



# Mamoplastia após grande perda ponderal

## *Mammoplasty after massive weight loss*

MARINA JUNQUEIRA FERREIRA ROSIQUE<sup>1\*</sup>  
RODRIGO GOUVÊA ROSIQUE<sup>2</sup>

### ■ RESUMO

**Introdução:** Após perda ponderal maciça, as pacientes apresentam alterações mamárias, como flacidez, ptose em graus variados e polo superior vazio. Diferentes técnicas de mamoplastia são empregadas para dar forma ao cone mamário e reposicionar o complexo aréolo-papilar (CAP). Neste trabalho, avaliamos diferentes abordagens cirúrgicas preenchendo as necessidades de cada caso. **Método:** Vinte e cinco pacientes submetidas à gastroplastia antes da mamoplastia foram analisadas. As técnicas utilizadas foram (1) mastopexia sem prótese e retalho inferior; (2) mastopexia sem prótese e pedículo areolado inferior; (3) mastopexia com prótese com cobertura pelo retalho inferior; (4) mastopexia com prótese com plicatura de retalhos cruzados (jaquetão).

**Resultados:** A média do IMC antes da mamoplastia foi de 26,6 (variando de 21,6 a 31,2). Todas as pacientes submetidas à cirurgia consideraram o resultado bom ou ótimo. Em avaliação por observador cego às técnicas empregadas, os resultados foram considerados bons com relação à forma da mama, correção da ptose e preenchimento do polo superior. Uma paciente submetida à mastopexia com prótese com retalhos cruzados apresentou seroma e contratura capsular subsequente, necessitando capsulectomia. Oito pacientes apresentaram deiscências: sete, na junção dos retalhos cutâneos no sulco inframamário, e uma na vertical, unilateralmente, resolvidas por cicatrização por segunda intenção. Não houve caso de necrose ou epiteliólise do CAP. **Conclusão:** Empregando-se diferentes técnicas de mamoplastia, individualizadas caso a caso, foram obtidos resultados agradáveis, alcançando satisfação das pacientes. Fatores, como distância fúrcula-papila, necessidade de elevação do CAP, volume mamário pré-mamoplastia e desejo de aumento de volume pela paciente, influenciam a escolha da técnica cirúrgica.

**Descritores:** Contorno corporal; Perda ponderal maciça; Mastopexia; Mamoplastia.

### ■ ABSTRACT

**Introduction:** After massive weight loss, patients present with various mammary changes, such as sagging, different grades of ptosis, and empty upper pole. Different mammoplasty techniques are used to shape the mammary cone and to reposition the nipple-areolar complex (NAC). In this study, we evaluate how different surgical approaches can satisfy the requirements of each patient. **Method:** Twenty-five patients who underwent

Instituição: Trabalho realizado no Hospital das Clínicas de Ribeirão Preto (HCFMRP-USP), Ribeirão Preto, SP, Brasil e Hospital Master de Cirurgia Plástica, Goiânia, GO, Brasil.

Artigo submetido: 17/01/2014.  
Artigo aceito: 03/08/2014.

DOI: 10.5935/2177-1235.2014RBCP0069

<sup>1</sup>Pós-doutorado, Membro Titular da Sociedade Brasileira de Cirurgia Plástica (SBCP), Médica Assistente da Divisão de Cirurgia Plástica, Responsável pelo Ambulatório de Cirurgia Plástica Pós-Bariátrica do Hospital das Clínicas da Faculdade de Medicina de Ribeirão Preto da Universidade de São Paulo (HCFMRP-USP), Ribeirão Preto, SP, Brasil.

<sup>2</sup>Doutorado, Membro Titular da Sociedade Brasileira de Cirurgia Plástica (SBCP), Professor de Cirurgia Plástica da Universidade Federal de Goiás (UFG), Goiânia, GO, Brasil.

mammoplasty following gastroplasty were analyzed. The mammoplasty techniques used were (1) mastopexy without implant with inferior flap; (2) mastopexy without implant with inferior areolar pedicle; (3) mastopexy with implant and coverage by inferior flap; (4) mastopexy with implant and plication of cross flaps (jacket procedure). **Results:** The average body mass index (BMI) before mammoplasty was 26.6 (ranging from 21.6 to 31.2). All patients who underwent this surgery rated the outcome obtained as good or great. In an evaluation carried out by an observer unaware of the techniques employed, the results obtained were considered to be satisfactory for breast shape, correction of breast ptosis, and filling of the upper pole. One patient who underwent mastopexy with implants and cross flaps developed seroma and subsequent capsular contracture, which required capsulectomy. Eight patients developed unilateral dehiscence: seven at the junction of skin flap in the inframammary fold, and one vertically, which were resolved with healing by secondary intention. No cases of necrosis or NAC epitheliosis were observed. **Conclusion:** Using different mammoplasty techniques, which were personalized and analyzed on a case-by-case basis, good outcomes and a high level of patient satisfaction were achieved. Various factors, such as the furcula-papilla distance, the need to lift the NAC, pre-mammoplasty breast volume and the patient's desire to increase breast volume, influence the choice of the surgical technique.

