



# Diferenças no perfil de complicações pós-operatórias em pacientes submetidas a mamoplastia de aumento e mastopexia com prótese

*Differences in the profile of postoperative complications in patients undergoing breast augmentation and mastopexy with prosthesis*

OONA TOMIÊ DARONCH<sup>1\*</sup>  
RENATA FERNANDA RAMOS  
MARCANTE<sup>1</sup>  
ARISTIDES AUGUSTO  
PALHARES NETO<sup>1</sup>

## ■ RESUMO

**Introdução:** A mamoplastia de aumento é uma dos procedimentos mais realizados em Cirurgia Plástica em todo o mundo. A mastopexia com prótese também é um procedimento amplamente realizado, reservado para outro perfil de pacientes. Muitas complicações podem ser evitadas quando se estudam os fatores de risco para desfechos desfavoráveis. **Método:** Trata-se de um estudo retrospectivo realizado por meio da análise de prontuários de pacientes submetidas a mamoplastia primária de aumento e mastopexia com implantes mamários no período de janeiro de 2018 a dezembro de 2020. **Resultados:** Das 112 pacientes submetidas a mamoplastia com implante mamário no período do estudo, 76 foram submetidas a mamoplastia de aumento primária (67,86%) e 36 pacientes a mastopexia com implante mamário (32,14%). As pacientes submetidas a mastopexia apresentaram maior média de idade em relação àquelas submetidas a mamoplastia de aumento ( $p < 0,001$ ) e apresentaram menores volumes de implantes mamários ( $p = 0,002$ ). As complicações mais comuns em ambos os grupos incluem a deiscência da ferida operatória, mais comum após mastopexia com prótese. **Conclusão:** A mastopexia de aumento realizada em procedimento único apresenta maior índice de complicações quando comparada à mamoplastia de aumento realizada individualmente. No entanto, o maior número de complicações precoces observadas no procedimento combinado é a soma dos dois procedimentos distintamente individuais e não um aumento exponencial.

**Descritores:** Mamoplastia; Complicações intraoperatórias; Complicações pós-operatórias; Mama; Procedimentos cirúrgicos reconstrutivos.

## ■ ABSTRACT

**Introduction:** Breast augmentation is one of the most performed procedures in Plastic Surgery worldwide. Mastopexy with prosthesis is also a widely performed procedure reserved for other patient profiles. Many complications can be avoided when studying risk factors for unfavorable outcomes. **Method:** This is a retrospective study carried out through the analysis of medical records of patients who underwent primary breast augmentation and mastopexy with breast implants from January 2018 to December 2020. **Results:** Of the 112 patients who underwent mammoplasty with the implant during the study period, 76 patients underwent primary breast augmentation (67.86%), and 36 underwent mastopexy with breast implant (32.14%). Patients undergoing mastopexy had a higher average age compared to those undergoing breast augmentation ( $p < 0.001$ ) and had smaller volumes of breast implants ( $p = 0.002$ ). The most common complications in both groups include surgical wound dehiscence, more common after mastopexy with prosthesis. **Conclusion:** Breast augmentation performed as a single procedure has a higher rate of complications when compared to breast augmentation performed individually. However, the greater number of early complications observed with the combined procedure is the sum of the two distinctly individual procedures and not an exponential increase. **Keywords:** Mammoplasty; Intraoperative complications; postoperative complications; Breast; Reconstructive surgical procedures.

Instituição: Hospital Universitário,  
Faculdade de Medicina de Botucatu,  
Universidade Estadual Paulista  
(UNESP), Botucatu, SP, Brasil.

Artigo submetido: 28/12/2022.  
Artigo aceito: 20/8/2023.

Conflitos de interesse: não há.

DOI: 10.5935/2177-1235.2023RBCP0777-PT

<sup>1</sup> Universidade Estadual Paulista, Botucatu, SP, Brasil.



