

Subpeitoral ou subglandular: qual é a melhor localização do implante para pacientes com hipomastia?

The best plane for breast implantation in patients with hypomastia: submuscular or subglandular?

GABRIEL DE CASTRO
ZEITOUNE¹

Trabalho realizado na
clínica privada do autor,
Rio de Janeiro, RJ, Brasil.

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

Trabalho apresentado e aprovado
no exame para ascensão a
Membro Titular da Sociedade
Brasileira de Cirurgia Plástica,
realizado no 48º Congresso
Brasileiro de Cirurgia Plástica,
Goiânia, GO, Brasil, 2011.

Artigo recebido: 7/11/2011
Artigo aceito: 7/8/2012

RESUMO

Introdução: A mamoplastia de aumento é um dos procedimentos mais realizados em cirurgia plástica no Brasil e no mundo. Existem duas localizações principais para o implante: o plano subpeitoral ou submuscular e o plano subglandular. O objetivo deste trabalho é defender o uso do plano subpeitoral em casos de hipomastia. **Método:** Dezesesseis pacientes foram submetidas a aumento da mama entre 2008 e 2011. Utilizou-se o plano submuscular em 9 pacientes e o plano subglandular em 7. Miotomia do músculo grande peitoral foi realizada em todos os casos de localização submuscular. **Resultados:** Foram selecionados 5 casos de pré e pós-operatório de pacientes submetidas a mamoplastia de aumento. Verificaram-se melhores resultados utilizando-se o plano submuscular para as pacientes com hipomastia acentuada. A miotomia do músculo peitoral provou ser fundamental para o sucesso da cirurgia, pois conferiu à loja submuscular o espaço necessário para abrigar o implante mamário, sem submetê-lo à pressão causada pela contração do músculo. **Conclusões:** O uso adequado do plano submuscular em pacientes com hipomastia é seguro, facilita o rastreamento de câncer de mama, não altera a função muscular, protege o parênquima mamário e garante resultados mais naturais e duradouros.

Descritores: Mamoplastia. Mama/cirurgia. Implante mamário.

ABSTRACT

Background: Breast augmentation is one of the most common plastic surgery procedures in Brazil and worldwide. There are 2 main locations for the implant: the subpectoral or submuscular plane and subglandular plane. The objective of the current study was to indicate the efficacy of the use of the subpectoral plane in cases of hypomastia. **Methods:** Sixteen patients underwent breast augmentation between 2008 and 2011; the submuscular and subglandular planes were used in 9 and 7 patients, respectively. Myotomy of the pectoralis major muscle was performed in all cases where the submuscular plane was used. **Results:** The pre- and postoperative aspects of 5 cases of patients undergoing breast augmentation are presented. Better results were obtained using the submuscular plane for patients with severe hypomastia. Myotomy of the pectoralis proved critical to the success of the surgery, because it provided the submuscular pocket required to house the breast implant without subjecting it to the pressure caused by muscle contraction. **Conclusions:** The proper use of the submuscular plane in patients with hypomastia is safe, facilitates cancer screening, does not alter muscle function, protects the breast parenchyma, and ensures more natural and long-term results.

Keywords: Mammoplasty. Breast/surgery. Breast implantation.

1. Cirurgião plástico, membro titular da Sociedade Brasileira de Cirurgia Plástica, Rio de Janeiro, RJ, Brasil.

INTRODUÇÃO

Com a criação do implante de silicone, em 1961, por Cronin & Gerow¹, associados à Dow Corning Corporation, e a realização da primeira cirurgia em 1962, a mamoplastia de aumento se tornou um dos procedimentos cirúrgicos mais realizados e estudados por cirurgiões plásticos no Brasil e no mundo.

Existem basicamente dois planos principais para a localização do implante mamário: submuscular e subglandular. A utilização do espaço submuscular foi descrita pela primeira vez, em 1967, por Griffiths². Outros autores, como Dempsey & Latham³, em 1968, Regnault⁴, em 1977, e Mahler et al.⁵ e Mahler & Hauben⁶, em 1982, também foram pioneiros no emprego dessa técnica. Os trabalhos de Mahler et al.⁵ e Mahler & Hauben⁶ foram importantes para sedimentação da técnica de miotomia do músculo grande peitoral, procedimento fundamental para o sucesso das cirurgias que utilizam o plano submuscular.

