



Implante mamário redondo *versus* anatômico: algoritmo para escolha da forma adequada

Round versus anatomical breast implants: algorithm for choosing the appropriate form

JOÃO MEDEIROS TAVARES-FILHO ^{1*}
DIOGO FRANCO ¹
TALITA FRANCO ¹

■ RESUMO

Introdução: Várias cirurgiões têm suas próprias fórmulas ou protocolos para selecionar os volumes e formato de implantes mamários. Para determinar a escolha do formato, medimos as distâncias entre a borda superior da mama e a papila (A) e entre a papila e sulco submamário (B). Baseados nestas medidas, propomos um algoritmo para selecionar próteses redondas ou anatômicas. **Métodos:** As avaliações pré-operatórias foram realizadas com a paciente em posição ortostática considerando-se as medidas: 1) da fúrcula esternal à papila, para avaliar a necessidade de retirada de pele supra-areolar; 2) da base da mama, para avaliar o volume do implante; 3) das distâncias A e B, para avaliar a forma do implante. Este algoritmo foi aplicado a 59 pacientes submetidas à mamoplastia de aumento. **Resultados:** Utilizamos implantes redondos em 27 pacientes; nove tinham distância $a = b$, e 18 $B > A$. Empregamos implantes anatômicos em 32 pacientes. Os volumes dos implantes redondos variaram entre 195 cc e 425 cc, enquanto os implantes anatômicos ficaram entre 185 cc e 315 cc. Com relação às medidas pós-operatórias das pacientes que utilizaram implantes redondos, 26 (96,3%) mantiveram a proporção desejada com $B > A$ ou $A = B$. Entre as pacientes com implantes anatômicos, as medidas de 25 delas (78,1%) mostraram alteração das proporções, de $A > B$ para $A = B$ ou $B > A$. **Conclusões:** Quando a distância A é igual ou menor que a distância B, recomendamos implantes redondos. Quando $B < A$, recomendamos implantes anatômicos.

Descritores: Mamoplastia; Implantes de mama; Implantes mamários/tendências; Algoritmos.

Instituição: Hospital Universitário-
Universidade Federal do Rio de Janeiro, Rio
de Janeiro, RJ, Brasil.

Artigo submetido: 07/04/2015.
Artigo aceito: 07/06/2015.

DOI: 10.5935/2177-1235.2015RBCP0173

¹ Universidade Federal do Rio de Janeiro, Rio de Janeiro, RJ, Brasil.

■ ABSTRACT

Introduction: Several surgeons have their own formulas or protocols to select the volume and shape of breast implants. To determine the shape, we measured the distances between the upper edge of the breast and the papilla (A), and between the papilla and the inframammary fold (B). Based on these measurements, we propose an algorithm to select round or anatomical implants. **Methods:** Preoperative assessment was performed with the patients in the orthostatic position. The following distances were considered: 1) from the sternal notch to the papilla, to assess the need for supra-areolar skin excision; 2) breast base, to assess the volume of the implant; 3) distances A and B, to evaluate the shape of the implant. This algorithm was applied to 59 patients undergoing augmentation mammoplasty. **Results:** We used round implants in 27 patients; nine had a distance $A = B$, and 18 had $B > A$. We utilized anatomical implants in 32 patients. The volume of round implants ranged from 195 to 425 cc, whereas that of anatomical implants ranged from 185 and 315 cc. Regarding postoperative measurements of the patients who used round implants, 26 (96.3%) maintained the desired ratio with $B > A$ or $A = B$. Among the patients with anatomical implants, 25 (78.1 %) showed proportional changes from $A > B$ to $A = B$ or $B > A$. **Conclusions:** When the distance A is equal to or smaller than the distance B, we recommend round implants. When $B < A$, we recommend anatomical implants.

Keywords: Mammoplasty; Breast implants; Breast Implants/trends; Algorithms

INTRODUÇÃO

Na cirurgia da inclusão dos implantes mamários, uma das maiores dificuldades está em planejar o volume adequado à anatomia mamária, ao biotipo e aos desejos da paciente.

Tebbetts¹ considera que existem mais de 50 fatores relacionados à paciente e ao cirurgião que interferem no resultado de uma mastoplastia de aumento.

Muitas cirurgias têm suas “fórmulas” ou protocolos no que concerne à escolha do volume e do tipo de implante, à localização, à posição do sulco e à incisão, amplamente divulgadas na literatura médica e utilizadas na prática clínica¹⁻⁵.