**Keywords:** Body contour; Massive weight loss; Mastopexy; Mamoplasty.

## INTRODUÇÃO

A cirurgia bariátrica tem se tornado a cada ano mais comum, em resposta a obesidade e suas comorbidades. Após a cirurgia bariátrica, os pacientes apresentam rápida redução de peso e melhora das comorbidades relacionadas à obesidade. A perda de peso se estabiliza em torno de 12 a 24 meses após a cirurgia bariátrica<sup>1</sup>. Paralelamente à perda de peso que estes pacientes apresentam, ocorre um aumento das dobras cutâneas. A pele e o subcutâneo redundantes interferem com o uso de roupas, a atividade física e sexual, a higiene, e podem levar a infecções de repetição. Consequentemente, em busca de melhor qualidade de vida, a procura destes pacientes por cirurgia plástica tem aumentado.

As mulheres, no pós-operatório da cirurgia bariátrica, apresentam mamas flácidas, ptóticas, com polo superior vazio e plano<sup>2-6</sup>. O aspecto das mamas após a perda de peso varia muito entre uma paciente e outra; por isso, muitas técnicas podem ser empregadas. A indicação cirúrgica deve ser analisada de acordo com cada caso. O tratamento da mama em pacientes que sofreram perda ponderal maciça, seja após cirurgia bariátrica ou com dieta, requer preenchimento do volume mamário com tecido autólogo ou prótese, e reposicionamento do complexo aréolo-papilar (CAP).

De acordo com a escala de Pittsburgh<sup>7</sup>, as mamas pós-bariátricas podem ser classificadas e, preferencialmente, abordadas, do seguinte modo:

- 0- Normal – Nenhuma abordagem.
- 1- Ptose moderada (grau I/II) ou macromastia grave – Mastopexia com aumento ou redução de volume, dependendo do caso.

- 2- Ptose significativa (grau III) ou perda de volume moderada – Mastopexia associada ou não ao aumento de volume, dependendo do caso e do desejo da paciente.

- 3- Ptose significativa, presença da dobra lateral, grande flacidez cutânea e perda de volume mamário – Técnicas de remodelamento do parênquima e autoaumento.

No tipo 1, dependendo da paciente, há necessidade de mastopexia com aumento ou redução de volume.

No tipo 2, a técnica de mastopexia com o retalho tipo 1 de Liacyr e suspensão do CAP pediculado superiormente apresenta resultados muito satisfatórios<sup>2</sup>. Esta técnica pode ser associada à inclusão de implante mamário, quando a paciente deseja aumento das mamas por considerar seu volume mamário insuficiente.

Mansur & Bozola<sup>8</sup> descreveram uma técnica utilizando o retalho de pedículo inferior para cobrir o implante em casos de mastopexia com prótese. O apoio do implante no sulco mamário inferior evitou o seu deslizamento abaixo do sulco e o esvaziamento do colo, além de proporcionar maior proteção à prótese. Garcia et al.<sup>9</sup> relataram que o retalho inferior reduz o efeito do peso do implante sobre a pele, contribuindo para prevenir a recorrência da ptose e a extrusão do implante.

Resende & Fiorelli<sup>10</sup> utilizam o retalho transversal bipediculado para proteger a prótese contra extrusão.

Nos casos de inclusão de implante mamário, outra técnica que permite a proteção do implante é a plicatura de retalhos medial e lateral cruzados (jaquetão). Técnicas de plicatura do parênquima ajudam a evitar a ptose precoce<sup>11</sup>.

Quando a paciente apresenta ptose grau III, com complexo areolo-papilar (CAP) muito abaixo do sulco inframamário, grande flacidez cutânea e perda de volume mamário (tipo 3 de Pittsburgh), as técnicas para reposicionamento do CAP devem ser consideradas. Entre estas técnicas, o pedículo areolado inferior ou tipo 5<sup>12</sup>, ou o pedículo súpero-medial podem ser utilizados<sup>5,13</sup>.

A perda de peso maciça, geralmente em um período curto de tempo, após a cirurgia bariátrica, resulta em uma mama com perda de volume e pele inelástica, que pode ser de difícil tratamento. Esta combinação é desafiadora e requer atenção especial para manter a forma da mama ao longo do tempo. Os dois pontos mais importantes na abordagem inicial destes pacientes são entender a deformidade e estabelecer os objetivos do tratamento. Alguns autores afirmam que as técnicas de mastopexia tradicionais são frequentemente inadequadas na paciente que apresentou perda ponderal maciça, devido à extensão da deformidade, à falta de volume estrutural ou suporte, e ao envelope cutâneo inelástico<sup>11,14</sup>. Uma única técnica não é suficiente para abordar os diversos volumes mamários que podem ser observados após grande perda ponderal.

