aceito: 2/2/2010

1. Cirurgião plástico; membro titular da Sociedade Brasileira de Cirurgia Plástica; Prof. Assistente da Faculdade de Medicina da Universidade Federal de Goiás; Chefe do serviço de Cirurgia Plástica do Hospital das Clínicas da UFG; Mestrado em Cirurgia pela UFRJ.

INTRODUÇÃO

A hipoplasia ou a ausência do tecido mamário, por razões constitucionais ou adquiridas, resulta muitas vezes em distúrbios comportamentais com profundas repercussões no equilíbrio psicossocial, onde os seios são símbolos tanto de sexualidade como maternidade¹. No sentido de proporcionar volume e contorno mamários que se aproximem da normalidade e restitua a auto-estima perdida, muitos métodos foram concebidos por cirurgiões para aumentar, corrigir ou reconstruir o perfil mamário, entre eles os implantes mamários²⁻⁴. Desde Cronin e Gerow⁵, em 1964, com a utilização da prótese em silicone gel, Ashley⁶, em 1972, com prótese de silicone gel com cobertura de poliuretano, Herman⁷, em 1981, com os novos modelos mais macios e naturais (MÊME @), novas próteses têm surgido no mercado com a finalidade de oferecer melhores resultados e satisfação.

As inúmeras opções de conteúdo, envoltório e principalmente formas e volumes variados⁸⁻¹⁴, nos proporcionam utilizar implantes de silicone mamários buscando resultados mais específicos para cada paciente. A escolha do tipo de seu perfil é uma decisão tão importante quanto a escolha do volume, que serão os maiores responsáveis na definição final dos formatos das novas mamas.

Esse estudo tem como objetivo apresentar um trabalho descritivo, retrospectivo, demonstrando as indicações e grau de satisfação dos pacientes com implantes mamários de menor projeção em pólo superior (MPPS), dentre eles: perfil natural, natural EP e anatômico de silicone-gel com revestimento de poliuretano.

MÉTODO

Foi realizado um estudo em caráter descritivo e retrospectivo, coletado de clínica privada, no período de janeiro de 2004 a janeiro de 2009, com levantamento de dados das pacientes (nome, idade, volume, número de inclusões, número de filhos, localização da incisão e da prótese, tempo de acompanhamento, intercorrências e complicações) junto à empresa fornecedora de prótese e dados dos pacientes nas fichas do consultório.

Nesse período, foram utilizados 482 implantes mamários de vários formatos, sendo selecionados 205 (42,5%) com “Menor projeção em pólo superior-MPPS”, totalizando 102 pacientes.

Esses implantes (perfil natural, natural EP e anatômico) são assimétricos em relação aos pólos. Os três apresentam como característica comum ângulo menor entre a base e o início da prótese (pólo superior) e ângulo maior no final da prótese (pólo inferior) (Figuras 1 a 3). Entre si esses implantes apresentam diferenças na angulação, projeção e formato. O implante natural é redondo, o natural EP (Extra Projeção) é redondo e com maior projeção (e angulação), enquanto o anatômico é oval (mais alongado) e é o que tem menor angulação entre os

três (e assim menor projeção) (Figura 4). Todos os implantes utilizados foram de silicone-gel, com revestimento de espuma de poliuretano e de uma única empresa.

Como a escolha das variantes do implante (perfil, acesso, volume e localização) foi realizada entre paciente e cirurgião, o autor tinha retorno imediato do grau de satisfação dessas pacientes no pós-operatório, mas utilizou um questionário para uma avaliação quali-quantitativa do grau de satisfação das que utilizaram estes três tipos de implantes. As pacientes foram contatadas e receberam o questionário sem necessidade de identificação. As respostas foram devolvidas pelo correio (comum e eletrônico), fax ou entregues no consultório. Questionário continha:

- () MUITO SATISFEITA - nota 4
- () SATISFEITA - nota 3
- () POUCO SATISFEITA - nota 2
- () INSATISFEITA - nota 1

Os critérios de escolha para inclusão do implante mamário do tipo perfil natural foram:

- Pedido da paciente por seios maiores, mas com contorno “mais natural” (Figura 5);



Figura 1 - Perfil natural 285 ml.

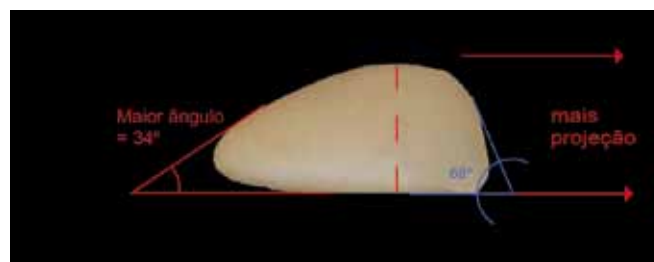


Figura 2 - Perfil natural EP 285 ml.



Figura 3 - Perfil anatômico 285 ml.

- Solicitação de proximidade com o aspecto estético das mamas previamente à gravidez (forma e volume) e não para aumento¹⁵;
- Pacientes muito magras ou com hipomastia significativa e que não queriam a inclusão no plano retromuscular por motivos vários;
- Pacientes que apresentavam tórax anterior mais projetado (principalmente por músculo peitoral bem desenvolvido ou projetado).

A escolha pelo perfil anatômico foi sugerida pelos mesmos critérios acima e sua indicação principal nos pacientes que apresentavam uma distância mais longa entre clavícula e mamilo (entre 18 e 20 cm dependendo da altura da paciente), sem que houvesse ptose da mama. Ou seja, pacientes com uma implantação mais baixa da mama (sem ptose) possuem um grande espaço em tórax verticalmente (diâmetro vertical desproporcional em relação ao diâmetro horizontal) se beneficiariam com uma prótese mais alongada no sentido vertical, camuflando de certa forma este maior distanciamento entre clavícula e mamilo¹⁶ (Figura 6).