Apesar de ter sido descrita há mais de 30 anos, a técnica da mamoplastia de aumento submuscular com miotomia do músculo grande peitoral permanece pouco difundida, em virtude da pequena quantidade de estudos na literatura e da ausência da descrição amíúde da técnica.

Este trabalho tem como objetivo demonstrar os benefícios do plano submuscular em pacientes com hipomastia, mostrando detalhes técnicos dessa via de acesso e da miotomia do músculo grande peitoral, além de discutir os aspectos positivos e negativos de ambas as localizações dos implantes.

MÉTODO

Neste estudo foram analisados, retrospectivamente, os prontuários de 16 pacientes do sexo feminino submetidas a mamoplastia de aumento, no período entre fevereiro de 2008 e fevereiro de 2011. Foram utilizados implantes redondos de poliuretano de perfil alto, com volume variando entre 175 cc e 325 cc. Desse total de pacientes, 10 apresentavam hipomastia, em 9 foi utilizado o plano submuscular e em 7, o plano subglandular. A média de idade das pacientes à época da cirurgia era de 27,5 anos.

Descrição da Técnica de Mamoplastia de Aumento Submuscular

Antes de iniciar a marcação da cirurgia (Figura 1), realizou-se inspeção da mama, do tórax anterior e da coluna vertebral, procurando identificar assimetrias, diferentes alturas do sulco mamário e costelas sobressaltadas^{7,8}. Evidenciou-se a linha média esternal e a provável área de descolamento, ressaltando-se que inferiormente realizou-se a dissecação um pouco abaixo do sulco mamário, para melhor acomodação do implante. A incisão situa-se 1 cm abaixo do sulco, com extensão de 4,5 cm, sendo 2 cm na porção medial e 2,5 cm na

porção lateral, tendo a projeção do mamilo como centro. Em pacientes com diâmetro da aréola superior a 4,5 cm foi possível utilizar a incisão periareolar, porém a entrada para o espaço submuscular foi realizada pela face lateral do músculo grande peitoral. A extensão da miotomia teve como limite superior uma linha horizontal que passa pelo mamilo, formando um ângulo reto com o esterno. O limite inferior foi o término da inserção do músculo grande peitoral na 5ª costela ou, menos frequentemente, na 6ª costela, dependendo do posicionamento da mama em relação ao tórax (Figura 1).

Após incisão, realizou-se a dissecação sob a glândula, procurando encontrar as bordas lateral e inferior do músculo grande peitoral (Figura 2).

Os limites do músculo grande peitoral foram visualizados e foi iniciada a dissecação submuscular após a abertura da inserção inferior do músculo sobre a 5ª costela. É importante que essa abertura se faça nesse local, evitando-se o espaço intercostal. O levantamento do músculo grande peitoral foi realizado manualmente, com movimentos delicados (Figura 3).

A seguir, introduziu-se um afastador com fibra óptica para melhor visualização do plano. Iniciou-se a miotomia do músculo grande peitoral com bisturi elétrico, seguindo-se sua inserção sobre a costela até o esterno (Figura 4).

As fibras do músculo grande peitoral foram seccionadas até o aparecimento da gordura do tecido subcutâneo,

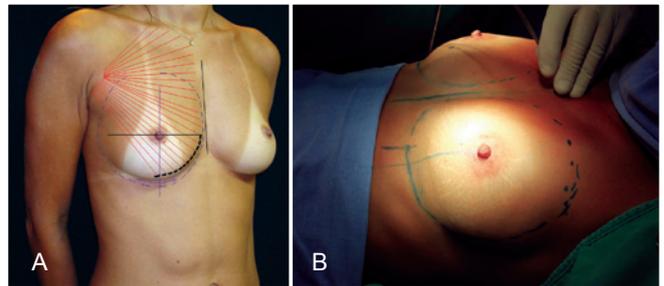


Figura 1 – Em A e B, marcação da mama, com destaque tracejado para os limites da miotomia do músculo grande peitoral.



Figura 2 – Incisão e início da dissecação.

localizado posteriormente ao músculo. O contraste entre as cores vermelha e amarela facilitou a delimitação do término da miotomia (Figura 5).

Entretanto, foram a colocação de moldes e a observação da mama que possibilitaram verificar se ainda restavam fibras ou traves interferindo no formato da mama. Palpação pode ser realizada procurando por esses resquícios de fibras (Figura 6).