## OBJETIVOS

Este trabalho tem como objetivos avaliar o resultado de diferentes técnicas de mamoplastia em pacientes após perda ponderal maciça e considerar os fatores que podem favorecer a escolha de determinada técnica.

## MÉTODOS

Foi incluído, no estudo, um total de 25 pacientes do sexo feminino, submetidas à mamoplastia entre novembro de 2010 e julho de 2013.

Todas as pacientes foram submetidas à avaliação pré-operatória individualizada das mamas, para excluir malignidades.

Foram considerados o peso máximo atingido, o IMC antes da cirurgia bariátrica, o IMC antes da mamoplastia e a perda de peso total. Como critério para a paciente ser submetida à cirurgia plástica, deveria ter ocorrido, no mínimo, um ano e meio após a cirurgia bariátrica, e apresentar peso estável há pelo menos seis meses.

As técnicas utilizadas foram:

Grupo 1) Mastopexia sem prótese, CAP de pedículo superior e retalho inferior (retalho tipo 1 de Liacyr Ribeiro).

Grupo 2) Mastopexia sem prótese e pedículo areolado inferior (retalho tipo 5).

Grupo 3) Mastopexia com prótese, CAP de pedículo superior e cobertura da prótese pelo retalho inferior (retalho tipo 1 de Liacyr Ribeiro).

Grupo 4) Mastopexia com prótese, CAP de pedículo superior e plicatura de retalhos medial e lateral cruzados (jaquetão).

Técnica operatória:

Marcação: em todas as pacientes, foi realizada a marcação de fúrcula esternal, linha média, meridianos das mamas e sulco inframamário. A posição do ponto A foi determinada pela Manobra de Pitanguy.

Marcados, então, os pontos B e C por manobra bimanual e seus prolongamentos para o sulco inframamário, nos casos em que não foi realizada inclusão de prótese mamária.

Nos casos em que foi utilizado retalho tipo 1 de Liacyr, este foi desenhado com 4 cm de base, quando utilizado para cobrir a prótese, e com 5 a 6 cm, nos casos em que foi usado isoladamente. Sua espessura foi de 2 cm ou mais.

Quando foi utilizado o retalho tipo 5 (retalho areolado inferior), sua base foi desenhada com 8 a 10 cm, dependendo da flacidez apresentada pela paciente, procurando-se manter a máxima conexão com a musculatura peitoral até a altura da aréola (Figura 1).

Nos casos em que foi incluída prótese com plicatura em jaquetão, a incisão foi realizada verticalmente, no meridiano entre a aréola e o sulco inframamário. Após descolamento da loja subglandular, foi realizada a colocação do dreno e da prótese, sendo então confeccionados os retalhos medial e lateral do parênquima mamário no polo inferior, separando-os dos retalhos cutâneos medial e lateral (Figura 2). A ressecção cutânea foi determinada apenas após a plicatura entre os retalhos medial e lateral sobre o implante (Figuras 3 e 4).

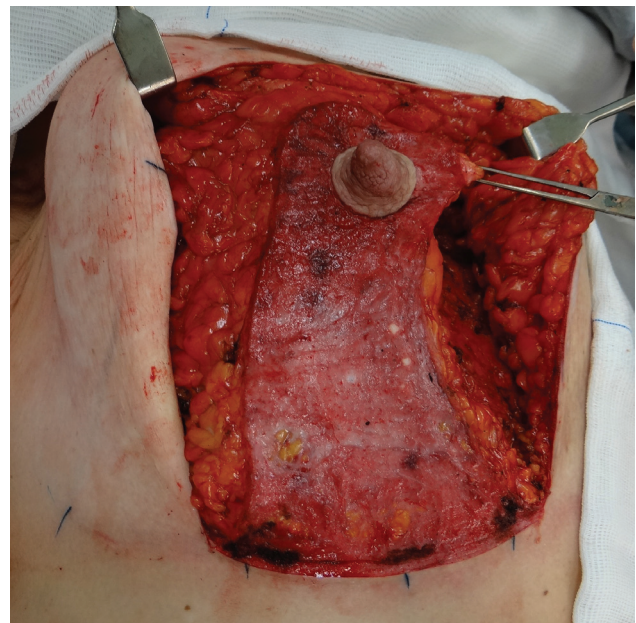
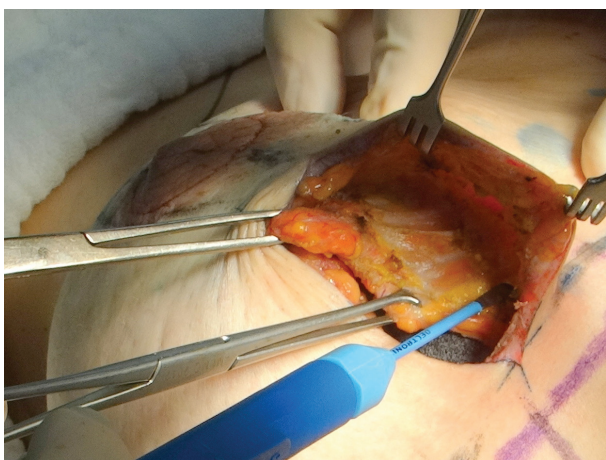
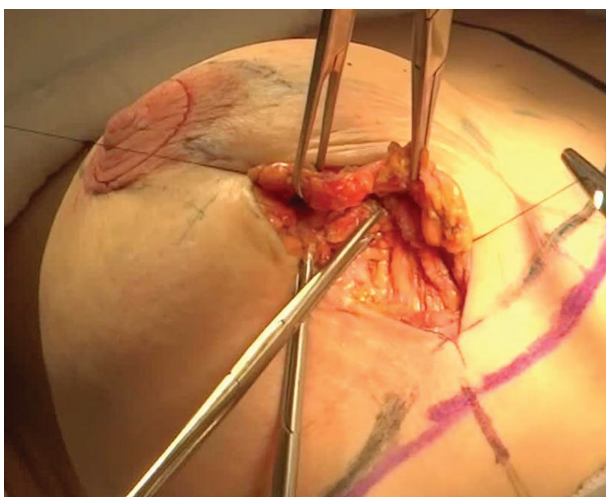