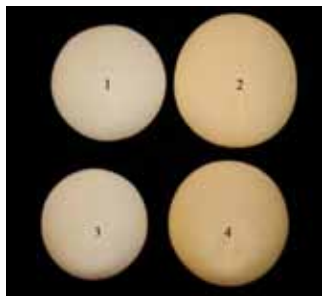


Figura 4 - Formato dos quatro modelos: 1: perfil alto (redondo); 2: anatômico (oval); 3: natural EP (redondo); 4: natural (redondo).



Figura 5 - Paciente de 32 anos com solicitação por mama mais natural.

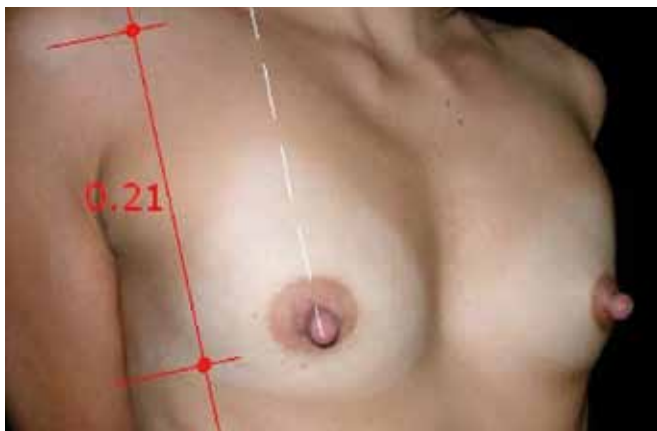


Figura 6 - Paciente de 35 a 1,62 m de altura, primípara, atleta com tórax anterior projetado (peitoral desenvolvido), distância longa entre clavícula e mamilo.

A escolha pelo natural EP ocorreu pelas mesmas indicações do perfil natural, mas com uma solicitação da paciente por uma maior projeção no centro-inferior da mama, porém sem a presença do “degrau” do implante no pólo superior.

As seguintes pacientes foram excluídas desses modelos de próteses:

- Pacientes que apresentavam pólo superior muito deprimido e inferior muito volumoso;
- Pacientes que apresentavam, ao exame físico, complexo aréolo-mamilar com projeção para o alto (>90° em relação ao tórax inferiormente) e não para frente (90°);
- Pacientes com desejo de maior preenchimento ou grande projeção no pólo superior ou desejo de maior evidência da prótese;
- Pacientes com solicitação por acesso axilar (dificuldade do cirurgião na introdução do implante de poliuretano pela axila e seu posicionamento adequado);
- Pacientes com indicação para mastopexia associada à prótese (foram excluídos pela báscula que estas mamas sofrem e esvaziamento do pólo superior);
- Pacientes pós-mamoplastia redutora (pelo maior volume mamário em pólo inferior).

A escolha dos volumes foi baseada na solicitação da paciente, nas limitações locais e, principalmente, a medida da base da mama menos o valor do “pinch test” em pólo superior e tem-se a medida da base do implante a ser utilizado.

Após colheita e confecção de banco de dados, foi realizado estudo estatístico e cruzamento dos dados obtidos com planilhas, tabelas, gráficos, testes com orientação de estatístico e com utilização de programas como o BIOPSTAT 5-0 e PPS. As medidas e angulações dos implantes foram realizadas com ajuda de técnica de arquitetura e programa Autocad. Devemos reforçar que estas medidas e angulações podem ter pequenas margens de erro, uma vez que foram realizadas sobre fotografias.

Técnica utilizada de inclusão do implante mamário

Todas as pacientes foram submetidas à consulta (história clínica + exame físico + plano cirúrgico), exames laboratoriais pré-operatórios, eletrocardiográfico, ultrassonográfico mamário e/ou mamografia bilateral. A paciente e parente próximo foram esclarecidos sobre os procedimentos, intercorrências, complicações e resultados. Todas concordaram e assinaram o Termo de Consentimento Informado e fotografia pré-operatória.

No centro cirúrgico:

- Antibioticoterapia venosa profilática com 2 g de cefazolina endovenosa, 30 minutos antes da incisão, e mantido 1 g de 8-8 h por 24 h no pós-operatório;
- Em 27,4% dos casos, as pacientes foram submetidas à sedação e à anestesia local (Tabela 1), 5,9% anestesia

Tabela 1. Anestesia local.

Lidocaína em solução 2% sem adrenalina	40 ml
Soro fisiológico	159 ml
Adrenalina 1:100.000	1 ml
Anestesia local com lidocaína a 0,4%, 1:200.000. Não ultrapassou dose de 10 mg/kg de lidocaína	200 ml

geral e 66,7% anestesia peridural alta (as duas últimas utilizadas ou para cirurgia associada, ou por decisão do anesthesiologista ou por solicitação da paciente);

- Assepsia + antissepsia, colocação de campos cirúrgicos;
- Marcação dos limites laterais, mediais e superiores com azul de metileno e marcação da incisão. No caso de acesso inframamário, em média, 7 a 7,5 cm abaixo da papila, com 4,5 a 5 cm de comprimento; acesso peri areolar inferior (Webster) ou marcação peri-areolar total com diminuição (ou não) da aréola;
- Infiltração local bilateral;
- Incisão até encontrar fásia do músculo peitoral maior;
- Descolamento subglandular-subfascial com tesoura e auxílio de fibra óptica até os limites demarcados;
- Hemostasia, lavagem da “loja”;
- Se necessário, uso do molde;
- Drenagem fechada por aspiração em face lateral das mamas (dreno 3.2 mm) por 24 a 48 h;
- Após troca da luva e retirada do talco com soro, inclusão da prótese utilizando envelope de inclusão de prótese;
- Modelagem, acomodação e posicionamento da prótese, utilizando a marcação presente no pólo inferior do



Figura 7 - Incisão inframamária, prótese perfil natural 265 ml poliuretano, drenagem fechada. Seta indicando marcador e posição adequada do implante.

implante voltada para o pólo inferior (Figura 7).