## INTRODUÇÃO

A mastopexia com implantes mamários constitui a grande maioria dos procedimentos estéticos realizados em Cirurgia Plástica<sup>1</sup>. Nos primórdios da realização dessa cirurgia, realizava-se inicialmente a colocação dos implantes de silicone em um tempo cirúrgico e a mastopexia era realizada em um segundo momento, pois acreditava-se que associar os procedimentos aumentava o risco de complicações. No entanto, há reconhecidamente muitas vantagens em realizar esses procedimentos simultaneamente, sendo a mais óbvia a prevenção de uma segunda operação em muitos pacientes<sup>2</sup>. Vários estudos mostraram que, para o paciente apropriado, uma mastopexia de aumento em estágio único pode ser um procedimento seguro e eficaz para reconstruir a mama ptótica<sup>3</sup>.

Atualmente, a mastopexia com implantes é uma cirurgia amplamente realizada principalmente em pacientes que apresentaram alterações ponderais significativas, em casos após gestação e amamentação, ou pacientes com idade mais avançada, que desenvolveram ptose mamária importante<sup>4</sup>. Múltiplas técnicas para correção cirúrgica de hipomastia e ptose mamária foram descritas desde a primeira documentação na literatura na década de 1960 por Regnault e Ulloa.

Embora as técnicas cirúrgicas tenham evoluído, os princípios básicos para alcançar o equilíbrio entre a massa parenquimatosa e o envelope cutâneo permanecem em discussão<sup>5</sup>. O uso de implantes protéticos como adjuvantes da mastopexia é considerado por muitos como um fator que melhora os resultados gerais e a longevidade do procedimento quando comparado à mastopexia sem implantes<sup>5</sup>.

Em contrapartida, o perfil da maioria das pacientes submetidas a mamoplastia de aumento são jovens, desejam contorno mamário importante e não apresentam ptose mamária ou, quando apresentam, muitas vezes é possível a realização de mastopexia periareolar com colocação dos implantes mamários. A maior queixa é a perda de projeção no polo superior e o abaulamento do polo inferior, porém, cerca de um terço das pacientes insatisfeitas possuem resultados acima do padrão esperado<sup>6</sup>.

Dessa forma, torna-se fundamental entender as diferenças nesses diferentes grupos de pacientes e estudar os fatores relacionados com a incidência de complicações, a fim de intervir nesses fatores e diminuir os desfechos desfavoráveis a longo prazo, os quais foram investigados no presente estudo.

## OBJETIVO

Os objetivos do trabalho foram realizar uma avaliação epidemiológica das pacientes submetidas

a mamoplastia de aumento primária e mastopexia com próteses e verificar quais os principais fatores relacionados com a incidência de complicações no pós-operatório precoce (primeiros 30 dias após a cirurgia) e tardio (após 30 dias), tendo em vista que o estudo dos fatores de risco oferece uma oportunidade de realizar mudança nas variáveis relacionadas com a incidência de complicações e, conseqüentemente, melhorar o desfecho das pacientes a longo prazo.

## MÉTODO

Trata-se de um estudo retrospectivo realizado por meio da análise de prontuários de pacientes submetidas a mamoplastia de aumento primária e mastopexia com implantes mamários entre janeiro de 2018 e dezembro de 2020. Foram pesquisadas todas as pacientes registradas no centro cirúrgico com o procedimento denominado “Plástica mamária feminina não estética” cadastradas pela Cirurgia Plástica no centro cirúrgico do Hospital de Clínicas da Faculdade de Medicina de Botucatu (UNESP, São Paulo, Brasil) durante o período mencionado. Os cirurgiões residentes são assistidos por chefes preceptores da Cirurgia Plástica e não têm auxiliar para realizar as duas mamas simultaneamente e, por isso, cada mama é realizada separadamente.