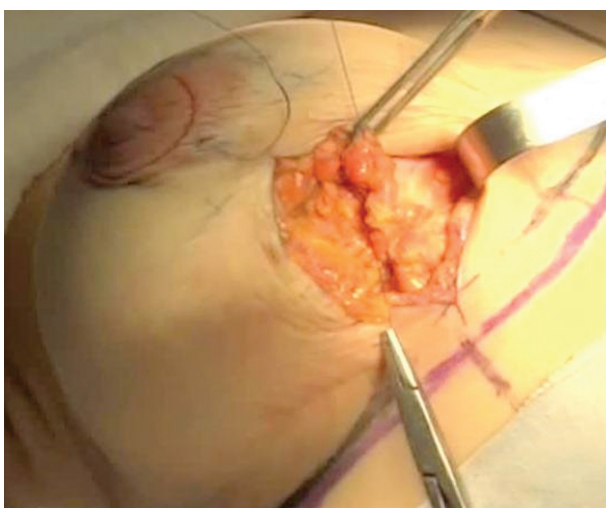
Figura 1. Retalho areolado inferior.



**Figura 2.** Confecção do retalho medial do parênquima mamário, separando-o do retalho cutâneo.



**Figura 3.** Plicatura do retalho lateral na face posterior do retalho medial cobrindo a prótese.



**Figura 4.** Plicatura do retalho medial na face anterior do retalho lateral cobrindo a prótese.

Nos casos de mastopexia com prótese, esta foi colocada em plano subglandular em todas as pacientes.

Foi usado dreno portovac 3.2, nos casos submetidos à mastopexia com prótese, e dreno penrose, nos casos de mastopexia sem prótese.

As pacientes ficaram internadas por um a dois dias. Foram orientadas a utilizar sutiã pós-operatório durante dois meses.

Para avaliação dos resultados, foram considerados o grau de satisfação da paciente e o de um observador cego às técnicas empregadas, usando uma escala de 1 a 4 (1- ruim, 2- satisfatório, 3- bom, 4- ótimo).

## RESULTADOS

A gastroplastia foi realizada, em média, 56 meses antes da mamoplastia (variando de 18 a 116 meses). A média de idade foi de 38,8 anos (variando de 20 a 61 anos) e o IMC prévio à mamoplastia foi de 26,6 kg/m<sup>2</sup> (variando de 21,6 a 31,2) (Tabela 1).

**Tabela 1.** Perfil das pacientes submetidas à mamoplastia.

	Média	Varição
Idade (anos)	38,8	20-61
Peso máximo (kg)	126,5	96-180
IMC máximo (kg/m <sup>2</sup> )	49,0	37,5-73,0
IMC pré-gastroplastia (kg/m <sup>2</sup> )	46,2	36,6-73,0
Peso pré-mamoplastia (kg)	69,0	55,5-83,7
IMC pré-mamoplastia (kg/m <sup>2</sup> )	26,6	21,6-31,2
Perda de peso total (kg)	56,7	37-124
Tempo entre gastroplastia e mamoplastia (meses)	56,5	18-116

No Grupo 1 (mastopexia sem prótese e retalho tipo 1), foram incluídas cinco pacientes (Figura 5). No Grupo 2 (mastopexia sem prótese e pedículo areolado inferior), foram incluídas quatro pacientes (Figuras 6 e 7). No Grupo 3 (mastopexia com prótese e retalho tipo 1), foram incluídas quatro pacientes (Figuras 8 e 9). No Grupo 4 (mastopexia com prótese e plicatura de retalhos cruzados), foram incluídas 12 pacientes (Figuras 10 e 11).

O volume dos implantes mamários utilizados foi, em média, de 255 cc, variando de 225 cc a 300 cc.