- Fechamento em 3 planos com fio inabsorvível: TCSC e subdérmico com nylon incolor 4-0 e intradérmica com nylon preto 4-0;
- Curativo com micropore e sutiã;
- Internação de 12 a 24 h;
- Alta com orientação e prescrição pós-operatória.

As pacientes compareceram aos retornos no pós-operatório com 3, 7, 14, 21, 35, 60 dias, 4, 8, 12 e 24 meses, ou de acordo com a necessidade e disponibilidade de tempo de cada paciente.

RESULTADOS

Dentre os 102 pacientes com inclusão de implante MPPS, 73 pacientes (71,6%) utilizaram o perfil natural, 25 (24,5%), o anatômico e 4 (3,9%) receberam implante de natural EP.

Dos 102 pacientes, 93 (91,17%) a utilizaram para mamoplastia de aumento primária, 7 (6,86%) em procedimentos secundários e 2 (1,96%) em terciários. Destes 9 (8,82%) pacientes não primários, 3 (2,94%) foram submetidos a reoperação para tratamento de contratura capsular, 5 (4,9%) por insatisfação com inclusões prévias (forma e/ou volume ou mal posicionamento das mesmas) e 1 (0,98%) por reinclusão após exposição da prótese, infecção e extrusão. Não houve caso de utilização deste perfil para casos em reconstrução mamária, mastopexia associada ou inclusão unilateral pura.

A idade variou de 18 a 53 anos, com mediana de 30 anos e desvio padrão de ± 7 anos.

A distribuição grupos etários foi feita por duas análises. Na primeira análise, o cálculo foi feito com pacientes com inclusão até 29 anos e acima de 29 anos. Evidenciou-se que 49 (48%) pacientes tinham até 29 anos e 53 (52%) eram maiores de 29 anos. Na segunda análise por grupos etários, o cálculo foi feito a cada 9 anos e observou-se maior número de inclusões (87 pacientes e 85,3% dos casos) no grupo entre 21 a 40 anos (Tabela 2).

O volume variou de 225 ml a 315 ml, sendo que os volumes 225 até 265 ml foram responsáveis por 78,4% das pacientes, enquanto que 21,6% utilizaram próteses com mais de 265 ml (Tabela 3). Quatorze (13,3%) pacientes receberam volumes diferentes, de acordo com as diferenças ou assimetrias mamárias.

Em relação ao número de filhos, 35,3% das pacientes eram nulíparas e 62,8% das pacientes tiveram de um a dois filhos, enquanto apenas 2% das pacientes tiveram mais de 2 filhos (Figura 8).

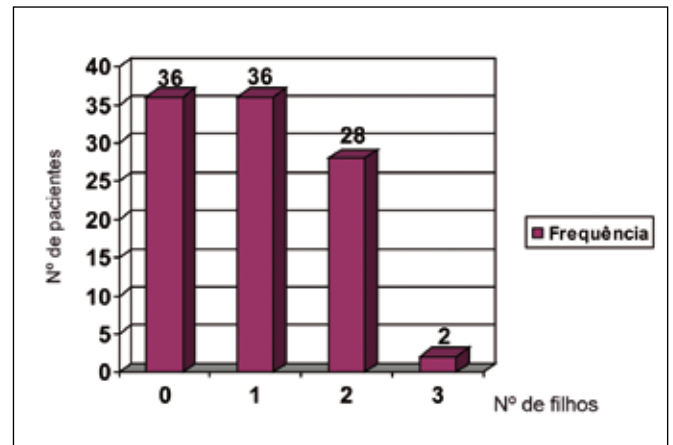
Quanto ao grau de satisfação das pacientes em relação ao perfil do implante escolhido, 87 (85,3%) pacientes responderam ao questionário. Se considerarmos o resultado sobre o total das pacientes (102) e não apenas das que responderam teremos 82,3% de muito satisfeitas e satisfeitas e 2,9% ficaram pouco satisfeitas. Se considerarmos as pacientes que responderam, 96,5% se declararam muito satisfeitas e

Tabela 2. Grupos etários a cada 9 anos.

		Frequência	%	% válida	% acumulativa
Idade	11-20	7	6,9	6,9	6,9
	21-30	45	44,1	44,1	51,0
	31-40	42	41,2	41,2	92,2
	41-50	6	5,9	5,9	98,0
	≥ 51	2	2,0	2,0	100,0
	Total	102	100,0	100,0	100,0

Tabela 3. Volume.

Variável	N	%
225	9	8,8
245	45	44,1
255	1	1,0
265	25	24,5
285	14	13,7
305	5	4,9
315	3	2,9
Total	102	100,0

**Figura 8 - Perfil do número de filhos.**

satisfeitas e 3,5% ficaram pouco satisfeitas. Não houve caso de resposta de insatisfação (Tabela 4).

Na investigação em estudo do grau de satisfação das pacientes em relação aos tipos de próteses mamárias utilizando teste qui-quadrado, não se observou diferença estatisticamente significativa entre elas ($p=0,76$), porém observou-se que 74,7% das pacientes que responderam ficaram muito satisfeitas, independentemente do tipo de prótese utilizada (Tabela 5 e 6).

