



EDUARDO CABRAL

cirurgia plástica

CRM/MG-25684

**Membro Titular da Sociedade Brasileira de Cirurgia Plástica**

---

---

## **MASTOPEXIA COM PRÓTESE (ELEVAÇÃO E AUMENTO DE MAMAS)**

Mastopexia é a cirurgia de elevação em mamas. Mastopexia com prótese é a elevação mais aumento de mamas.

A inclusão de prótese é a cirurgia plástica mais realizada no Brasil e nos Estados Unidos desde 2006. É também o procedimento que apresenta maior índice de satisfação pela paciente, pois torna o seu resultado imediato bem próximo do resultado definido.

A busca por mamas maiores ultrapassa muito o aspecto físico. Há relatos de baixa auto estima com distúrbios no convívio social e, até mesmo, uma insegurança na relação sexual com o parceiro.

O tipo de prótese, seu tamanho, a via de acesso (localização da futura cicatriz), o espaço onde será colocada, tudo depende das características físicas próprias intrínsecas e individuais de cada paciente.

A procura por um resultado cada vez mais natural tem modificado os detalhes técnicos da cirurgia. A preocupação com equilíbrio entre os diversos parâmetros corporais (peso, altura, diâmetro torácico e de quadril, distâncias entre ombros, grau de envelhecimento cutâneo, espessura do tecido e nível de queda mamária) interferem cada vez mais na escolha da técnica de inclusão da prótese.

Não existe uma técnica ideal. O que existe é uma melhor técnica para o seu caso.

Este informativo vem esclarecer algumas dúvidas que porventura persistam após a consulta inicial.

### **INDICAÇÕES**

Esta cirurgia está indicada nos casos de pacientes que apresentam um certo grau de queda e uma perda de volume, principalemnete no pólo superior da mama.

A queda da mama ocorre decorrente de uma perda de elasticidade da pele e/ou perda do tecido glandular ou de sustentação. Pode estar presente nas diversas fases da vida.

Em adultas jovens, este fenômeno de queda mamária pode ocorrer precocemente, logo após a puberdade, quando, após uma explosão hormonal, percebe-se um aumento súbito da glândula, com aumento do “peso”, distensão da pele e surgimento de estrias.

No período pós a gestacional, a queda mamária ocorre como consequência da substituição do tecido glandular (com boa sustentação) por um tecido gorduroso (com má sustentação).

Na pós menopausa, a queda mamária se acentua pois as glândulas atrofiam-se completamente e o tecido gorduroso regride progressivamente, juntamente com a perda de elasticidade.



EDUARDO CABRAL  
cirurgia plástica

## QUANDO OPERAR

As mastopexias com ou sem prótese podem ser realizadas a partir do completo desenvolvimento das mamas.

A literatura aponta o completo desenvolvimento das mamas em torno de 4 anos após o primeiro dia da menstruação. Sendo assim, a partir dos 14 a 15 anos já é possível operar as adolescentes com desenvolvimento completo das mamas, atendendo suas necessidades estéticas. Entretanto, habitualmente aguardamos a maioridade como momento ideal para se incluir uma prótese de mama. Ao considerarmos o período de lactação, recomendamos aguardar pelo menos 6 meses após a sua interrupção para se programar a cirurgia.

## MASTOPEXIA COM PRÓTESE X MASTOPEXIA SEM PRÓTESE: QUAL ESCOLHER?

A mastopexia com prótese pode não ser a primeira escolha numa primeira avaliação. O que vai definir o uso ou não de uma prótese de mama é o grau de expectativa da paciente quanto ao volume e quanto a manutenção do resultado.

A mastopexia sem prótese é um excelente procedimento quando a paciente teme a inclusão de um corpo estranho dentro da mama. Na maioria das vezes é uma mulher que apresenta alguma quantidade de tecido glandular e adiposo e relatam um incômodo maior com a queda do que propriamente com o volume. Nestes casos o tecidos internos são “aproveitados” no preenchimento superior da mama e conferem um aspecto bastante natural.