Os critérios de inclusão foram pacientes submetidas a mamoplastia de aumento primária durante o período estudado, sendo excluídas pacientes submetidas a outros procedimentos cirúrgicos mamários, mamoplastia de aumento secundária, cirurgias concomitantes no mesmo tempo cirúrgico e pacientes que apresentaram dados incompletos no prontuário para o estudo adequado dos dados. O padrão do serviço é operar pacientes que estejam no peso adequado (preferencialmente índice de massa corporal - IMC - < 25kg/m<sup>2</sup>). Foram excluídas pacientes submetidas a cirurgias mamárias secundárias, pacientes que realizaram a cirurgia no mesmo tempo cirúrgico de procedimentos combinados, e prontuários incompletos para o correto preenchimento dos dados no trabalho.

Além disso, não são operados pacientes em vigência de tabagismo, sendo orientado sua suspensão ao menos 12 semanas antes e 12 semanas após o procedimento. Em pacientes submetidas a mamoplastia de aumento primária, sem realização de mastopexia em conjunto, o padrão é não realizar a colocação de drenos no pós-operatório. Habitualmente, há preferência pelo acesso inframamário. Geralmente, opta-se pela colocação do implante mamário periareolar nos casos em que as pacientes apresentam algum grau de ptose mamária em fase inicial, e realiza-se a correção no mesmo tempo cirúrgico. Em pacientes submetidas a

mastopexia, na maioria dos casos não são colocados drenos de sucção.

Em nossa instituição, não é realizada a colocação de implantes axilares, pela ausência de materiais necessários para esse procedimento e ausência de equipe treinada. Também não é realizado o acesso transumbilical, pois todos os implantes mamários usados são de silicone. Todos os implantes foram da mesma marca comercial. Não apresentamos conflitos de interesse pela marca empregada no serviço nem recebemos apoio financeiro ou científico da mesma. A rotina é deixar antibióticos profiláticos 7 dias após o procedimento cirúrgico. As pacientes também são orientadas a usar sutiã modelador por pelo menos três meses de pós-operatório.

As variáveis quantitativas estudadas foram idade, tempo de internação, tempo da cirurgia, volume do implante mamário. Já as variáveis qualitativas foram tipo de pele de Fitzpatrick, presença de comorbidades, uso de medicamentos contínuos, tipo de acesso para colocação do implante mamário, localização do implante (subfascial, subglandular ou retromuscular), tipo de acesso (periareolar ou inframamário), superfície da prótese utilizada (lisa, texturizada ou de poliuretano), presença de complicações no pós-operatório precoce e tardio.

As pacientes do presente estudo foram seguidas por um período de pelo menos 48 meses, sendo o primeiro retorno realizado com três dias de pós-operatório, o segundo em uma semana, o terceiro em 1 mês e após com 3, 6 e 12 meses de cirurgia tradicionalmente. As pacientes que apresentaram complicações tiveram seguimento com intervalos de tempo mais curtos, respeitando-se a necessidade de cada condição.

Das pacientes incluídas, foram revisados os prontuários e inseridos os dados estudados em formulários do *Google Docs*. A partir da planilha do Excel gerada, foram realizadas as análises estatísticas utilizando-se o programa SPSS 20.0. Quanto à análise estatística, as variáveis foram estudadas e apresentadas em seus valores médios e desvio padrão ou frequências. Para estudo da normalidade das variáveis quantitativas, foi utilizado o teste de Kolmogorov-Smirnov e, como apresentaram distribuição normal, foi aplicado o teste t de Student para amostras independentes. Para as variáveis qualitativas para estudo da associação entre as mesmas, foi utilizado o teste de Qui-quadrado ou Exato de Fisher. Os valores de  $p < 0,05$  foram considerados estatisticamente significativos.