Com o molde do tamanho desejado, realizaram-se os últimos ajustes do descolamento, atentando inferiormente para ultrapassar o sulco mamário para melhor acomodação do implante (Figura 7).

A drenagem a vácuo da loja do implante é obrigatória, para se evitar a ocorrência de seromas e outras complicações^{9,10} (Figura 8).

O curativo foi feito com esparadrapo elástico tipo Tensorplast®.

As pacientes receberam alta no dia seguinte à cirurgia, com medicações analgésica e antibiótica por 6 dias.

Habitualmente, no 4º dia de pós-operatório, a paciente retorna ao consultório para retirada do dreno e da bandagem elástica, sendo indicado a partir desse momento o uso de sutiã cirúrgico.

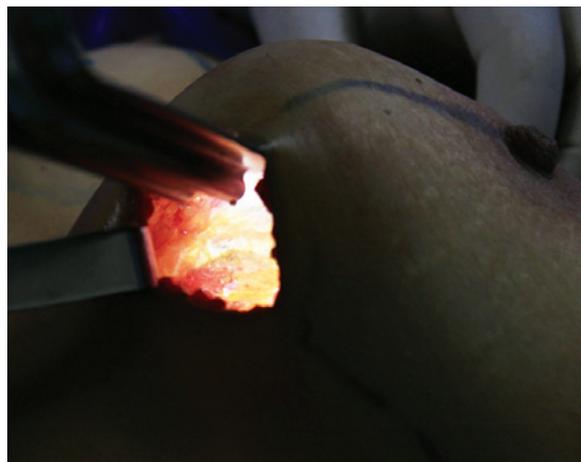


Figura 5 – Término da miotomia do músculo grande peitoral, permitindo visualização da inserção infero-medial do músculo totalmente liberada.

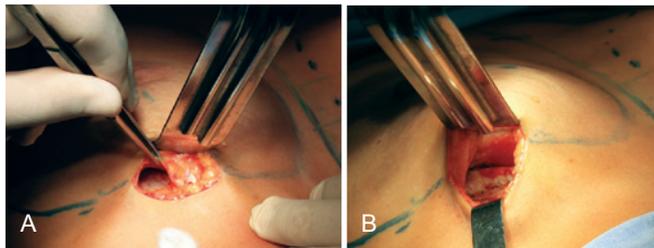


Figura 3 – Em A e B, abertura da inserção inferior do músculo grande peitoral e início do descolamento submuscular.



Figura 6 – Colocação dos moldes e verificação digital da miotomia do músculo grande peitoral.

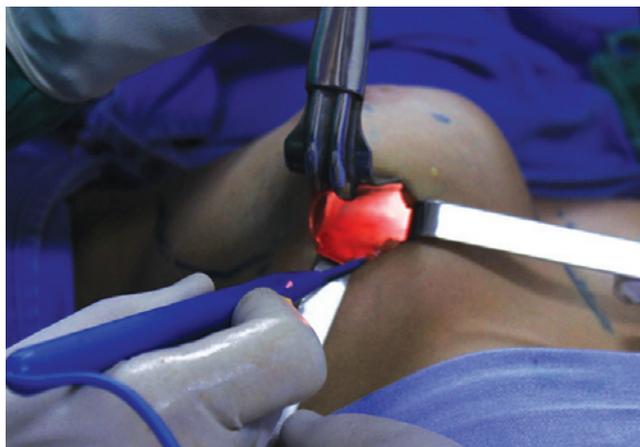


Figura 4 – Principal tempo cirúrgico: miotomia do músculo grande peitoral.

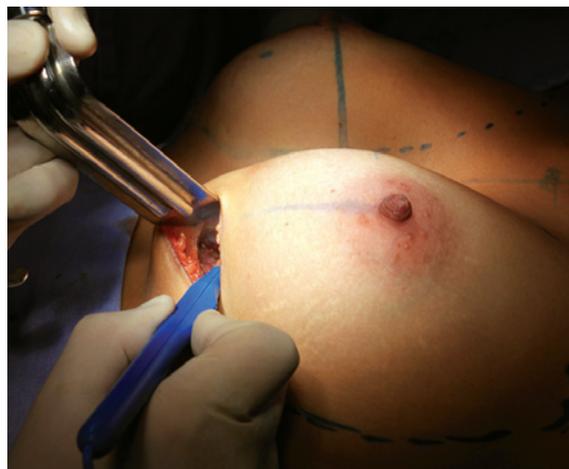


Figura 7 – Últimos ajustes do descolamento.