Essa mesma avaliação pôde ser feita comparando-se a idade e o grau de satisfação, onde 75,6% das pacientes de até 29 anos responderam muito satisfeitas, 17,8% responderam satisfeitas e 6,7% se declaram pouco satisfeitas com o resultado da prótese. Já dentre as pacientes maiores de 29 anos, 73,8% responderam estar muito satisfeitas e 26,2% responderam satisfeitas (100% muito satisfeitas e satisfeitas). Não houve caso de “pouco satisfeita” nesta faixa etária (Tabela 7).

Não foi observada associação do grau de satisfação das pacientes em relação ao volume da prótese utilizada ($p=0,113$), porém 90% das pacientes que usaram volumes acima de 265 ml responderam estar muito satisfeitas com a prótese utilizada (Tabela 8).

O acesso inframamário foi utilizado em 69,6%, peri-areolar parcial - Webster em 23,5% e peri-areolar total em 6,9%. Não houve inclusão por via abdominal ou axilar.

Quanto à localização, todas as próteses foram colocadas na região pré-peitoral (retroglandular ou retrofascial).

O tempo médio cirúrgico foi de 82 minutos, sem diferença significativa no tempo, independente do perfil, acesso ou volume.

O tempo de acompanhamento variou de 6 a 62 meses, com média de 32,4 meses.

Algumas intercorrências e complicações foram observadas, as quais encontram-se listadas na Tabela 9.

Houve um (0,98%) caso com alteração significativa da sensibilidade em uma das mamas entre 2 e 3 horas, mas não no mamilo ou aréolas. Aumento de sensibilidade temporária nos mamilos ocorreu em 34 (33,3%) pacientes, com recuperação até 6 meses. Apesar de volume utilizado ter sido de 225 a 245 ml, estrias foram encontradas em 3 (2,9%) casos em pacientes jovens, entre 17 e 25 anos e nulíparas.

Não houve caso de seroma residual tardio. Houve um caso de seroma com evolução de dois meses com exposição da prótese unilateralmente (extrusão).

Tabela 4. Grau de satisfação.

		Frequência	%	% válida	% acumulativa
Grau	1	—	—	—	—
	2	3	2,9	2,9	9,8
	3	19	18,6	18,6	28,4
	4	65	63,7	63,7	92,2
	999*	15	14,7	14,7	100
	Total	102	100	100	100

* 999 significa n° pacientes que não responderam

Tabela 5. Grau de satisfação vs. Tipo de prótese.

		Tipo de prótese			Total	
		Natural EP	Natural	Anatômico		
Grau satisfação	2	Contagem	—	2	1	3
		% com grau satisfação	—	66,7%	33,3%	100%
	3	Contagem	—	13	6	19
		% com grau satisfação	—	68,4%	31,6%	100%
	4	Contagem	4	46	15	65
		% grau satisfação	6,2%	70,8%	23,1%	100%
Total		Contagem	4	61	22	87
		% com grau satisfação	4,6%	70,1%	25,3%	100%

Tabela 6. Teste Qui-Quadrado.

	Value	df	Asymp. Sig. (2-sided)
Pearson Chi-Square	1,870(a)	4	0,760
Continuity Correction			
Likelihood Ratio	2,824	4	0,588
Linear-by-Linear Association	1,296	1	0,255
N of Valid Cases	87		

Tabela 7. Grau de Satisfação X Idade.

		Idade		Total	
		até 29	>+30		
Grau satisfação	2	Contagem	3	—	3
		% com idade	6,7%	—	3,4%
	3	Contagem	8	11	19
		% com idade	17,8%	26,2%	21,8%
	4	Contagem	34	31	65
		% com idade	75,6%	73,8%	74,7%
Total		Contagem	45	42	87
		% com idade	100%	100%	100%

Tabela 8. Volume.

		Volume		Total	
		265	>265	265	
Grau satisfação	2	número	2	1	3
		% com este volume	3,0%	5,0%	3,4%
3	número	18	1	19	
	% com este volume	26,9%	5,0%	21,8%	
4	número	47	18	65	
	% com este volume	70,1%	90,0%	74,7%	
Total	Número	67	20	87	
	% com este volume	100%	100%	100%	

Tabela 9. Complicações – Intercorrências.

	Número de Casos	%
Deiscência de sutura mínima	8	7,8
Deiscência de sutura significativa	1	0,98
Seroma	4	3,9
Extrusão	1	0,98
Hematoma	1	0,98
Infecção	1	0,98
Necrose do CAM	—	—
Ripling	1	0,98
Quelóide	1	0,98
Assimetria mamária significativa	—	—
Rash cutâneo	1	0,98
Cicatriz alargada	3	2,9

Não houve nenhum caso de sintomatologia sugestiva de associação entre implante e distúrbios do tecido conectivo, assim como de rotação, deslocamento ou movimentação (cranial ou lateral) das próteses. Não foram observados ruptura, vazamento, migração do gel do implante ou calcificação das cápsulas mamárias.

Não houve caso de contratura capsular durante o tempo de acompanhamento (clínico e ultrassonográfico) ou mais tardiamente nos pacientes que retornaram após questionário.

As Figuras 9 a 15 demonstram os resultados obtidos com os implantes MPPS.

DISCUSSÃO

O uso de implante mamário com cobertura de poliuretano já foi amplamente estudado, demonstrando a sua eficiência no que se refere à acentuada diminuição do número de retrações capsulares já descritas e discutidas por vários autores^{7,13,17-40}.