## RESULTADOS

Das 112 pacientes submetidas a mamoplastia com próteses mamárias no período estudado, 76 foram

submetidas a mamoplastia de aumento primária (67,86%) e 36 pacientes submetidas a mastopexia com prótese (32,14%). Das pacientes submetidas a mamoplastia de aumento primária, 12 (15,79%) apresentaram alguma comorbidade, sendo que, no grupo de pacientes que realizou mastopexia com prótese, foram 7 pacientes (19,44%) com comorbidades. O IMC médio pré-operatório nas pacientes submetidas a mamoplastia de aumento e mastopexia com prótese foi similar,  $22,23\text{kg/m}^2$  e  $22,21\text{kg/m}^2$ , respectivamente. O tamanho médio da base mamária foi de 12,49cm nas pacientes que realizaram mamoplastia de aumento e 12,66cm nas pacientes de mastopexia com prótese. As Figuras 1 e 2 mostram fotos do pré e pós-operatório de uma paciente submetida a mastopexia com prótese e as Figuras 3 e 4 mostram fotos pré e pós-operatória de



Figura 1. Pré-operatório de paciente submetida a mastopexia com prótese.



Figura 2. Pós-operatório de paciente submetida a mastopexia com prótese.

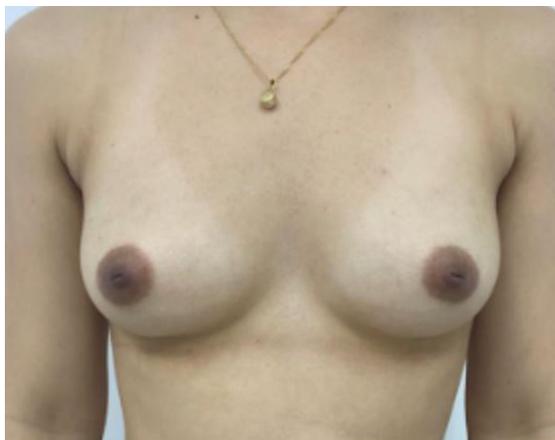


Figura 3. Pré-operatório de paciente submetida a mamoplastia de aumento primária subfascial.



Figura 4. Pós-operatório de paciente submetida a mamoplastia de aumento primária subfascial.

uma paciente submetida a mamoplastia de aumento primária subfascial.

As técnicas cirúrgicas empregadas na mastoplastia de aumento e na mastopexia com prótese podem ser observadas nos Gráficos 1 e 2. Todas as pacientes receberam alta no primeiro dia pós-operatório.

Foi observado que a idade média das pacientes foi maior na mastopexia com prótese em comparação com as pacientes submetidas a mamoplastia de aumento primária ( $p < 0,001$ ). Em contrapartida, o volume mamário escolhido foi maior nas pacientes submetidas a mamoplastia de aumento em comparação com a mastopexia com próteses ( $p = 0,002$ ), conforme observado na Tabela 1. Não houve diferenças na presença de comorbidades de pacientes submetidas a esses procedimentos cirúrgicos. Também não houve diferenças na escolha do plano de colocação da prótese em relação aos dois grupos ( $p = 0,78$ ).

As complicações mais comuns em ambos os grupos incluem deiscência de ferida operatória, mais comum após a mastopexia com próteses, conforme

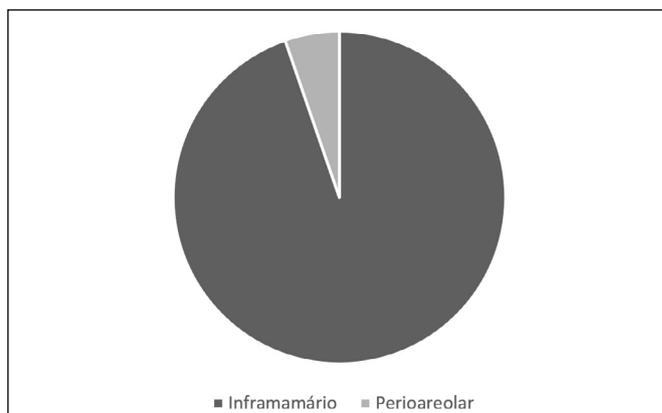


Gráfico 1. Plano de acesso para colocação de mamoplastia de aumento.