A mastopexia com prótese é o procedimento de escolha quando a paciente deseja aumentar o volume além de elevar as mamas. Nestes casos, não há uma quantidade de tecido suficiente para preencher o pólo superior da mama. Esta escassez de tecido, muitas vezes, leva a inclusão da prótese mamária abaixo do músculo; desta forma também conferem um aspecto bastante natural.

Um método não é melhor do que outro. Sempre que possível, a utilização de tecidos próprios do organismo é desejável. No entanto, em termos de manutenção do resultado, a inclusão da prótese confere um aspecto mais duradouro que uma mastopexia simples.

Tudo será ponderado durante a sua consulta.

## AS PRÓTESES MAMÁRIAS

O material empregado na fabricação das próteses mamárias é um tipo de polímero sintético, comprovadamente biocompatível, conhecido como SILICONE. Este produto faz parte da composição do preenchimento da prótese, podendo conter uma cobertura LISA, TEXTURIZADA OU POLIURETANO. O conteúdo da prótese é composto por silicone (atualmente de forma gelatinosa e coesiva), soro fisiológico ou mesmo a associação dos dois (parte gel de silicone, parte soro fisiológico).

Cada um destes produtos tem suas particularidades, mas, hoje em dia, o mais usado é o gel de silicone. Devido esta característica de gel coesivo, caso haja alguma ruptura traumática da prótese, este conteúdo não dispersa e nem impregna os tecidos.

**Também é muito importante a afirmação de que o silicone não foi associado a doenças degenerativas articulares ou ao câncer de mama nestes estudos.**



EDUARDO CABRAL  
cirurgia plástica

Antigamente aceitava-se a idéia de que próteses de silicone incluídas na frente do músculo poderiam mascarar possíveis nódulos a mamografia.

Com a evolução dos métodos de imagem (ultrassonografia de última geração, mamografia digital e ressonância nuclear magnética específica), cada vez mais aceita-se o plano a frente do músculo como um espaço aceitável sem prejuízo na propedêutica da mama.

## **FUNÇÕES DAS MAMAS**

O aumento das mamas preserva todas as suas funções. Lactação e sensibilidade são mantidas desde que estas condições já existam antes da cirurgia. Logo após a operação pode haver uma diminuição da sensibilidade que aos poucos irá retornando ao normal.

## **SIMETRIA E ASSIMETRIA**

É extremamente importante ressaltar que as assimetrias mamárias são muito freqüentes, podendo ser decorrentes do formato assimétrico das mamas ou do tórax (em geral alterações congênitas). Assim, podemos dizer que a simetria das mamas nem sempre pode ser alcançada pela cirurgia, apesar de termos este objetivo. Se a própria natureza não as deixou idênticas, pode-se imaginar que este objetivo não é tão simples de ser alcançado.

## **A ESCOLHA DO TAMANHO**

Na primeira consulta, a cliente avalia, juntamente com o cirurgião, os diversos volumes de próteses mamárias, adequando seu desejo às possibilidades técnicas e ao conjunto estético corporal. Serão apresentadas à cliente as próteses mamárias similares às que serão usadas. Consideramos que a opinião do cirurgião é extremamente importante na determinação do tamanho das próteses pela sua vivência mas, avaliando todos estes aspectos, a escolha deve levar também em consideração o desejo da paciente.

## **AS CICATRIZES**

As cicatrizes da Mastopexia com prótese dependerão do tipo e formato das mamas e do que se deseja com a cirurgia. Desta forma as incisões podem ser:

- 1) Incisão peri areolar completa: indicada quando existe uma queda discreta da aréola e pretende-se elevá-la ao mesmo tempo em que se projeta a mama. É melhor indicada quando a aréola está distante do ponto ideal de projeção até 2,0cm. Diâmetro areolar inferior há quatro centímetros dificulta a inclusão da prótese.
- 2) Incisão peri areolar e vertical em “T”: indicada quando a queda da aréola é superior a 2 centímetros do ponto ideal de projeção. Nestes casos, a subida da aréola produz uma cicatriz vertical inferior que pode ser maior (muita sobra de pele) ou menor (pouca sobra de pele). Na maioria das vezes, esta cicatriz termina ao nível do sulco e não prolonga-se para os lados.
- 3) Incisão peri areolar e em “L”: indicada quando a queda da aréola é superior a 2 centímetros do ponto ideal de projeção, mas a “sobra” de pele inferior é maior na