As pacientes foram seguidas por, no mínimo, seis meses.

Todas as pacientes submetidas à cirurgia consideraram o resultado bom ou ótimo, com melhora da autoestima e da qualidade de vida.

Em avaliação por observador cego às técnicas empregadas, os resultados foram considerados bons, especialmente com relação a forma da mama, correção da ptose e preenchimento do polo superior.

Sete pacientes (três do Grupo 1, duas do Grupo 2 e duas do Grupo 4) apresentaram deiscências no T de junção dos retalhos cutâneos no sulco inframamário, e uma paciente (Grupo 1), na vertical unilateralmente, deiscências estas que se resolveram por cicatrização por segunda intenção.



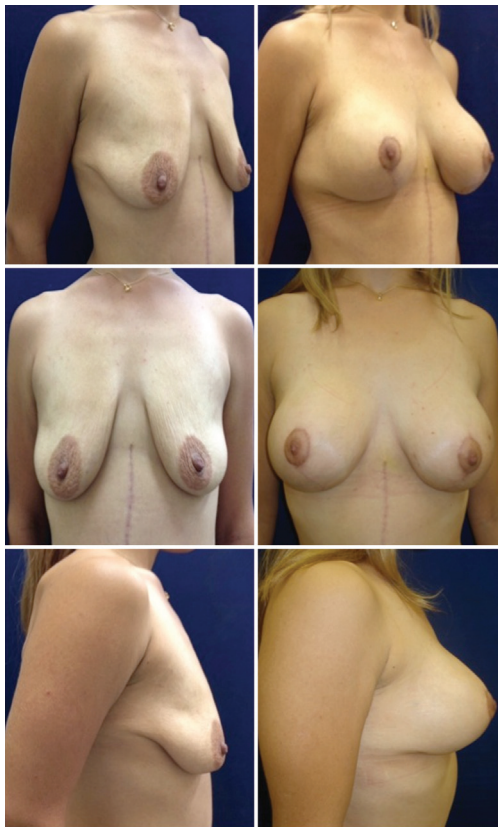
**Figura 5.** Pré e pós-operatório de paciente submetida à mastopexia com retalho tipo 1 sem inclusão de prótese.



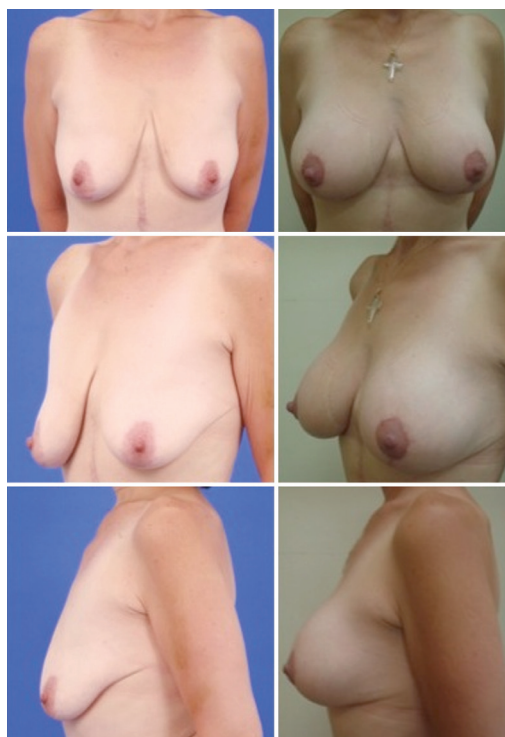
**Figura 7.** Pré e pós-operatório de paciente submetida à mastopexia com retalho areolado inferior sem inclusão de prótese.



**Figura 6.** Pré e pós-operatório de paciente submetida à mastopexia com retalho areolado inferior sem inclusão de prótese.



**Figura 8.** Pré e pós-operatório de paciente submetida à mastopexia com prótese com cobertura pelo retalho tipo 1.



**Figura 9.** Pré e pós-operatório de paciente submetida à mastopexia com prótese com cobertura pelo retalho tipo 1.



**Figura 10.** Pré e pós-operatório de paciente submetida à mastopexia com prótese e plicatura de retalhos cruzados.

Uma paciente do Grupo 4 apresentou seroma com contratura capsular subsequente e houve necessidade de capsulectomia.



**Figura 11.** Pré e pós-operatório de paciente submetida à mastopexia com prótese e plicatura de retalhos cruzados.

Uma paciente do Grupo 3 apresentou hematoma unilateral no primeiro pós-operatório, que foi prontamente drenado em centro cirúrgico e não evoluiu para outras complicações adversas após a drenagem.

Não houve caso de necrose ou epiteliólise do CAP. Foi observado alargamento das cicatrizes em três pacientes, que cicatrizaram por segunda intenção; não foram observados outros tipos de cicatrizes inestéticas.