A disponibilização, pelos fabricantes, de implantes com várias formas e projeções, trouxe-nos mais opções, mas também fatores adicionais que devemos considerar no planejamento de uma mastoplastia de aumento⁶.

OBJETIVOS

Apresentar algoritmo que facilite a escolha entre próteses redondas ou anatômicas, no pré-operatório de mastoplastias de aumento.

MÉTODOS

Baseado na morfologia mamária de que o complexo aréolo-papilar está projetado numa posição voltada para cima e para fora, entendemos que a distância da borda superior da mama até o ponto central da papila (distância A), deva ser menor do que a distância da papila até o sulco inframamário (distância B) (Figuras 1 e 2).

Com leve pressão sobre as mamas, o cirurgião pode determinar seus limites superiores. Todas as medidas foram feitas com fita métrica e sem tração cutânea.

Os implantes de forma redonda causam maior projeção na porção central da mama, enquanto os implantes denominados anatômicos produzem maior projeção no polo inferior da mama. Baseados na forma pré-operatória da mama, propomos um algoritmo para a escolha dos implantes de forma redonda ou dos de projeção inferior (anatômicos), de acordo com a forma final que se deseja obter.

As avaliações pré-operatórias foram realizadas com a paciente em posição ortostática considerando-se as medidas: 1) da fúrcula esternal à papila, para

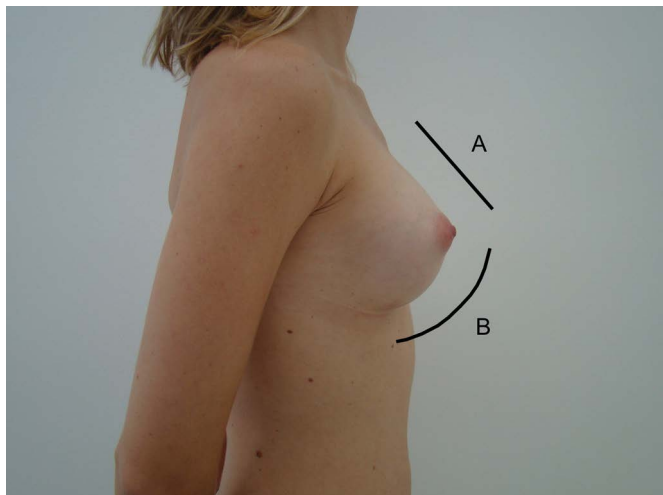


Figura 1. Nas proporções ideais, a distância A deve ser menor que a B.

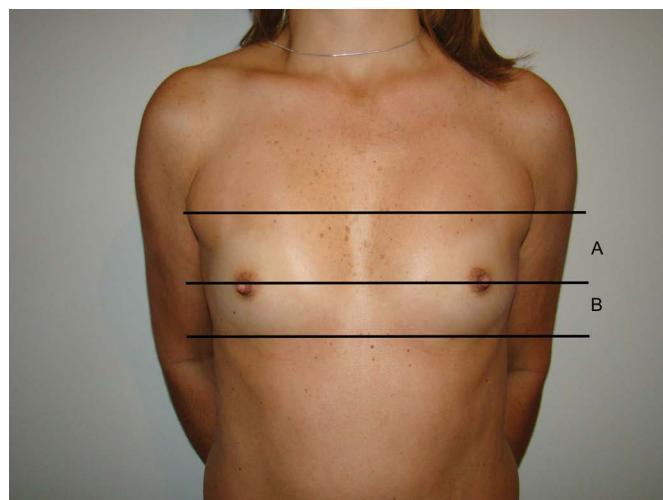


Figura 2. Limites das distâncias A e B.

avaliar a necessidade de retirada de pele supra areolar; 2) da base da mama, para avaliar o volume do implante; 3) das distâncias A e B, para avaliar a forma do implante e o desejo da paciente em relação a forma e ao volume do implante. Estes dados, naturalmente, foram estudados com as pacientes para se adequarem às suas expectativas.

Quando a distância “A” for menor ou igual à distância “B” ($A \leq B$), indicamos o implante de forma redonda (Figura 3A).

Quando a distância “A” for maior que a distância “B” ($A > B$), indicamos os implantes anatômicos, de maior projeção no polo inferior, com o objetivo de inverter esta proporção (Figura 3B).