EDUARDO CABRAL  
cirurgia plástica

lateral das mamas. O prolongamento lateral da cicatriz horizontal raramente ultrapassa a linha axilar anterior.

4) Incisão peri areolar e em mini “T”: indicada quando a queda da aréola é também superior a 2 centímetros do ponto ideal de projeção e a “sobra” de pele inferior é grande tanto na porção central quanto lateral.

Independente do tipo de via de acesso escolhido, o comportamento de cada cicatriz é IMPREVISÍVEL. Isto porque cada organismo reage de uma forma diferente, mesmo se já possui um histórico de “boa cicatrização”. Portanto, alterações como quelóides, hipertrofia, alargamento, depressão, retração, escurecimento, clareamento, etc., podem ocorrer, independente de já conter uma cicatriz “boa”. Este comportamento imprevisível cicatricial se deve, na maioria das vezes, a fatores relacionados com a predisposição genética do indivíduo.

Costuma-se dizer que “as mamas terão as cicatrizes que merecem” em função das suas condições antes da cirurgia. Cada técnica tem sua indicação apropriada e pode estar certa de que para alcançar forma e tamanho desejados lhe será indicada a técnica que deixará as melhores e menores cicatrizes possíveis para o seu caso específico.

## ESPAÇOS DE INCLUSÃO DAS PRÓTESES

1) Retro glandular: a frente do músculo, posiciona-se a prótese em contato íntimo com o plano posterior das glândulas e estroma mamário.

2) Retro muscular: atrás do músculo peitoral maior e a frente do peitora menor. A prótese fica parcialmente recoberta pelo músculo uma vez que a sua porção lateral inferior fica desprotegida, ou seja, apenas 2/3 dela fica abaixo do peitoral maior.

3) Sub facial: atrás da glândula mas sustentada por uma fina membrana que recobre o músculo peitoral maior.

4) Duplo espaço: confecciona-se uma espécie de “bolso” no músculo, deixando a parte inferior da prótese abaixo do peitoral e a parte superior a frente desta mesma estrutura.

A indicação de um plano de inclusão em detrimento a outro deve ser feita analisando-se aspectos físicos, histórico familiar de câncer de mama e tamanho da prótese.

Determinados parâmetros anatômicos do paciente como: quantidade de tecido mamário existente para “cobertura” da prótese, qualidade ou tipo de pele (elástica, moderadamente elástica, pouco elástica, sem nenhuma elasticidade), grau de queda das mamas e das aréolas, entre outros, interferem na escolha do plano de inclusão.

A história de câncer de mama na família “pede” uma inclusão de prótese retromuscular, limitando-se ao máximo o contato com a glândula ou estroma mamário.

Próteses mamárias muito grandes devem ser incluídas atrás do músculo uma vez que o “peso” dos implantes não deve ser sustentado apenas pela pele.

## AVALIAÇÃO PRÉ-OPERATÓRIA

Na primeira consulta serão questionados todos os dados sobre a sua saúde como doenças prévias ou em tratamento, uso de medicamentos, tabagismo, alergias medicamentosas, alimentares, cirurgias prévias, história familiar para câncer de mama, exames já realizados nas mamas, etc.



EDUARDO CABRAL  
cirurgia plástica

Casos de câncer de mama na família combinados com alterações mamográficas de alto risco devem ser informados e se tornam uma contra indicação para esta cirurgia. Além dos exames de rotina habituais é solicitado um exame ultrassonográfico ou mamográfico para registro e análise do tecido mamário, se mais glandular ou mais gorduroso. Também uma avaliação clínico-cardiológica (risco cirúrgico) será recomendada.