## DISCUSSÃO

Ptose e perda de volume são os principais problemas a serem corrigidos nas mamas após perda ponderal maciça<sup>15</sup>. Considerando-se a Escala de Pittsburgh, as pacientes apresentam deformidades muito diversas, que são difíceis de corrigir com uma única técnica. Várias abordagens cirúrgicas podem ser empregadas e devem ser individualizadas caso a caso.

Segundo Migliori et al.<sup>15</sup>, a quantidade de tecido mamário apresentado pela paciente determina a escolha da técnica cirúrgica. Se o volume existente é considerado suficiente pela paciente e pelo cirurgião, a remodelação da mama deve ser realizada. A mamoplastia com tecido mamário autólogo é alternativa para pacientes que não desejam implante<sup>16</sup>.

Nas pacientes que consideram seu volume mamário satisfatório e não desejam inclusão de prótese, uma técnica excelente é o retalho inferior

(tipo 1 de Liacyr)<sup>2</sup>. O retalho inferior funciona como uma prótese natural, sendo ancorado na fáscia do músculo peitoral maior. Ele aumenta a projeção da mama e preenche o polo superior que geralmente está frouxo e vazio, além de reduzir a base da mama com a transposição do tecido central do polo inferior<sup>16</sup>. O volume do retalho inferior depende da distância entre a aréola e o sulco inframamário.

Nos casos operados, o retalho inferior foi associado ao pedículo superior para a aréola, permitindo obter resultados muito satisfatórios de preenchimento do polo superior e projeção mamária, com mínima incidência de complicações. As complicações observadas foram menores, como a deiscência na intersecção dos retalhos cutâneos, não ocorrendo casos de necrose ou epiteliólise do CAP.

Comparado com o retalho lateral usado para autoaumento da mama, que oferece recrutamento limitado de tecido<sup>17</sup>, o retalho inferior é desenhado para dar melhor forma à mama, com preenchimento do polo superior e maior volume<sup>16</sup>.

A escolha do pedículo para o CAP depende de vários fatores, como grau de hipertrofia e ptose, posição do CAP e idade da paciente. Bonomi et al.<sup>13</sup> usam o pedículo súpero-medial se o CAP tem que ser elevado mais que 8 cm.

Nos casos em que o CAP precisou ser elevado menos que 8 cm, usamos o pedículo superior para a aréola, e nos casos em que teve que ser elevado mais que 8 cm, o pedículo areolado inferior.

A escolha do pedículo inferior para a aréola em detrimento do súpero-medial baseou-se na experiência pessoal da autora com esta técnica. Nas pacientes operadas com a técnica do retalho tipo 5, além da grande distância fúrcula-papila, características marcantes eram a falta de preenchimento do polo superior e a pouca projeção do cone mamário. O retalho tipo 5 foi fixado em sua porção média ao músculo peitoral. A montagem do parênquima mamário (pilares lateral e medial) sobre o retalho permitiu projeção razoável do cone mamário. Nestas pacientes com necessidade de elevação do CAP de mais que 8 cm, foi evitada a inclusão de prótese no mesmo tempo cirúrgico, considerando-se uma possível compressão sobre o pedículo do retalho areolado inferior e sofrimento do CAP. Entretanto, as quatro pacientes operadas ficaram satisfeitas com o volume e a forma da mama, rejeitando a colocação do implante em segundo procedimento, quando proposto no pós-operatório tardio.

Segundo alguns autores, em casos de mamas extremamente longas e desinsufladas, com ptose grau III, uma opção mais segura é realizar a mastopexia primeiro e colocar a prótese, se desejado, em um segundo tempo<sup>11,14</sup>. Como há grande perda de volume e o suporte ligamentoso da mama está atenuado, o longo comprimento do pedículo está entre os riscos de uma abordagem em tempo único, sendo necessário planejamento adequado para assegurar a perfusão do

CAP<sup>14</sup>. As pacientes operadas referiram sensibilidade do CAP preservada após a cirurgia; entretanto, além da casuística ser pequena (apenas quatro casos operados com pedículo areolado inferior), não foi realizado teste objetivo para medir a sensibilidade.

Nos casos de perda de volume e ptose menos acentuada do CAP, quando a aréola pôde ser elevada pelo pedículo superior e a paciente desejou aumento do volume, optamos pela mastopexia com prótese em um único tempo cirúrgico.

Em mamas ptóticas, com pouco tecido no polo superior da mama, uma loja retropeitoral parcial ou total fornece a cobertura adicional necessária para a prótese superiormente<sup>18,19</sup>, mas há o risco da deformidade em dupla bolha. Esta deformidade é resultado do deslizamento do parênquima inferiormente abaixo do músculo peitoral e da prótese<sup>19</sup>. Por isso, optamos pelo uso do plano subglandular.

O tipo de implante utilizado (redondo × anatômico) depende basicamente do tipo de defeito estético: defeitos do polo superior requerem implantes redondos e do polo inferior, implantes anatômicos<sup>15</sup>. Todas as pacientes operadas usaram implante redondo por apresentarem polo superior vazio, sendo esta uma de suas principais queixas.