A escolha das variantes (forma, perfil, volume, via de acesso, superfície e localização do implante) contribui para o sucesso da cirurgia e devem ser planejadas no pré-operatório com a paciente. Temos que ouvir seus desejos, expectativas,

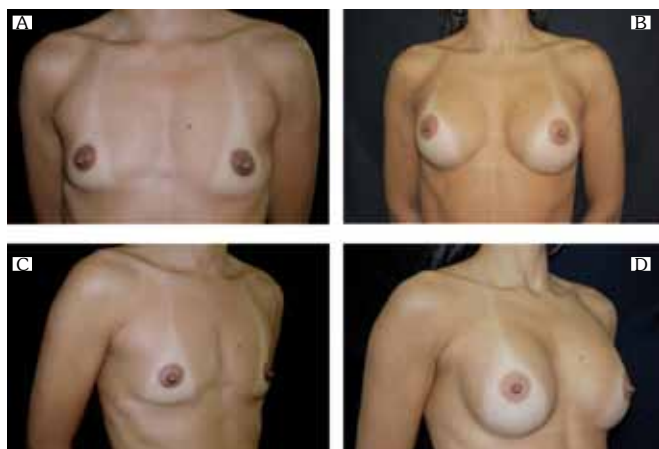


Figura 9 – Pré e pós-operatório de 3 anos. Perfil natural (265 ml).

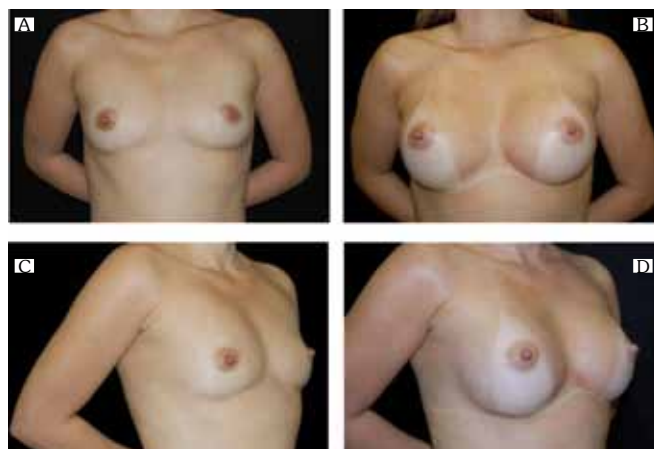


Figura 10 – Pré e pós-operatório de 2 anos. Perfil natural (305 ml).



Figura 11 – A: Pré e pós-operatório de 3 anos. Nulípara 18 anos, perfil natural (245 ml). **B:** Pós-operatório imediato (15 dias).



Figura 12 – Pré e pós-operatório de 2 anos. Multipara 38 anos, perfil anatômico (305 ml).



Figura 13 – Pré e pós-operatório de 5 anos. Primípara, 34 anos, perfil anatômico (245 ml).



Figura 14 – Pré e pós-operatório de 1 ano. Primípara, 29 anos, perfil natural EP (315 ml).



Figura 15 – Pré e pós-operatório de 6 meses. Primípara, 32 anos, perfil natural EP (315 ml).

motivações e, assim, as decisões devem ser individualizadas, discutidas e tomadas de forma clara e consciente (apesar da limitação de conhecimento dos pacientes), baseadas principalmente em sua história clínica, perfil físico, psicológico e proporcionalidade de suas formas^{16,39}.

Apesar de ser uma decisão comum entre paciente e cirurgião, sabemos que a escolha do implante não é isenta de subjetividade e influência do cirurgião. A solicitação das pacientes por mamas “mais naturais” e com menor estigma do implante nos levou a utilizar estes modelos com um menor degrau (e menor ângulo) em pólo superior e uma maior projeção no centro-inferior (maior ângulo) de acordo com o desejo e biotipo da paciente (Figura 16).

O perfil alto (Figura 17), assim como perfil baixo, extra-alto e cônico (Figura 18) nos mostra angulação única nos pólos, simétrica, redonda e, assim, uma maior angulação e projeção em pólo superior e cada um possui suas indicações específicas assim como as MPPS.

Com estas angulações e projeções pode-se obter um formato mais natural e gracioso das mamas, dependendo do caso. Niechajev¹⁵ publicou artigo em 2007, no qual considera os modelos de “formato anatômico” como a nova geração dos implantes mamários e afirma que estes estão ganhando popularidade para preenchimento mamário e reconstrução.

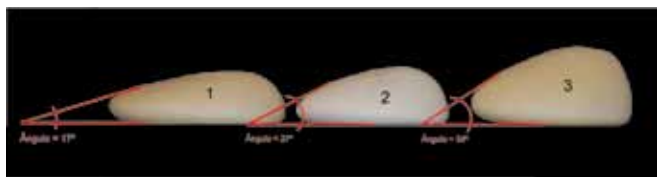


Figura 16 – Ângulos dos Implantes. 1: anatômico, 2: natural, 3: natural EP, todas de 285 ml.

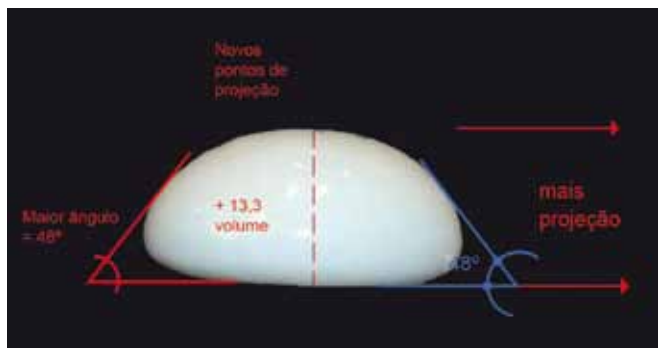


Figura 17 – Implante (285 ml) perfil alto e suas angulações.



Figura 18 – Angulação dos implantes - 1: perfil baixo (250 ml), 2: perfil extra-alto (285 ml); 3: perfil cônico (285 ml).