Apresentamos o estudo prospectivo de 59 pacientes, com idade variando de 18 a 48 anos, que foram submetidas a este algoritmo no período de julho de 2010 a dezembro de 2014, com o objetivo de firmar um critério de indicação na escolha da forma redonda

ou anatômica do implante mamário. As pacientes faziam parte da clínica privada do autor principal. Todos os princípios da Declaração de Helsinki foram seguidos e o estudo aprovado pelo Comitê de Ética responsável (12/2009).

Foram excluídas as pacientes já submetidas à inclusão prévia de implante (troca de implante) e que necessitassem de retirada de pele (mastopexia).

O plano de inclusão foi sempre subfascial e todos os implantes tinham revestimento de poliuretano (Silimed®).

RESULTADOS

Indicamos o implante redondo em 27 pacientes. Nove tiveram medidas A igual a B e 18 tiveram medidas B maior que A (Figuras 4 e 5).

Indicamos o implante de perfil anatômico em 32 pacientes com medidas A maior que B (Figuras 6 e 7).

As avaliações pós-operatórias foram realizadas a partir do terceiro mês, em posição ortostática.

Das 59 pacientes avaliadas, não houve nenhuma complicação que interferisse na avaliação das medidas.

O volume dos implantes redondos variou entre 195 cc e 425 cc e os de projeção inferior entre 185 cc e 315 cc.

Em cinco pacientes submetidas a implantes de projeção inferior foram usados volumes diferentes para correção de assimetrias.

Em relação às medidas das mamas submetidas à inclusão do implante redondo, 26 pacientes (96,3%) mantiveram a proporção desejada de $B > A$ ou $A = B$. Uma paciente (3,7%) não apresentou no pós-operatório medida desejada (Tabela 1).

Nas mamas submetidas à inclusão do implante de projeção inferior (anatômico), 25 pacientes (78,1%) tiveram as medidas alteradas, de $A > B$ para $A = B$ ou $B > A$.

Dois pacientes (6,2%) obtiveram a inversão das medidas unilateralmente, e cinco (15,6%) não obtiveram a inversão das medidas (Tabela 2). Destas pacientes, duas foram submetidas à nova cirurgia para retirada de pele supra-areolar, alcançando as medidas desejadas.

DISCUSSÃO

A procura de forma e volume ideais dos implantes mamários estimula a confecção de fórmulas, protocolos e medidas, no sentido de se escolher o melhor para cada situação.

Bozola et al.⁷ apresentam trabalho e concluem que a forma ideal de uma prótese mamária deve conter a proporção Phi e que esta forma de prótese é capaz de corrigir os casos de hipomastia, incluindo reconstruções, permitindo bons resultados estéticos. Contudo, apresentam fórmula de complexa aplicação.