## RECOMENDAÇÕES PRÉ-OPERATÓRIAS

Basicamente as mesmas de qualquer cirurgia. Não usar, por 10 dias antes, medicamentos à base de AAS (Melhoral, Aspirina, Doril, Coristina, Superist, Sonrisal, Sal de Frutas, Buferin, etc.), Ginko Biloba, corticóides de uso prolongado, medicamentos para emagrecer, anti depressivos, anti concepçionais orais, entre outros. Abstinência do fumo por 30 dias antes da operação; O jejum será de acordo com a recomendação médica (10 horas antes da cirurgia). Comunicar ao médico qualquer anormalidade ou uso recente de medicamentos, alergias medicamentosas ou alimentares e alguma outra recomendação que venha a ser pertinente.

Acordar de jejum no dia da cirurgia, tomar banho completo e chegar ao Hospital 1 hora antes da cirurgia com acompanhante levando consigo todos os exames, risco cirúrgico, Termo de Autorização para cirurgia e Declaração de Recebimento dos termos. Levar o seu KIT da cirurgia proposta (soutieins cirúrgicos).

## A CIRURGIA

A anestesia pode ser a local com sedação, bloqueio intercostal, peridural com sedação (mais frequente) e anestesia geral. A decisão do tipo de anestesia leva em consideração o desejo do paciente, experiência do cirurgião e avaliação do anestesista. No caso de se decidir pela anestesia peridural, a paciente é sedada previamente afim de não sentir o incômodo da introdução da agulha nas costas.

A duração da cirurgia é entre 2 e 4 horas. Inclusão de prótese retroglandular pelo sulco sub mamário é mais rápida. Inclusão de prótese retromuscular pela aréola é mais demorada. Entre os extremos, estão a maioria dos casos.

Na realidade o tempo total de permanência no bloco cirúrgico é maior que o tempo real da cirurgia pois o preparo e a recuperação pós-operatória contribuem para este aumento.

A cirurgia é dividida em 6 fases distintas. A primeira fase é a confecção do espaço onde ficará a prótese. A segunda fase é a confecção dos retalhos de preenchimento e cobertura da prótese, e a subida da aréola. A quarta fase é a retirada do excedente cutâneo. A quinta fase é a coagulação de vasos sangrantes. A sexta fase é o fechamento da pele

O curativo é realizado de forma a ajudar na modelagem das mamas. Seguindo os princípios de compressão e contensão, o soutiein cirúrgico é ajustado ao tamanho e formato da nova mama.

Toda e qualquer anormalidade encontrada durante a cirurgia como cistos ou nódulos serão encaminhados para exame específico.

A alta hospitalar, na grande maioria dos casos, é no mesmo dia da cirurgia. Tudo vai depender das condições clínicas do paciente como ausência de dor, alimentação normal, sem vômitos, com hábito urinário fisiológico e caminhando sem apoio.



EDUARDO CABRAL  
cirurgia plástica

Aguarda-se um período de mais ou menos 6 horas do procedimento para se liberar o paciente, período no qual podem surgir as primeiras complicações.

## **ORIENTAÇÕES PÓS-OPERATÓRIAS**

### 1) Controle da dor

O pós-operatório da mastopexia com prótese de aumento apresenta um quadro de dor variável de paciente para paciente. Para as inclusões de prótese retro glandular, a dor é leve e, na maioria das vezes, controlada com analgésicos fracos (Dipirona). Para inclusões de prótese retro muscular, a dor é maior devido o descolamento e distensão muscular. Nestes casos utilizamos analgésicos mais fortes (Codeína + Paracetamol). Na grande maioria das vezes é suficiente. Independente da técnica empregada, a dor tende a melhorar muito após o terceiro dia de pós-operatório.