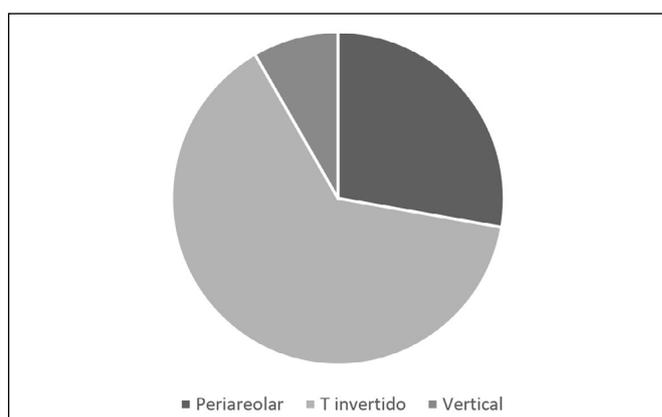


Gráfico 2. Plano de acesso para colocação dos implantes na mastopexia com prótese.

Tabela 1. Comparação do perfil de pacientes submetidos a mamoplastia de aumento e a mastopexia com próteses.

		Mamoplastia de aumento	Mastopexia com próteses	p
Idade (anos)	Média	28,3	34,3	< 0,001
	DP	7,7	7,4	
Volume (ml)	Média	329,1	304,2	0,002
	DP	40,4	38,2	

DP: desvio padrão.

observado na Tabela 2. A Figura 5 ilustra um caso de deiscência de ferida operatória em paciente submetida a mastopexia com implantes mamários. De forma geral, houve maior incidência de complicações pós-operatórias em pacientes submetidas a mastopexia em comparação com o grupo de pacientes submetidas apenas a mamoplastia de aumento ( $p = 0,01$ ).

As pacientes submetidas a mastopexia apresentaram maior idade média em comparação com as pacientes submetidas a mastoplastia de aumento ( $p < 0,001$ ) e apresentaram volumes menores de implantes mamários ( $p = 0,002$ ). Não houve relação

**Tabela 2.** Incidência de complicações pós-operatórias em pacientes submetidas a mamoplastia de aumento e a mastopexia com próteses ( $p=0,01$ ).

Complicações (em valor absoluto e relativo)	Mamoplastia de aumento	Mastopexia com prótese	
Deiscência de ferida operatória	5	8	13
%	6,6	22,2	11,6
Hematoma		1	1
%	0,0	2,8	0,9
Infecção de ferida operatória		1	1
%	0,0	2,8	0,9
Nenhuma	71	25	96
%	93,4	69,4	85,7
TEP		1	1
%	0,0	2,8	0,9
TOTAL (número absoluto)	76	36	112
TOTAL (%)	100,0	100,0	100,0

A primeira linha de cada uma das complicações representa o número absoluto de casos e na segunda linha o valor relativo (em %).

**Figura 5.** Deiscência de ferida operatória em paciente submetida a mastopexia com implantes mamários.

entre o maior volume mamário escolhido e menor incidência de complicações. Pelo contrário, houve relação significativamente estatística entre menores volumes mamários e a incidência de complicações pós-operatórias, conforme representa a Tabela 3.

O maior tempo cirúrgico não apresentou relação com maior incidência de complicações pós-operatórias na mastoplastia de aumento ( $p=0,97$ ) ou na mastopexia com próteses mamárias ( $p=0,26$ ). De forma geral, houve maior incidência de complicações gerais pós-operatórias na mastopexia com próteses em comparação com a mamoplastia de aumento ( $p=0,001$ ). A idade foi uma

**Tabela 3.** Principais complicações pós-operatórias precoces, tardias e gerais e relação com o volume mamário dos implantes.

Complicações pós-operatórias	Não	Sim	<i>p</i>
<b>Precoces</b>	324,4	300,9	0,03
	41,7	32,1	
<b>Tardias</b>	324,2	296,9	0,02
	40,0	44,1	
<b>Gerais</b>	327,7	301,3	0,003
	40,8	36,1	

variável que não apresentou relação com a incidência de complicações pós-operatórias precoces ( $p=0,18$ ) ou tardias ( $p=0,98$ ) em nenhuma das cirurgias.