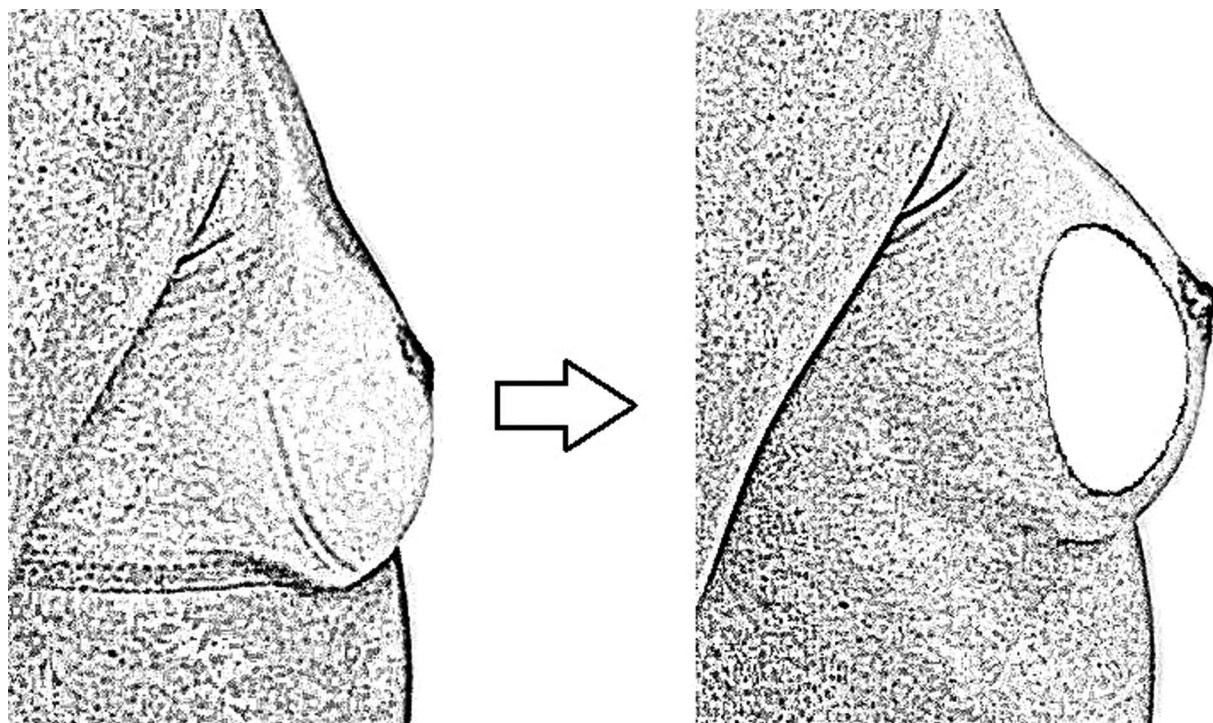


Figura 3A. Diagrama demonstrando que o implante redondo produz maior projeção no terço médio, atrás da aréola, mantendo as proporções entre A e B.

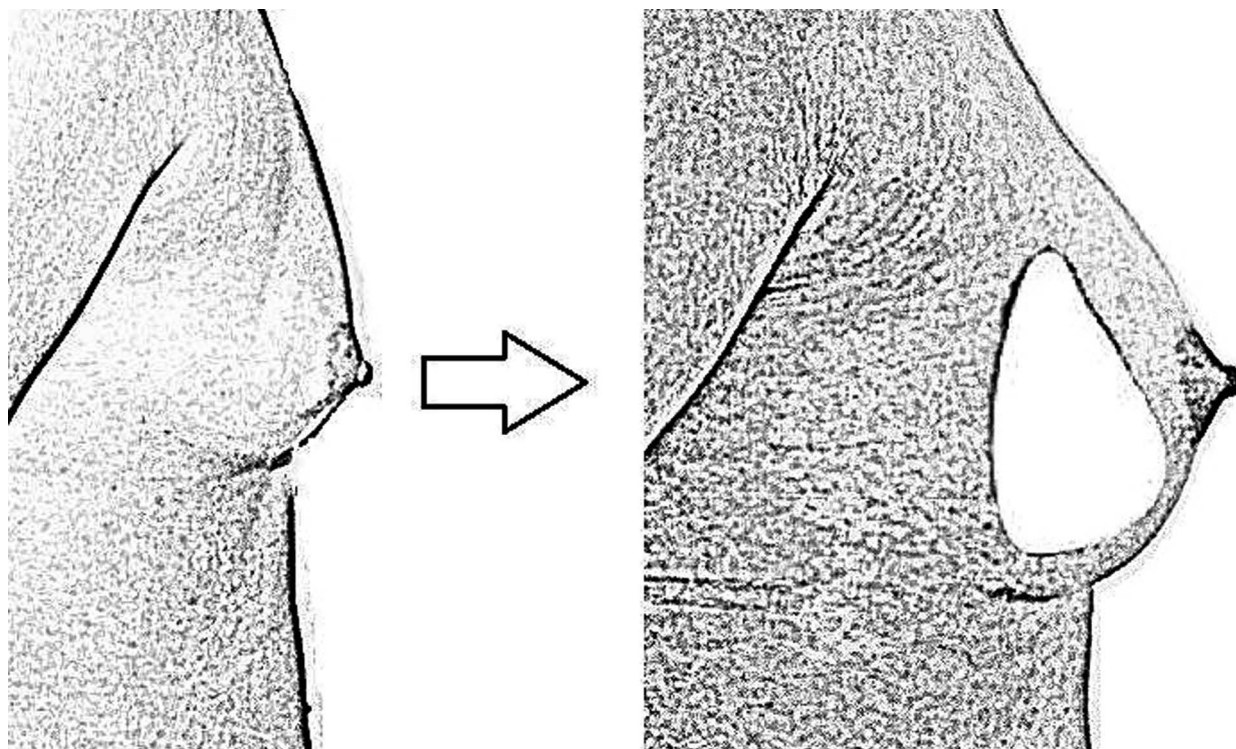


Figura 3B. Diagrama demonstrando que o implante anatômico produz maior projeção no terço inferior, revertendo as proporções entre A e B.