O retalho inferior como cobertura para o implante mamário foi escolhido nos casos em que a paciente apresentava maior flacidez e maior distância entre a borda inferior da aréola e o sulco inframamário (8 cm ou mais), suficiente para permitir a fixação do retalho ao parênquima mamário na altura do CAP (posteriormente a este). O retalho, nestes casos, foi confeccionado com 4 cm de base, suficiente para proteger a prótese, mas evitando-se tensão cutânea após a inclusão da mesma.

Segundo alguns autores<sup>9,18</sup>, o uso do retalho inferior permite distanciar o implante das linhas de sutura, minimizando o peso do implante sobre a pele e contribuindo para prevenir ptose recorrente, extrusão do implante e irregularidades cutâneas. Estes autores utilizam o plano submuscular para inclusão da prótese em pacientes após perda ponderal maciça.

Mansur & Bozola<sup>8</sup>, em casos de mastopexia com prótese, utilizando o retalho inferior para cobrir o implante posicionado em plano subglandular, observaram que as pacientes submetidas à cirurgia bariátrica prévia apresentaram ptoses residuais progressivas e continuadas após um ano, mesmo com o uso do retalho inferior. Observamos este fato entre as pacientes operadas com esta técnica, mas as pacientes mantiveram satisfação quanto a forma e a projeção da mama durante o período de seguimento.

Nas pacientes que desejavam aumento do volume mamário, mas tinham distância menor entre a borda inferior da aréola e o sulco inframamário, optou-se pela plicatura de retalhos cruzados (jaquetão). Nesta técnica, a quantidade de pele a ser ressecada é determinada após a inclusão da prótese, o que ajuda a evitar tensão na sutura cutânea. As técnicas

de plicatura do polo inferior agem como um suporte interno para reduzir a ptose recorrente<sup>11</sup>.

As técnicas de mamoplastia no paciente após perda ponderal maciça devem se basear mais em manipulação glandular, para preservação da forma, do que no envelope cutâneo. Estas técnicas incluem plicatura do parênquima, suspensão e autoaumento, favorecendo a manutenção da forma e a simetria<sup>11</sup>.

Complicações na mamoplastia são infrequentes e incluem cicatrização prolongada, cicatrização inestética, seroma, hematoma, infecção, necrose e perda do CAP<sup>11</sup>.

As complicações apresentadas pelas pacientes operadas foram hematoma (uma paciente, unilateralmente); seroma, com contratura capsular (uma paciente, unilateralmente), e deiscências de pele, com cicatrização por segunda intenção.

Houve alargamento das cicatrizes em três pacientes que cicatrizaram por segunda intenção, mas não foram observados outros tipos de cicatrizes inestéticas entre as pacientes operadas. De la Plaza<sup>20</sup> relata que a satisfação da paciente após a mamoplastia está relacionada com a percepção subjetiva dela sobre a qualidade da cicatriz. Isto pode ter contribuído para a satisfação das pacientes com o resultado, nesta casuística.

A ptose precoce observada em pacientes submetidas a mastopexia após cirurgia bariátrica é mais comum quando implantes são usados<sup>11</sup>, fato que foi constatado dentro da nossa casuística. Entretanto, as pacientes mantiveram-se satisfeitas com o resultado, não sendo realizada cirurgia de revisão para melhora deste achado em nenhuma paciente.

Como há grande diversidade de apresentação dos casos de mama após perda ponderal maciça, não existe técnica de mastopexia que corrigirá todas as deformidades.

## CONCLUSÃO

Empregando-se diferentes técnicas de mamoplastia, individualizadas, caso a caso, foram obtidos resultados agradáveis e que alcançaram satisfação das pacientes. Fatores, como distância fúrcula-papila e necessidade de elevação do CAP, volume mamário pré-mamoplastia e desejo de aumento de volume pela paciente, devem influenciar a escolha da técnica cirúrgica.