### 2) Postura:

Na postura deitada de barriga para cima (decúbito dorsal), deve-se apoiar com três travesseiros a região posterior das costas, deixando a cabeceira elevada a 30 graus. **NÃO DEITAR DE BARRIGA PARA BAIXO POR 30 DIAS.** Se for deitar de lado, não apoiar a lateral das mamas no colchão. Na postura em pé andando, evitar caminhadas longas, de preferência ir e voltar a algum lugar não muito distante. Caminhadas longas e esteira após 30 dias.

### 3) Curativos:

Independente do tipo de cirurgia o banho deve ser tomado no dia seguinte. Pode molhar as cicatrizes e utilizar um sabonete antisséptico ( não utilizá-lo no restante do corpo). O curativo com as gazinhas deverá ser retirado e o micropore de papel deve cobrir diretamente a cicatriz, devendo ser trocado de 2/2 dias. Lembrar de massagear as cicatrizes toda vez em que houver esta troca, utilizando creme cicatrizante próprio.

### 4) Uso do soutiein:

O soutiein modelador deve ser utilizado continuamente por 30 dias, só sendo retirado durante o banho. Nos 30 dias seguintes, o soutiein deve ser utilizado somente no período noturno.

### 5) Retornos e retirada de Pontos:

Os retornos para a retirada de pontos e avaliação pós-operatória são feitos de acordo com a evolução pós cirúrgica. Retornos adicionais serão comunicados pelo cirurgião e devem ser seguidos para uma completa recuperação e avaliação dos resultados. Numa evolução normal os pontos são retirados entre 15 e 21 dias.

### 6) Massagem nas mamas:

A massagem nas mamas deve ser realizada pela própria paciente, utilizando-se as duas mãos. Idealmente produz-se uma compressão leve e contínua, tentando movimentar um pouco a prótese dentro da mama. Mais tarde, esta massagem deve ser mais vigorosa, deslocando-se a prótese para todos os quadrantes da mama. Tempo de duração de cada massagem: 5 minutos em cada mama. Quantidade de vezes por dia: 4 vezes. Durante quanto tempo: para o resto da vida.



EDUARDO CABRAL  
cirurgia plástica

Função da massagem: dificultar aparecimento da contratura capsular e diagnosticar precocemente alterações na consistência da mama.

Outras orientações:

- Não dirigir por um período mínimo de 3 semanas;
- Não carregar peso por no mínimo 2 meses;
- Não praticar qualquer atividade esportiva que possibilite queda no período de 60 dias;
- Não elevar os braços ao nível ou acima dos ombros; cuidado para pentear e lavar os cabelos, pendurar roupas, etc.
- Evitar movimentos amplos com os braços por 30 dias;
- Exposição ao sol com o filtro solar FPS 30 (mínimo) somente após 30 dias.
- Vida sexual, com moderação estará liberada após quatro semanas de cirurgia;
- Pode trabalhar no computador, digitar, ler livros, escrever, etc., três dias após a cirurgia.

## INTERCORRÊNCIAS

As intercorrências são situações que surgem no período pós-operatório e não interferem no resultado. São exemplos: equimoses (manchas roxas na pele), edema (inchaço), pequenos hematomas que podem drenar espontaneamente ou necessitar drenagem cirúrgica, eliminação de pontos internos (por volta de 3 semanas), deiscência de pontos (abertura do corte), alterações transitórias da sensibilidade etc.

A formação de uma cápsula fibrosa (**contratura capsular**) envolvendo as próteses é uma intercorrência indesejável que pode ocorrer. Com o advento das próteses mais modernas e de melhor qualidade, tal incidência caiu de 30% para cerca de 2% a 4%. O nosso organismo reage de maneira a expulsar qualquer material estranho nele introduzido. Não podendo fazê-lo com as próteses, o corpo cria uma cápsula fibrosa, para isolá-las completamente do seu contato. Assim, todas as próteses são recobertas por uma cápsula de diferentes espessuras, que começa a se desenvolver após algumas semanas da cirurgia. O grau de encapsulamento é variável, podendo ir de imperceptível (não necessitando de tratamento cirúrgico) até o comprometimento das mamas com dor e deformidade. Neste extremo, o tratamento é cirúrgico com substituição ou mesmo retirada das próteses.