Por não existir muitos estudos na literatura com estes modelos, denominamos estes implantes de menor projeção em pólo superior (MPPS), apenas por praticidade no presente estudo. No trabalho de Niechajev¹⁵ ele as chama “*anatomic mammary implant*”, enquanto Vázquez³⁷ e Vázquez & Pellón³⁸ as denomina de “*anatomically shape implant*”.

A avaliação do grau de satisfação das pacientes no pós-operatório foi crucial na continuidade do uso destes modelos. Sabemos que a auto-imagem (corporal e psíquica) está relacionada com aspectos inter e intra-relacionais⁴¹ e podem influenciar no julgamento do resultado do grau de satisfação. Neste questionário (tardio), as pacientes já estão em uma fase onde não mais existe a expectativa e ansiedade imediata do resultado na qual poderia atrapalhar ou influenciar o grau de satisfação.

Ao investigarmos o grau de satisfação das pacientes em relação ao perfil notamos um alto grau de muito satisfeita e satisfeita (96,5%) comparado com outros trabalhos na literatura^{15,39,42,43,44}.

Em vários outros cruzamentos dos dados correlacionando

grau de satisfação não houve diferenças significativas a não ser com volume, onde 90% das pacientes que usaram acima de 265 ml responderam estar muito satisfeitas com a prótese utilizada, demonstrando tendência das pacientes por volumes maiores.

Todos os implantes foram colocados na posição pré-muscular. Nos dois primeiros anos não tivemos definição acurada da localização do implante (se subglandular ou subfascial), mas nos últimos 3 anos todos foram introduzidos na região subfascial pelas suas vantagens principalmente nas pacientes muito magras ou com hipotrofia mamária grave⁴⁵⁻⁵². Evitou-se a utilização retromuscular pelas suas desvantagens^{16,28-32,39,53-55} e pelos riscos de aderência do poliuretano com erosão e/ou perfuração da pleura, principalmente em caso de sua troca ou retirada.

Como vias de acesso, diferentes incisões são defendidas para inclusão dos implantes mamários⁵⁶⁻⁶¹. A via submármia foi a mais utilizada por nós (69,6%), por possibilitar a introdução da prótese de poliuretano com mais facilidade, já que esta tem maior resistência e dificuldade na inclusão e tende a ficar escondida no sulco após sua acomodação^{3,4,9,13,15-17,19,21,27,31,37,38,42}.

O efeito “bola”⁶², que pode ocorrer principalmente em pacientes magras, não existiu com estes modelos por apresentar ângulos diferentes, proporcionando um resultado mais harmônico.

A média de volume, número de filhos, idade e grupos etários que utilizaram implantes mamários são semelhantes aos encontrados na literatura^{40,62}.

Conforme Tabela 5, que relata algumas intercorrências e complicações encontradas na presente séria, a maioria é semelhante às reportadas na literatura^{3,8,11,13-22,24,25,31,32,37-39,62}. O único caso de hematoma e unilateral (0,98%) ocorreu com uma paciente que foi submetida à inclusão de prótese mamária associada à rinoplastia sob anestesia geral, acordando agitada e se debatendo, o que acreditamos possa ter influenciado na formação desse hematoma.

A taxa de seroma foi maior em comparação às apresentadas em alguns estudos (3,9%)^{37,38,40,51} e semelhantes a outros. Sabemos que a taxa é maior com o uso do poliuretano^{3,9,13,14,17-19,21,23,32,36-38,40}, possivelmente em decorrência de uma “loja” maior para receber o implante. Observamos que houve diminuição dessa taxa (1,96%) nos últimos 2 anos, quando voltamos a descolar “a loja” com tesoura e não mais com bisturi elétrico.

Houve um caso de seroma com evolução arrastada de um mês e evoluiu com exposição da prótese unilateralmente (extrusão). A paciente foi levada ao centro cirúrgico, retirada a prótese e realizada capsulectomia. Colhido secreção e enviada para laboratório nas duas primeiras horas para pesquisa e cultura clássica (bactéria), fungo e BAAR - *mycobacterium*. Houve crescimento de *Streptococcus aeruginosa*

por provável contaminação cutânea. Conforme orientação do infectologista, a paciente foi tratada com antibioticoterapia por duas semanas, de acordo com a cultura, teste de sensibilidade e antibiograma (TSA). Após três meses da retirada houve a reinclusão de nova prótese com mesmo volume, perfil, acesso e localização sem apresentar novas intercorrências há 2 anos.

Não houve caso de contratura capsular. Na literatura, temos relatos de 1 a 3% com poliuretano e, às vezes, menos. A grande maioria (77,4%) das pacientes foi acompanhada por até 2 anos ou mais e estas foram orientadas para que retornassem caso apresentassem endurecimento das mamas ou qualquer sinal e sintoma importante. Araco et al.⁴² relatam aparecimento da contratura, principalmente após 5 anos de inclusão. Sabemos das vantagens do poliuretano sobre a contratura, mas acreditamos também que uma “loja” maior do que a convencional (maior que 2 cm do que sua base) possa ter influência para a não formação das contraturas e evitar a formação de dobras na prótese^{37,38}.

Optamos por não utilizar este perfil com implante texturizado (nem pré nem retromuscular), pelo risco de rotação e ocasionar aspecto desarmônico e assimétrico. Niechajev¹⁵ relata rotação de 5% dos implantes de “formato anatômico”, porém em implantes texturizados. Nesse estudo não observamos nenhum caso sugestivo de rotação ou mudança de posição, uma vez que a prótese de poliuretano permanece posicionada onde é colocada inicialmente³⁷ (efeito velcro do poliuretano). Pacientes reoperadas e com poliuretano (3 casos do próprio autor) apresentavam a linha de demarcação-orientação da prótese exatamente onde fora posicionada.