Foi observada maior incidência de complicações pós-operatórias precoces em pacientes que apresentavam pelo menos alguma comorbidade no pré-operatório. Naqueles sem comorbidades, o percentual de complicações precoces é de 8,7%, já para quem tem alguma comorbidade, esse percentual aumenta para 40,0% ( $p<0,0001$ ). Em contrapartida, não foi observada essa relação nas complicações pós-operatórias tardias ( $p=0,8$ ).

Das 76 pacientes submetidas a mamoplastia de aumento, 12 (15,8%) apresentaram alguma complicação pós-operatória e todas elas tiveram colocação das próteses no plano subfascial ( $p<0,0001$ ). Já em relação às 36 pacientes submetidas a mastopexia com próteses, o plano subfascial também foi o que apresentou maior incidência de complicações (30,5%), seguido pelo plano subglandular ( $p=0,003$ ), sendo que não houve complicações na colocação no *dual plane* ( $p=0,003$ ).

## DISCUSSÃO

A combinação de mamoplastia de aumento com mastopexia está ganhando popularidade por duas principais razões: (1) os limites da colocação subglandular ou submuscular, individualmente, para corrigir adequadamente a flacidez da pele e (2) uma pexia cirúrgica pode abordar apenas a ptose através do reposicionamento superior dos tecidos pré-existent e não é suficiente para devolver à mama a firmeza, a forma e a firmeza da pele, volume (especialmente a plenitude do polo superior) de uma mama jovem<sup>7</sup>.

A vantagem mais óbvia de um procedimento de aumento de mama e mastopexia em um estágio é que ele evita uma segunda operação, economizando dinheiro e reduzindo os riscos relacionados a uma operação adicional. O objetivo da mastopexia de aumento em estágio único é converter mamas assimétricas ptóticas desinfladas em mamas simétricas cônicas jovens, usando uma técnica confiável que aumenta o volume enquanto restaura a posição do mamilo<sup>8</sup>.

No que diz respeito ao perfil de pacientes submetidos a mamoplastia de aumento, foram estudados 505 questionários respondidos por cirurgiões plásticos brasileiros e observado que as práticas mais comuns incluíram o uso de implantes redondos de microtextura e silicone revestido com poliuretano no procedimento primário, *pocket* subglandular, incisões inframamárias, dimensionamento pré-operatório com amostras de implante redondas, antibióticos intravenosos e orais, irrigação com duplo antibiótico, implante faixa de tamanho geralmente menos 325ml e sem drenagem<sup>9</sup>. De forma semelhante, no presente estudo, a maioria das pacientes recebeu implantes mamários redondos e apresentou incisão inframamária, com volume médio dos implantes de 340ml.

Além do perfil das pacientes, é imperativo o estudo dos resultados pós-operatórios. Foi observado que o grau de satisfação das pacientes submetidas a mastopexia com inserção foi excelente e houve impacto favorável na qualidade de vida e bem-estar das pacientes avaliadas, sendo que o resultado pós-cirúrgico se enquadra como regular ou bom<sup>4</sup>. Apesar dos implantes redondos serem os mais utilizados na cirurgia estética, foi observada superioridade estética no grupo de implantes anatômicos em relação à aparência geral (diferença média padronizada, 0,06; 95% CI, -0,40 a 0,53), naturalidade (diferença média padronizada, 0,18; 95% CI, -1,51 a 1,15), projeção, contorno do polo superior e contorno do polo inferior<sup>10</sup>.

Um estudo realizado com um total de 1.406 pacientes, sendo 1298 submetidas a mamoplastia de aumento e 108 a mastopexia com próteses<sup>1</sup> evidenciou uma média de idade de 29,6 anos e

32,2 anos, respectivamente ( $p=0,006$ ). O tamanho médio dos implantes foi de 340ml e 308ml ( $p=0,001$ ), respectivamente. A infecção da ferida operatória foi observada em 0,6% na mamoplastia de aumento e 3,7% na mastopexia com próteses. A deiscência da ferida operatória foi menor na mamoplastia de aumento (1,1%) em comparação com 6,5% nas pacientes submetidas a mastopexia com próteses ( $p=0,001$ ).