Figura 8 – Drenagem por sucção, sistema fechado.

RESULTADOS

Foram selecionados 5 casos de pré e pós-operatório de pacientes submetidas a mamoplastia de aumento.

Caso 1 – Paciente de 21 anos, apresentando hipomastia, submetida a mamoplastia de aumento, realizada pelo sulco mamário via submuscular, com colocação de implantes redondos de poliuretano, perfil alto, de 215 cc (Figura 9).

Caso 2 – Paciente de 29 anos, apresentando hipomastia, submetida a mamoplastia de aumento, realizada pelo sulco mamário via submuscular, com colocação de implantes redondos de poliuretano, perfil alto, de 285 cc (Figura 10).

Caso 3 – Paciente de 22 anos, apresentando hipomastia, submetida a mamoplastia de aumento, realizada pelo sulco mamário via submuscular, com colocação de implantes redondos de poliuretano, perfil alto, de 255 cc (Figura 11).

Caso 4 – Paciente de 33 anos, apresentando hipomastia, submetida a mamoplastia de aumento via submuscular e lipoaspiração da região axilar anterior. Na Figura 12,

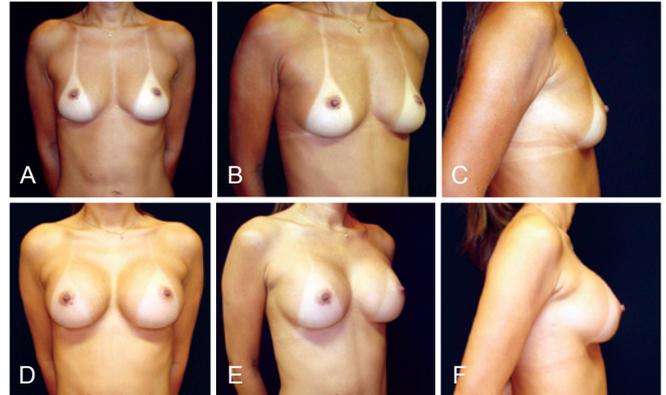


Figura 10 – Caso 2. Em *A, B e C*, aspecto pré-operatório, respectivamente, em vistas de frente, oblíqua direita e perfil. Em *D, E e F*, aspecto pós-operatório de 2 meses, respectivamente, em vistas de frente, oblíqua direita e perfil.

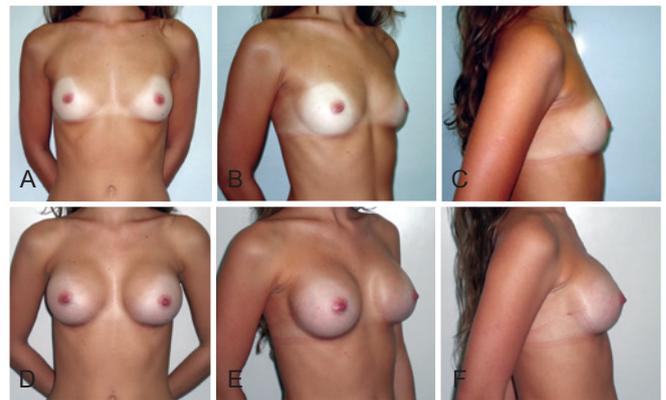


Figura 11 – Caso 3. Em *A, B e C*, aspecto pré-operatório, respectivamente, em vistas de frente, oblíqua direita e perfil. Em *D, E e F*, aspecto pós-operatório de 10 meses, respectivamente, em vistas de frente, oblíqua direita e perfil.