Tebbetts¹ descreve mais de 50 fatores relacionados à paciente e ao cirurgião que podem influenciar nos resultados.

Os critérios de escolha de volume, plano de inclusão e local da incisão são baseados em conceitos pré-estabelecidos, na experiência do cirurgião e no desejo da paciente.



Figura 4A. Pré-operatório.



Figura 4D. Medidas de pós-operatório: segmento B > A. Proporções anatômicas adequadas.

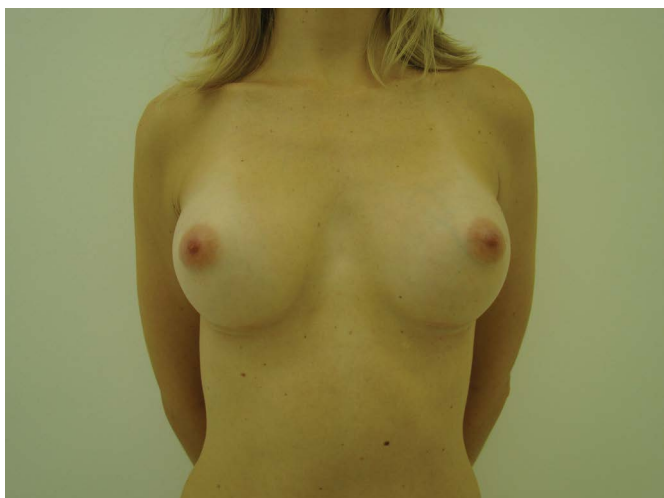


Figura 4B. Pós-operatório aos 8 meses de acompanhamento. Exemplo de indicação para implante redondo (225 cc).

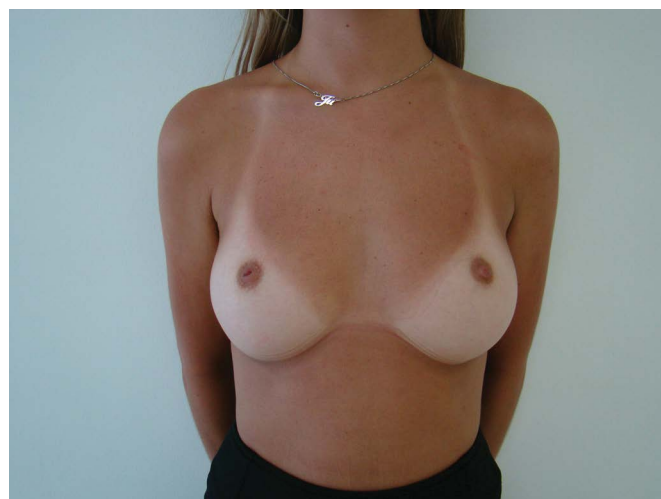


Figura 5A. Pré-operatório.



Figura 4C. Medidas de pré-operatório: segmento A = B.

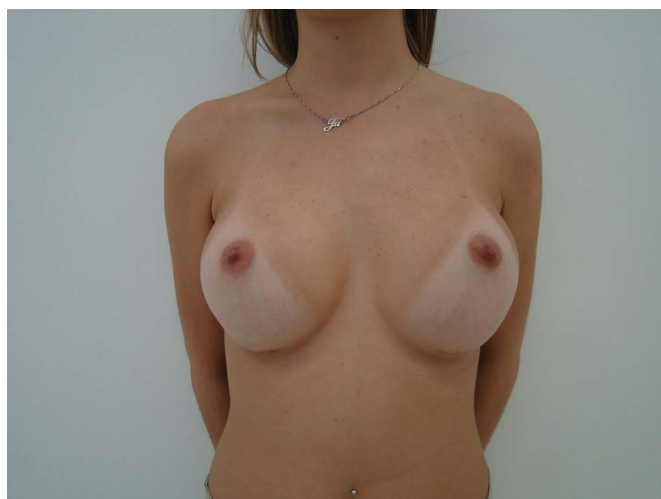


Figura 5B. Pós-operatório. Implante redondo (255 cc).