CONCLUSÃO

A inclusão de prótese mamária já demonstrou suas vantagens no tratamento de hipomastia ou desejo por seios maiores. Os implantes com MPPS representam um ótimo aliado no tratamento de hipomastia (grave ou não), pacientes magras e pele fina.

Com este estudo podemos concluir que estes modelos apresentam um grau de satisfação elevado, com poucos efeitos adversos e atinge satisfatoriamente o grau de exigência dos pacientes com solicitação por implantes com contorno mais natural.

REFERÊNCIAS

- Baker JL Jr, Kolin IS, Bartlett ES. Psychosexual dynamics of patients undergoing mammary augmentation. *Plast Reconstr Surg.* 1974;53(6):652-9.
- Hetter GP. Satisfaction and dissatisfactions of patients with augmentation mammoplasty. *Plast Reconstr Surg.* 1979;64(2):151-5.
- Biggs TM, Cukier J, Worthing LF. Augmentation mammoplasty: a review of 18 years. *Plast Reconstr Surg.* 1982;69(3):445-52.
- McGrath MH, Burkhardt BR. The safety and efficacy of breast implants for augmentation mammoplasty. *Plast Reconstr Surg.* 1984;74(4):550-60.
- Cronin TD, Gerow FJ. Augmentation mammoplasty. A new “natural feel” prosthesis. In: *Transaction of the Third International Congress of Plastic Surgery (Excerpta Medica International Congress Serie N° 66).* Amsterdam;1964.
- Ashley FL. A new type of breast prosthesis. Preliminary report. *Plast Reconstr Surg.* 1970;45(5):421-4.
- Herman S. The Mème implant. *Plast Reconstr Surg.* 1984;73(3):411-4.
- Franco T, Rabello C. Mamoplastias hipomastias. In: *Cirurgia estética.* Rio de Janeiro:Atheneu;1977.
- Hester TR. The polyurethane-covered mammary prosthesis: facts and fictions. *Perspect Plast Surg.* 1985;2:135.
- Barton FE. Augmentation mammoplasty. *Selected Reading Plast Surg.* 1983;2:29.
- Ersek RA. Prosthesis for breast augmentation: progress in materials and the design of these implants continues. *Travis County Med Soc J.* 1989.
- Batich C, DePalma D. Materials used in breast implants; silicones and polyurethanes. *J Long-term Effects of Medical Implants.* 1992;1(3):255.
- Pitanguy I, Brentano J, Ramalho MC, Porto MJ. Implante de silicone gel com revestimento de poliuretano. *Rev Bras Cir.* 1990;80(2):119.
- Pitanguy I, Salgado F, Radwanski HN, Stersa RM. Estágio atual dos implantes mamários. *Rev Bras Cir* 1991;81(6):291.
- Niechajev I. Mammary augmentation by cohesive silicone gel implants with anatomical shape: technical considerations. *Aesthetic Plast Surg.* 2001;25(6):397-403.
- Ribeiro L, Graf R, Neves RI. Debate sobre implantes de silicone. *Rev Soc Bras Cir Plast.* 2006;21(4):246-50.
- Cohney BC, Cohney TB, Hearne VA. Nineteen years' experience with polyurethane foam-covered mammary prosthesis: a preliminary report. *Ann Plast Surg.* 1991;27(1):27-30.
- Gasperoni C, Salgarello M, Gargani G. Polyurethane-covered mammary implants: a 12-year experience. *Ann Plast Surg.* 1992;29(4):303-8.
- Hester TR Jr, Nahai F, Bostwick J, Cukier J. A 5-year experience with polyurethane-covered mammary prostheses for treatment of capsular contracture, primary augmentation mammoplasty, and breast reconstruction. *Clin Plast Surg.* 1988;15(4):569-85.
- Kerrigan, CA. Report on the meme breast implant. Associate professor Division of plastic surgery. Montreal:McGill University;1989.
- Melmed EP. Polyurethane implants: a 6 years review of 416 patients. *Plast Reconstr Surg.* 1988;82(2):285-90.
- Rebello C. Augmentation mammoplasty. *Symposium und Workshop der Rekonstruktive Brustchirurgie.* Heidelberg;1993.
- Rebello C. Experiência com as próteses mamárias revestidas de poliuretano – XXIV Congresso Nacional de Cirurgia Plástica. Medellín;1993.
- Pitanguy I. Sequelas de mamoplastias de aumento. *Rev Bras Cir.* 1987;77:341.
- Pitanguy I et al. Mamoplastia de aumento. Considerações sobre a retração capsular. *Rev Bras Cir.* 1979;69(5/6):237.
- Baker JL Jr, Chandler ML, LeVier RR. Occurrence and activity of myofibroblasts in human capsular tissue surrounding mammary implants. *Plast Reconstr Surg.* 1981;68(6):905-12.
- Chem RC. Plástica mamária estética de aumento com a utilização de próteses. *Rev Soc Bras Cir Plast.* 1991;6(1/2):28.
- Biggs TM, Yarish RS. Augmentation mammoplasty: retropectoral versus retromammary implantation. *Clin Plast Surg.* 1988;15(4):549-55.
- Carreirão S, Pitanguy I, Lessa S. Mamoplastia de aumento. Conceito e detalhes de inclusão retropectoral. *Rev Bras Cir.* 1982;72(4):264.
- Biggs TM, Yarish RS. Augmentation mammoplasty: a comparative analysis. *Plast Reconstr Surg.* 1990;85(3):368-72.
- Bridges AJ, Vasey FB. Silicone breast implants. History, safety, and potential complications. *Arch Intern Med.* 1993;153(23):2638-44.
- Bozola AR, Bozola AC, Carrazzoni RM. Inclusão de próteses mamárias de silicone-poliuretano. *Rev Soc Bras Cir Plast.* 2006;21(1):18-32.