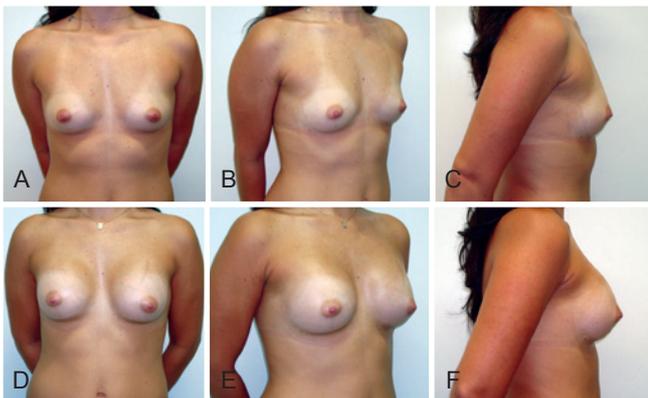


Figura 9 – Caso 1. Em *A, B e C*, aspecto pré-operatório, respectivamente, em vistas de frente, oblíqua direita e perfil. Em *D, E e F*, aspecto pós-operatório de 6 meses, respectivamente, em vistas de frente, oblíqua direita e perfil.



Figura 12 – Marcação da mama e do término da miotomia do músculo grande peitoral.

observa-se o limite da miotomia do músculo grande peitoral. Os implantes foram redondos de poliuretano, perfil alto, de 235 cc (Figura 13).

Caso 5 – Paciente de 49 anos, nulípara, apresentando hipomastia leve e hipertrofia de mamilos. Foram colocados implantes redondos de poliuretano, perfil alto, de 255 cc, e realizada redução dos mamilos. O plano utilizado foi o subglandular (Figura 14).

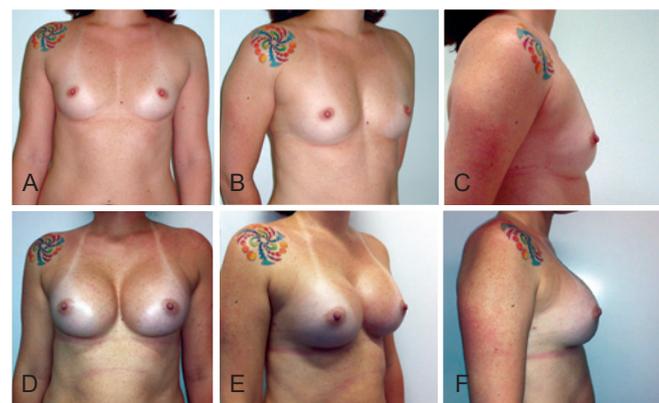


Figura 13 – Caso 4. Em A, B e C, aspecto pré-operatório, respectivamente, em vistas de frente, oblíqua direita e perfil. Em D, E e F, aspecto pós-operatório de 3 meses, respectivamente, em vistas de frente, oblíqua direita e perfil.



Figura 14 – Caso 5. Em A, B e C, aspecto pré-operatório, respectivamente, em vistas de frente, oblíqua direita e perfil.

Em D, E e F, aspecto pós-operatório de 6 semanas, respectivamente, em vistas de frente, oblíqua direita e perfil.

Em G, H e I, aspecto pós-operatório de 2 anos e 9 meses, respectivamente, em vistas de frente, oblíqua direita e perfil.

DISCUSSÃO

A mama é vascularizada principalmente pela artéria mamária interna e por ramos da artéria axilar. Da artéria mamária partem os ramos perfurantes que atravessam os quatro primeiros espaços intercostais e prosseguem perfurando o músculo grande peitoral para atingir a face posterior da mama. Já a artéria axilar emite um ramo que é a artéria torácica lateral, que corre ao longo da borda lateral do músculo peitoral menor, que, por sua vez, emite novos ramos denominados ramos mamários laterais. Portanto, ao estudar a anatomia da região retropeitoral e a vascularização da mama, pode-se constatar que o plano submuscular é menos agressivo, por promover menor desvascularização da glândula mamária, pois os vasos perfurantes são preservados quando se faz o descolamento sob o músculo grande peitoral, diminuindo assim a atrofia que ocorre no parênquima mamário com o passar do tempo. No plano subglandular, existe ainda a compressão direta que o implante exerce sob a mama, que, somado ao efeito da desvascularização, contribui ainda mais para essa atrofia¹¹ (Figura 15).

O uso do plano submuscular em pacientes com hipomastia proporciona bons resultados, conferindo ao implante proteção extra, que minimiza o risco de irregularidades visíveis e palpáveis, além de obter transição suave do tórax com o polo superior da mama. O músculo grande peitoral deve ser seccionado em sua porção infero-medial sempre que se utiliza o plano submuscular (Figura 16). Essa miotomia é fundamental para que o implante não se desloque ou sofra pressão do músculo no momento de sua contração.