No presente estudo, o resultado com relação à média de idades foi semelhante, sendo 28,3 anos no grupo de mamoplastia de aumento, e 34,3 anos nas pacientes submetidas a mastopexia com próteses ( $p<0,001$ ). O volume médio dos implantes também foi menor no presente estudo: no grupo de mastopexia com próteses (304,2ml) em comparação com as pacientes que receberam a mamoplastia de aumento (329,1ml), com diferenças estatisticamente significativas ( $p=0,002$ ).

No que tange à incidência de complicações, não houve casos de infecção de ferida operatória na mamoplastia de aumento, com presença de um caso de no grupo de mastopexia com próteses. Houve 8 casos de deiscência de ferida operatória (22,22%) no grupo de mastopexia com próteses e 5 casos (6,6%) no caso das pacientes submetidas a mastopexia de aumento.

Os resultados confirmam que, quando a mastopexia de aumento é realizada como um único procedimento, apresenta maior índice de complicações quando comparada com a mamoplastia de aumento realizada individualmente<sup>1</sup>. No entanto, o maior número de complicações precoces visto no procedimento de combinação é a adição dos dois procedimentos distintamente individuais e não um aumento exponencial. Não havia casos de trombose venosa profunda, embolia pulmonar ou morte no estudo citado nem no presente trabalho. A técnica de colocação de implantes mamários de silicone em plano subfascial, seguida de ampla dissecação anterior da fáscia do músculo peitoral maior separando-a totalmente do restante do parênquima mamário, foi efetiva no tratamento de pacientes com ptose mamária<sup>11</sup>.

Outro estudo publicado com 332 casos<sup>2</sup> evidenciou que, na mastopexia com próteses, a taxa de complicações foi de 22,9% (para casos primários 20,4%; para casos secundários 28,9%). A taxa de complicações relacionadas a implantes foi de 7,8%. O número de casos de complicações precoces no presente estudo foi de 30,55%, porém de complicações tardias foi de 16,66%, obtendo-se uma média semelhante a taxa de complicações gerais ao estudo já publicado.

Em trabalho brasileiro com 64 pacientes submetidas a mastopexia com implantes, foi observado que as principais complicações foram: 3 casos (4,6%) de flacidez residual de pele no seguimento de 8 meses; dois casos (3,1%) de cicatrizes inestéticas; um caso (1,5%) de

necrose parcial de aréola<sup>11</sup>. Não houve nenhum caso de infecção ou seroma. Em nosso estudo, houve um caso de infecção e nenhum caso de necrose de aréola. Para evitar o afundamento, a deiscência da ferida e, por fim, para o posicionamento adequado do implante, é essencial fornecer cobertura e suporte adequados do polo inferior da mama<sup>12</sup>. A análise pré-operatória correta e a escolha da melhor técnica na mastopexia de aumento são determinantes para bons resultados, não existindo uma técnica universal para tratamento de todos os tipos de mamas<sup>13</sup>.

## CONCLUSÃO

A descoberta mais interessante deste estudo foi que não apenas na mastopexia com próteses, mas também na mamoplastia de aumento, igualmente considerada de baixo risco, cirurgia eletiva em indivíduos saudáveis, alguns fatores podem ser identificados que estavam associados a um risco aumentado de complicações. A principal diferença entre ambos os grupos é a idade, sendo que a mamoplastia de aumento é realizada principalmente em pacientes mais jovens. A principal complicação de ambas as cirurgias é a deiscência de ferida operatória, e o controle das comorbidades e do índice de massa corporal pode reduzir o risco de complicações.

## COLABORAÇÕES

- OTD** Conceitualização, Concepção e desenho do estudo, Investigação, Metodologia, Redação - Preparação do original, Software, Validação.
- RFRM** Análise e/ou interpretação dos dados, Análise estatística, Conceitualização, Redação - Revisão e Edição.
- AAPN** Gerenciamento do Projeto, Redação - Revisão e Edição, Supervisão.