Outras intercorrências mais complexas, que felizmente são raras: infecção, grande deiscência (abertura) de pontos, necrose (morte) parcial ou total da pele das aréolas, grandes hematomas que precisam ser drenados e as intercorrências pertinentes a qualquer procedimento cirúrgico e também a extrusão da prótese de silicone, que é o aparecimento da mesma pela incisão (corte), que leva a cirurgia para retirada da prótese. Pode ocorrer também comprometimento do aleitamento materno no pós-operatório. A literatura descreve uma redução de no máximo 30% da capacidade de formação de leite, para as inclusões de prótese por via peri areolar e 0% para as demais vias. Nestas eventualidades é fundamental manter a calma e conversar profundamente com seu médico que cuidará atentamente do seu caso. A paciente não deve transmitir a existência destas intercorrências a seus amigos e familiares. Eles poderão deixá-la insegura, nada podendo fazer efetivamente para ajudá-la.

Isto gera angústia dúvidas e insegurança. Continuar confiando no seu médico ainda é o melhor caminho e ele saberá como lhe ajudar.



EDUARDO CABRAL  
cirurgia plástica

As intercorrências podem interferir no resultado final em maior ou menor grau independente da técnica cirúrgica e da condução do tratamento das mesmas pelo cirurgião (por ex.: deiscência de sutura dando cicatriz ruim no futuro).

Habitualmente adotamos somente o ambiente Hospitalar para realização destes procedimentos; a maioria deles disponibiliza o CTI para suporte, conferindo maior segurança e conforto a pacientes e familiares.

## **EVOLUÇÃO EM LONGO PRAZO**

A mastopexia de aumento não é uma cirurgia para o resto da vida. A qualidade dos resultados sofre alterações contínuas ao longo dos anos. Alguns fatores como idade, variação do peso corporal, qualidade e textura da pele, influências hormonais, gravidez, lactação, substituição adiposa das glândulas mamárias, etc, interferem de forma incisiva nas mamas, independentemente de terem ou não sido operadas.

Existe ainda a possibilidade da troca das próteses por outras de maior ou menor volume de acordo com a vontade da cliente ou a necessidade de adequação às novas condições das mamas. Assim, nova cirurgia poderá ser indicada quando, com o passar do tempo, estas alterações se apresentarem, alterando o formato e/ou volume mamários. As próteses ficam posicionadas como na cirurgia do implante, porém, os tecidos mamários que a elas se sobrepõem sofrem a ação dos diversos fatores acima relacionados, podendo necessitar de remodelação posterior (correção de algum grau de ptose - queda).

## **TROCA DAS PRÓTESES**

A troca das próteses mamárias, hoje em dia, somente é recomendada nos casos de ruptura, deformidades morfológicas, encapsulamento severo, infecção ou desenvolvimento de doenças mamárias incompatíveis com a permanência deste corpo estranho no organismo. O controle mamográfico e cirúrgico rigorosos irá detectar estas alterações, indicando a troca.

**IMPORTANTE: Resultados definitivos somente devem ser considerados após 18 meses da cirurgia. As cirurgias de retoques, quando necessárias, serão aconselhadas pelo cirurgião, devendo-se respeitar o tempo necessário para a adequação dos tecidos e acomodação das cicatrizes. Quando realizadas em momento inoportuno, podem não alcançar os resultados desejados. Os retoques não significam incapacidade técnica mas sim uma revisão cirúrgica para se alcançar resultados ainda melhores. Os custos destes possíveis retoques serão cobrados somente em relação às despesas hospitalares e de anestesista. Não serão cobrados honorários da equipe cirúrgica desde que estes retoques sejam realizados no período sugerido pelo cirurgião.**

**Para fins de honorários, será considerado retoque, todo procedimento seguinte à primeira cirurgia, num período subsequente de 12 meses. Após este período, qualquer intervenção cirúrgica será considerada como um novo procedimento, independente do primeiro, mesmo que nas mesmas áreas.**