Estudo prospectivo realizado em 2004, com 37 pacientes submetidas a aumento submuscular, analisou a sensibilidade da mama, a força de contração do músculo grande peitoral e a autoestima no pós-operatório de 3 meses e de 6 meses¹². A sensibilidade à pressão e à vibração estava alterada aos 3 meses, ocorrendo normalização no seguimento pós-operatório de 6 meses. Não foi detectada qualquer alteração aos 3 meses e aos 6 meses quanto à função de flexão, extensão e adução do músculo grande peitoral. Também não foram constatadas alterações da função muscular quando comparados dois grupos com implantes > 325 ml e < 325 ml. A autoestima, por fim, aumentou significativamente no pós-operatório. Portanto, conclui-se que a miotomia do músculo peitoral até o limite demonstrado é incapaz de alterar a função do músculo e de prejudicar a qualidade de vida da paciente.

Outro ponto importante que se relaciona diretamente com a anatomia da mama e que tem forte suporte da literatura médica é a questão do rastreamento para detecção do câncer de mama. Em diversos estudos verificou-se que a colocação do implante sob o músculo grande peitoral permite melhor visualização e maior quantidade de parênquima mamário examinado, quando comparado à localização sob a glândula, independentemente do tamanho da mama e do tipo

de implante¹³⁻¹⁵. Portanto, em pacientes com forte histórico familiar para câncer de mama, é prudente evitar o plano subglandular.

É interessante observar que os implantes de posicionamento subglandular ficam mais graciosos nas primeiras semanas de pós-operatório, justamente em decorrência da presença do edema cirúrgico. Quando o edema se resolve e o parênquima mamário sofre redução do volume, problemas como *rippling* e deformidades da mama podem aparecer no pós-operatório tardio. Essas complicações são mais frequentes quanto maior for o volume do implante utilizado e quanto mais acentuada

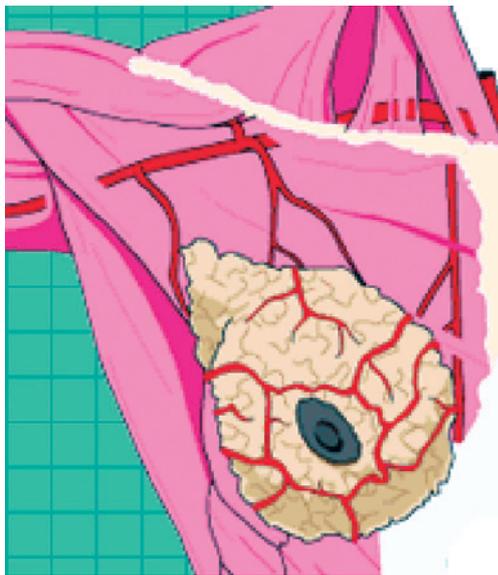


Figura 15 – Vascularização da mama.

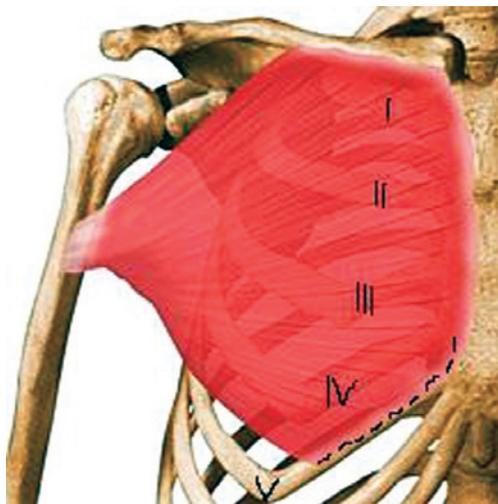


Figura 16 – Anatomia do músculo grande peitoral e suas inserções na clavícula, esterno, costelas e úmero. Em tracejado está assinalado o local da miotomia e as costelas estão numeradas de I a V.

for a hipomastia. Entretanto, no posicionamento submuscular, o resultado torna-se cada vez mais satisfatório e natural com o passar do tempo, sendo esse efeito mais bem visualizado no 3º mês de pós-operatório, quando o edema muscular já se abrandou. Nos casos 3 e 4, pode-se comparar a evolução positiva da forma da mama no pós-operatório tanto recente como tardio.