33. Barone FE, Perry L, Keller T, Maxwell GP. The biomechanical and histopathologic effects of surface texturing with silicone and polyurethane in tissue implantation and expansion. *Plast Reconstr Surg.* 1992;90(1):77-86.
34. Brand KG. Polyurethane-coated silicone implants and the question of capsular contracture. *Plast Reconstr Surg.* 1984;73(3):498.
35. Brand KG. Foam-covered mammary implants. *Clin Plast Surg.* 1988;15(4):533-9.
36. Capozzi A, Pennisi V. Clinical experience with polyurethane-covered gel-filled mammary prostheses. *Plast Reconstr Surg.* 1981;68(4):512-20.
37. Vázquez G. A ten-year experience using polyurethane-covered breast implants. *Aesthetic Plast Surg.* 1999;23(3):189-96.
38. Vázquez G, Pellón A. Polyurethane-coated silicone gel breast implants used for 18 years. *Aesthetic Plast Surg.* 2007;31(4):330-6.
39. De Orgaes FAFS, Marques BPA, Canicoba NJB. Estudo clínico comparativo entre posições do implante mamário de silicone: subglandular x submuscular. *Rev Bras Cir Plast.* 2008;23(supl):70.
40. Delboni PSF, Pinto EBS, Saldanha OR. Implantes de poliuretano e texturizados na mamoplastia de aumento: estudo comparativo. *Rev Bras Cir Plast.* 2008;23(supl):56.
41. Copetti CMS, Copetti JM. Avaliação e acompanhamento psicológico em pacientes submetidos à cirurgia plástica. *Rev Soc Bras Cir Plast.* 2005;20(1):63-4.
42. Araco A, Gravante G, Araco F, Delogu D, Cervelli V, Walgenbach K. A retrospective analysis of 3,000 primary aesthetic breast augmentations: postoperative complications and associated factors. *Aesthetic Plast Surg.* 2007;31(5):532-9.
43. Handle N, Wellisch D, Silverstein MJ, Jensen JA, Waisman E. Knowledge, concern, and satisfaction among augmentation mammoplasty patients. *Ann Plast Surg.* 1993;30(1):13-20.
44. Park AJ, Chetty U, Watson AC. Patient satisfaction following insertion of silicone breast implants. *Br J Plast Surg.* 1996;49(8):515-8.
45. Barbato C, Pena M, Triana C, Zambrano MA. Augmentation mammoplasty using the retrofascia approach. *Aesthetic Plast Surg.* 2004;28(3):148-52.
46. Benito-Ruiz J. Subfascial breast implant. *Plast Reconstr Surg.* 2004;113(3):1088-9.
47. Graf RM, Bernardes A, Rippel R, Araujo LR, Damasio RC, Auersvald A. Subfascial breast implant: a new procedure. *Plast Reconstr Surg.* 2003;111(2):904-8.
48. Góes JC, Landecker A. Optimizing outcomes in breast augmentation: seven years of experience with the subfascial plane. *Aesthetic Plast Surg.* 2003;27(3):178-84.
49. Ventura OD, Marcello G, Gamboa C. Implantes mamários en el plano subfascial en reemplazo del bolsillo subglandular. Un cambio lógico. *Cir Plast Iberolatínamer.* 2006;32:11-6.
50. Hakme F. Aumento mamário. In: Mélega, ed. *Cirurgia plástica Fundamentos e Arte.* 2003 p.563-79.
51. Moreira M, Silva LC, Fagundes DJ. Mastopexia periareolar com implante mamário subfascial no tratamento da associação de hipotrofia e ptose mamária. *Rev Soc Bras Cir Plast.* 2006;21(3):149-54.
52. Mahler D, Hauben DJ. Retromammary versus retropectoral breast augmentation: a comparative study. *Ann Plast Surg.* 1982;8(5):370-4.
53. Papillon J. Pros and cons of subpectoral implantation. *Clin Plast Surg.* 1976;3(2):321-37.
54. Carramaschi FR, Tanaka MP. Mastopexia associada à inclusão de prótese mamária. *Rev Soc Bras Cir Plast.* 2003;18(1):31-6.
55. Pitanguy I. Transareolar incision for augmentation mammoplasty. *Aesth Plast Surg.* 1978;2:363.
56. Pitanguy I, Carreirão S, Garcia LC. Incisão transareolar para mamoplastia de aumento. *Rev Bras Cir.* 1973;63(9/10):301.
57. Uysai T. Transaxillary augmentation mammoplasty with Natural-Y replicon implants. *Amer J Cosm Surg.* 1988;5(2):89.
58. Graf RM, Bernardes A, Auersvald A, Damasio RC. Subfascial endoscopic transaxillary augmentation mammoplasty. *Aesthetic Plast Surg.* 2000;24(3):216-20.
59. Dolsky RL. Inserting the Mème prosthesis. *Plast Reconstr Surg.* 1984;73(3):466-8.
60. Tebbetts JB. Transaxillary subpectoral augmentation mammoplasty: a 9-year experience. *Clin Plast Surg.* 1988;15(4):557-68.
61. Moreira M, Silva LC, Fagundes DJ. Mastopexia periareolar com implante mamário subfascial no tratamento da associação de hipotrofia e ptose mamária. *Rev Bras Cir.* 2006;21(3):149-54.
62. Aquino MS, Vieira ACPO, Garcia EB. Mastoplastia de aumento por via axilar com colocação de implantes mamários pré-peitoral e retropeitoral: estudo comparativo. *Rev Bras Cir.* 2008;23(supl):68.

Correspondência para:

Paulo Renato Simmons de Paula
 Rua T-50, 540 – Bairro Setor Bueno – Goiânia, GO – CEP 74215-200
 E-mail: p-renato@uol.com.br