## REFERÊNCIAS

- Hubbard VS, Hall WH. Gastrointestinal surgery for severe obesity. *Obes Surg.* 1991;1(3):257-65. PMID:10775921
- Modolin M, Cintra W JR, Silva MM, Ribeiro L, Gemperli R, Ferreira MC. Mammoplasty with inferior pedicle flap after massive weight loss. *Aesthetic Plast Surg.* 2010;34(5):596-602. <http://dx.doi.org/10.1007/s00266-010-9516-8>. PMID:20428869
- Akyurek M. Short scar reduction mammoplasty in the bariatric patient. *Ann Plast Surg.* 2011;66(6):602-6. <http://dx.doi.org/10.1097/SAP.0b013e3181e944b6>. PMID:21372678
- Coriddi M, Koltz PF, Gusenoff JA. Reduction mammoplasty, obesity, and massive weight loss: temporal relationships of satisfaction with breast contour. *Plast Reconstr Surg.* 2011;128(3):643-50. <http://dx.doi.org/10.1097/PRS.0b013e318221da6b>. PMID:21865997
- Losken A, Holtz DJ. Versatility of the superomedial pedicle in managing the massive weight loss breast: the rotation-advancement technique. *Plast Reconstr Surg.* 2007;120(4):1060-8. <http://dx.doi.org/10.1097/01.prs.0000278004.24650.e6>. PMID:17805137
- Hurwitz DJ, Agha-Mohammadi S. Postbariatric surgery breast reshaping: the spiral flap. *Ann Plast Surg.* 2006;56(5):481-6, discussion 486. <http://dx.doi.org/10.1097/01.sap.0000208935.28789.2d>. PMID:16641621
- Song AY, Jean RD, Hurwitz DJ, Fernstrom MH, Scott JA, Rubin JP. A classification of contour deformities after bariatric weight loss: the Pittsburgh Rating Scale. *Plast Reconstr Surg.* 2005;116(5):1535-44, discussion 1545-6. <http://dx.doi.org/10.1097/01.prs.0000182606.92069.13>. PMID:16217505
- Mansur JRBB, Bozola AR. Mastopexia e aumento das mamas com projeção e suporte inferior da prótese com retalho de pedículo inferior. *Rev Bras Cir Plást.* 2009;24(3):304-9.
- Garcia EB, Fusaro R NO, Arruda RF, Pereira JB, Ferreira LM. Inferior pedicle breast flap for submuscular implant coverage in mammoplasty after massive weight loss. *Plast Reconstr Surg.* 2010;125(2):74e-5e. <http://dx.doi.org/10.1097/PRS.0b013e3181c72592>. PMID:20124815
- Resende JHCFR, Fiorelli RKA. Retrospective: mammoplasty with prosthesis after video-assisted bariatric surgery with transverse bipedicated flap. *Modern Plastic Surgery.* 2013;3(04):123-7. <http://dx.doi.org/10.4236/mps.2013.34025>.
- Losken A. Breast reshaping following massive weight loss: principles and techniques. *Plast Reconstr Surg.* 2010;126(3):1075-85. <http://dx.doi.org/10.1097/PRS.0b013e3181e60580>. PMID:20811240
- Ribeiro LPM, Accorsi A JR, Buss A. Redução mamária: técnica com retalho de pedículo inferior. In: Mélega JM, Baroudi R, eds. *Cirurgia plástica: fundamentos e arte: cirurgia estética.* Rio de Janeiro: Medsi; 2003. p. 527-36.
- Bonomi S, Salval A, Settembrini F, Gregorelli C, Musumarra G, Rapisarda V. Inferiorly based parenchymal flap mammoplasty: a safe, reliable, and versatile technique for breast reduction and mastopexy. *Plast Reconstr Surg.* 2012;130(1):116e-25e. <http://dx.doi.org/10.1097/PRS.0b013e318254b552>. PMID:22743895
- Colwell AS, Driscoll D, Breuing KH. Mastopexy techniques after massive weight loss: an algorithmic approach and review of the literature. *Ann Plast Surg.* 2009;63(1):28-33. <http://dx.doi.org/10.1097/SAP.0b013e318188b976>. PMID:19546668
- Migliori FC, Gabrielli A, Rizzo R, Serra Cervetti GG. Breast contouring in postbariatric patients: a technique selection algorithm. *Obes Surg.* 2010;20(5):651-6. <http://dx.doi.org/10.1007/s11695-009-0058-6>. PMID:20054715
- Hönig JF, Frey HP, Hasse FM, Hasselberg J. Autoaugmentation mastopexy with an inferior-based pedicle. *Aesthetic Plast Surg.* 2009;33(3):302-7. <http://dx.doi.org/10.1007/s00266-009-9310-7>. PMID:19225831
- Hall-Findlay EJ. Pedicles in vertical breast reduction and mastopexy. *Clin Plast Surg.* 2002;29(3):379-91. [http://dx.doi.org/10.1016/S0094-1298\(02\)00008-1](http://dx.doi.org/10.1016/S0094-1298(02)00008-1). PMID:12365638



18. Lima EMGE JR, Ferreira LM, Brasil AG JR. Mamoplastia de aumento. In: Lima EML Jr, ed. Tratado de cirurgia plástica após grandes perdas ponderais. Rio de Janeiro: Atheneu; 2010. p. 87-96.
19. 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. <http://dx.doi.org/10.1097/00006534-200104150-00027>. PMID:11373572
20. de la Plaza R, de la Cruz L, Moreno C, Soto L. The crossed dermal flaps technique for breast reduction. *Aesthetic Plast Surg.* 2004;28(6):383-92. <http://dx.doi.org/10.1007/s00266-004-0370-4>. PMID:15633020

---

**\*Autor correspondente:**

**Marina Junqueira Ferreira Rosique**

Av. Antonio Diedrichsen, 400, sala 1204 – Ribeirão Preto, SP, Brasil  
CEP 14020-250

E-mail: [marina@rosique.com.br](mailto:marina@rosique.com.br)