Outro ponto positivo do plano submuscular é a menor incidência de contratura capsular¹¹. Essa é uma importante complicação da mamoplastia de aumento, em que há alteração da forma da mama associada a dor. Pacientes com contratura capsular, implantes visíveis e palpáveis ou parênquima mamário fino tornam-se verdadeiros desafios para reparação. Nesses casos, a mastoplastia secundária com troca do plano subglandular para o submuscular, associada a capsulotomia, é talvez a única alternativa¹⁶. Possivelmente essas pacientes foram privadas de um resultado melhor com a utilização do plano submuscular na primeira cirurgia.

Na paciente do caso 5, optou-se pelo plano subglandular, apesar do desejo de se utilizar o plano submuscular. A decisão foi baseada na incapacidade de a paciente respeitar o período solicitado de repouso em decorrência de atividades laborativas. Como se tratava de paciente nulípara, com hipomastia leve, pele firme e de boa qualidade, o plano subglandular poderia ser utilizado sem acarretar problemas. No pós-operatório de 2 anos e 9 meses, observou-se pequena perda do resultado obtido quando comparado ao pós-operatório recente de 45 dias. Essa perda será maior quanto pior for a qualidade da pele e quanto mais acentuada for a hipomastia da paciente.

No pós-operatório de mamoplastias de aumento submuscular, é importante o repouso dos braços pelo período de 30 dias, evitando-se levantá-los, carregar peso, dirigir e dormir em decúbito lateral e ventral. Após 1 mês, essas atividades são liberadas, porém somente após 3 meses pode ser retomada a realização de exercícios físicos mais intensos, como musculação e ginástica.

Em casos que combinam hipomastia, ptose moderada e hipertrofia do músculo grande peitoral, a escolha da localização do implante torna-se um verdadeiro desafio ao cirurgião plástico. Esse tipo de mama é comum em pacientes com vigorexia e que usam anabolizantes, explicando a atrofia da mama e a hipertrofia do músculo. Caso o cirurgião opte pelo plano submuscular, poderá obter um resultado desgracioso, com duplo contorno da mama, fortemente marcada pela borda do músculo grande peitoral hipertrofiado¹⁷. Por outro lado, caso o plano subglandular seja o escolhido, obter-se-ia um resultado favorável nos primeiros meses e um grande problema para administrar posteriormente, com possibilidade de contratura capsular e deformidade das mamas em decorrência do implante grande para correção da ptose associado a uma cobertura mamária muito fina. Tebbets^{8,18,19} descreve um artifício para esses casos, que chamou de *dual plane*. Esse “plano duplo” tem como particularidade um pequeno

descolamento da parte inferior da mama sobre o músculo, fazendo com que este se retraia um pouco mais superiormente, deixando o implante mais coberto pela mama, para preencher o polo inferior e, assim, tratar melhor a ptose. Não surge aí uma nova localização para o implante, mas, sim, uma manobra para melhor adaptar o implante ao plano submuscular clássico, que também não deixa de ser um plano duplo, pois com a miotomia do grande peitoral o implante não é coberto totalmente pelo músculo. É claro que, em casos de ptose acentuada, mastopexia para elevação das aréolas deve ser cogitada, sendo o plano submuscular bem indicado por interferir menos na vascularização das aréolas.

O plano submuscular total, em que se descola inclusive o músculo serrátil para que o implante fique totalmente coberto pela musculatura, tem seu emprego restrito à reconstrução pós-mastectomia. O uso desse plano em hipomastias é anti-natômico e produz resultados desastrosos, com o deslocamento superior do implante.

Em 2003, Graf et al.²⁰ descreveram o plano subfascial. Essa técnica pode apresentar vantagens em relação ao plano subglandular, mas é incapaz de produzir os benefícios que o plano submuscular oferece aos pacientes com hipomastia.

O cirurgião plástico, ao escolher a localização do implante, deve levar em conta critérios técnicos comprovados pela literatura médica e buscar associá-los com o perfil da paciente²¹. É importante ter domínio da colocação dos implantes pelos dois planos, para que se tenha arsenal cirúrgico completo para tratar otimamente todos os casos.

CONCLUSÕES

O plano submuscular com miotomia do músculo grande peitoral deve ser o procedimento de escolha para a maioria das pacientes com hipomastia, porque produz resultados mais naturais, agradáveis e duradouros, com menos alterações do parênquima mamário, menor incidência de contratura capsular e facilidade para o diagnóstico de câncer de mama.