## REFERÊNCIAS

1. Khan UD. Augmentation mastopexy and augmentation mammoplasty: an analysis of 1,406 consecutive cases. *Plast Aesthet Res.* 2016;3:26-30. DOI: 10.20517/2347-9264.2015.67
2. Calobrace MB, Herdt DR, Cothron KJ. Simultaneous augmentation/mastopexy: a retrospective 5-year review of 332 consecutive cases. *Plast Reconstr Surg.* 2013;131(1):145-56. DOI: 10.1097/PRS.0b013e318272bf86
3. Sarosiek K, Patrick Maxwell G, Unger JG. Getting the most out of augmentation- mastopexy. *Plast Reconstr Surg.* 2018;142(5):742e-59e. DOI: 10.1097/PRS.0000000000004961
4. Pascoal GFM, Abel JI, Scozzafave G. Surgical treatment for breast ptosis with silicone prosthesis: evaluation of surgical results and patient satisfaction. *Rev Bras Cir Plást.* 2020;35(3):276-82. DOI: 10.5935/2177-1235.2020rbc0050
5. Pferdehirt R, Nahabedian MY. Finesse in Mastopexy and Augmentation Mastopexy. *Plast Reconstr Surg.* 2021;148(3):451e-61e. DOI: 10.1097/PRS.0000000000008303
6. Neves LIVA. Reoperações após mamoplastias redutoras e mastopexias associadas a implantes de silicone. *Rev Bras Cir Plást.* 2019;34(Suppl. 2):79-82.
7. Castello MF, Silvestri A, Nicoli F, Dashti T, Han S, Grasseti L, et al. Augmentation mammoplasty/mastopexy: lessons learned from 107 aesthetic cases. *Aesthetic Plast Surg.* 2014;38(5):896-907. DOI: 10.1007/s00266-014-0388-1
8. Xue AS, Dayan E, Rohrich RJ. Achieving Predictability in Augmentation Mastopexy: An Update. *Plast Reconstr Surg Glob Open.* 2020;8(9):e2784. DOI: 10.1097/GOX.0000000000002784
9. Charles-de-Sá L, Gontijo-de-Amorim NF, Albelaez JP, Leal PR. Profile of breast augmentation surgery in Brazil. *Rev Bras Cir Plást.* 2019;34(2):174-86. DOI: 10.5935/2177-1235.2019rbc0132
10. Cheng F, Cen Y, Liu C, Liu R, Pan C, Dai S. Round versus Anatomical Implants in Primary Cosmetic Breast Augmentation: A Meta-Analysis and Systematic Review. *Plast Reconstr Surg.* 2019;143(3):711-21. DOI: 10.1097/PRS.0000000000005371
11. Graça L. Treatment of breast ptosis by placing subfascial silicone implants followed by inverted "T" mastopexy. *Rev Bras Cir Plást.* 2020;35(3):269-75. DOI: 10.5935/2177-1235.2020rbc0049
12. Mansur AEC, Graf RM, Fadul R Jr, Balbinot P, Nasser IG, de Paula DR, et al. Simultaneous Augmentation Mastopexy: An Innovative Anatomical Approach-The Fascioglandular Flap for Improved Lower Pole Support. *Aesthetic Plast Surg.* 2020;44(5):1414-20. DOI: 10.1007/s00266-020-01702-5
13. Procópio LD, Silva DDP, Rosique R. Submuscular implant in double pocket for augmentation mastopexy. *Rev Bras Cir Plást.* 2019;34(2):187-95. DOI: 10.5935/2177-1235.2019rbc0133

\*Autor correspondente: **Oona Tomiê Daronch**  
 Rua Prof. Dr. Mauro Rodrigues de Oliveira S/N, Botucatu, SP, Brasil  
 CEP: 18618-688  
 E-mail: oona.daronch@yahoo.com.br