REFERÊNCIAS

1. Cronin TD, Gerow RM. Augmentation mammoplasty: a new "natural feel" prosthesis. In: *Translations of the Third International Congress of Plastic Surgery*. Amsterdam: Excerpta Medica; 1964. p. 41-9.
2. Griffiths CO. The submuscular implant in augmentation mammoplasty. In: *Translations of the Fourth International Congress of Plastic Surgery*. Amsterdam: Excerpta Medica; 1967. p. 1009.
3. Dempsey WC, Latham WD. Subpectoral implants in augmentation mammoplasty. Preliminary report. *Plast Reconstr Surg*. 1968;42(6):515-21.
4. Regnault P. Partially submuscular breast augmentation. *Plast Reconstr Surg*. 1977;59(1):72-6.
5. Mahler D, Ben-Yakar J, Hauben DJ. The retropectoral route for breast augmentation. *Aesthetic Plast Surg*. 1982;6(4):237-42.
6. Mahler D, Hauben DJ. Retromammary versus retropectoral breast augmentation: a comparative study. *Ann Plast Surg*. 1982;8(5):370-4.
7. Rohrich RJ, Hartley W, Brown S. Incidence of breast and chest wall asymmetry in breast augmentation: a retrospective analysis of 100 patients. *Plast Reconstr Surg*. 2006;118(7 Suppl):7S-13S.
8. Tebbetts JB. Dual plane breast augmentation: optimizing implant-soft-tissue relationships in a wide range of breast types. *Plast Reconstr Surg*. 2006;118(7 Suppl):81S-98S.
9. Schreml S, Heine N, Eisenmann-Klein M, Prantl L. Bacterial colonization is of major relevance for high-grade capsular contracture after augmentation mammoplasty. *Ann Plast Surg*. 2007;59(2):126-30.
10. Handel N, Cordray T, Gutierrez J, Jensen JA. A long-term study of outcomes, complications, and patient satisfaction with breast implants. *Plast Reconstr Surg*. 2006;117(3):757-67.
11. Spear SL, Bulan EJ, Venturi ML. Breast augmentation. *Plast Reconstr Surg*. 2004;114(5):73E-81E.
12. Banbury J, Yetman R, Lucas A, Papay F, Graves K, Zins JE. Prospective analysis of the outcome of subpectoral breast augmentation: sensory changes, muscle function, and body image. *Plast Reconstr Surg*. 2004;113(2):701-7.
13. McCarthy CM, Pusic AL, Disa JJ, Cordeiro PG, Cody HS 3rd, Mehrara B. Breast cancer in the previously augmented breast. *Plast Reconstr Surg*. 2007;119(1):49-58.
14. Jakubietz MG, Janis JE, Jakubietz RG, Rohrich RJ. Breast augmentation: cancer concerns and mammography – a literature review. *Plast Reconstr Surg*. 2004;113(7):117-22.
15. Deapen DM, Hirsch EM, Brody GS. Cancer risk among Los Angeles women with cosmetic breast implants. *Plast Reconstr Surg*. 2007;119(7):1987-92.
16. Handel N. Secondary mastopexy in the augmented patient: a recipe for disaster. *Plast Reconstr Surg*. 2006;118(7 Suppl):152S-63S.
17. Médard de Chardon V, Balaguer T, Chignon-Sicard B, Lebretton E. Double breast contour in primary aesthetic breast augmentation: incidence, prevention and treatment. *Ann Plast Surg*. 2010;64(4):390-6.
18. Tebbetts JB. Dual plane breast augmentation: optimizing implant-soft-tissue relationships in a wide range of breast types. *Plast Reconstr Surg*. 2001;107(5):1255-72.
19. Tebbetts JB, Adams WP. Five critical decisions in breast augmentation using five measurements in 5 minutes: the high five decision support process. *Plast Reconstr Surg*. 2006;118(7 Suppl):35S-45S.
20. 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.
21. Tebbetts JB. Does fascia provide additional, meaningful coverage over a breast implant? *Plast Reconstr Surg*. 2004;113(2):777-9.

Correspondência para:

Gabriel de Castro Zeitoune
Rua Barão da Torre, 313 – ap. 103 – Ipanema – Rio de Janeiro, RJ, Brasil – CEP 22411-001
E-mail: dr.gabrielzeitoune@gmail.com