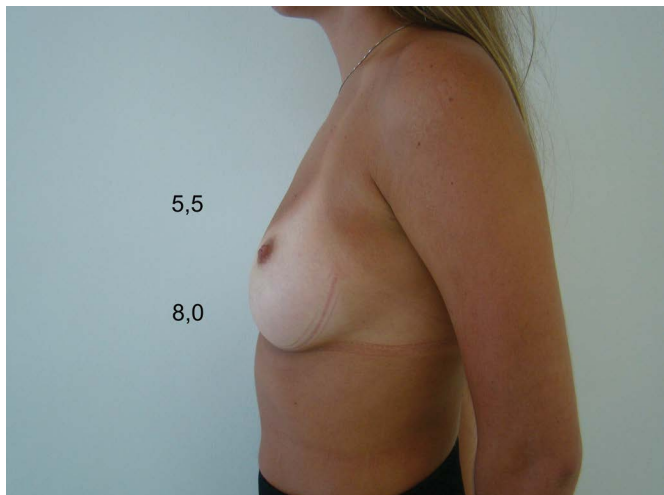


Figura 5C. Pré-operatório.

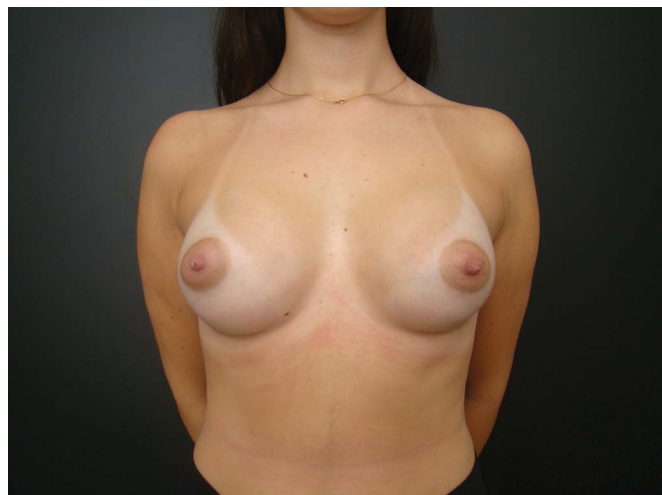


Figura 6B. Pós-operatório.

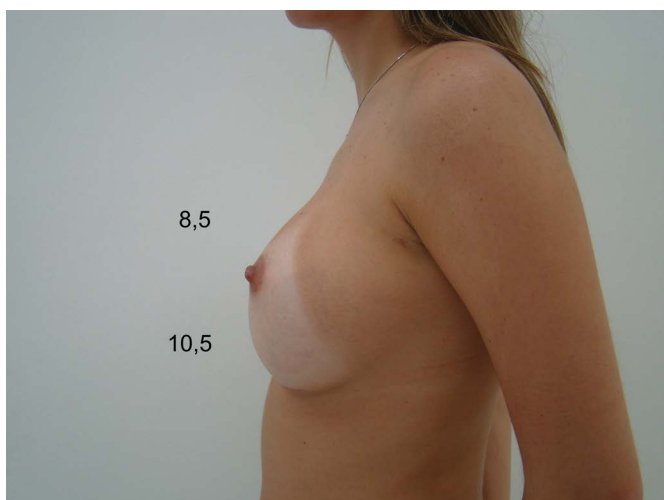


Figura 5D. Pós-operatório. Implante redondo (255 cc).

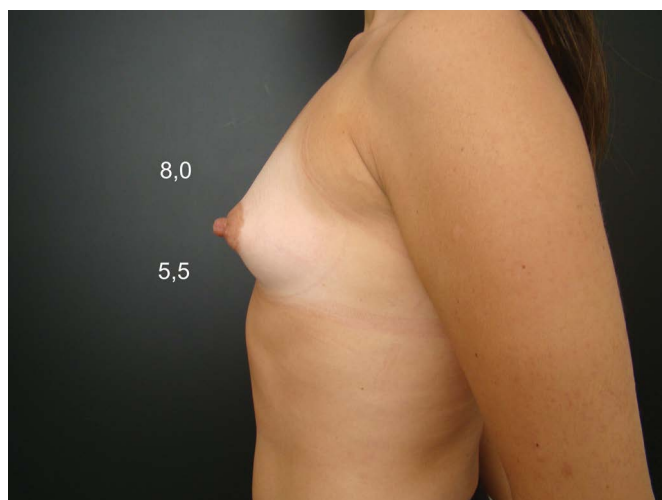


Figura 6C. Pré-operatório.



Figura 6A. Pré-operatório.

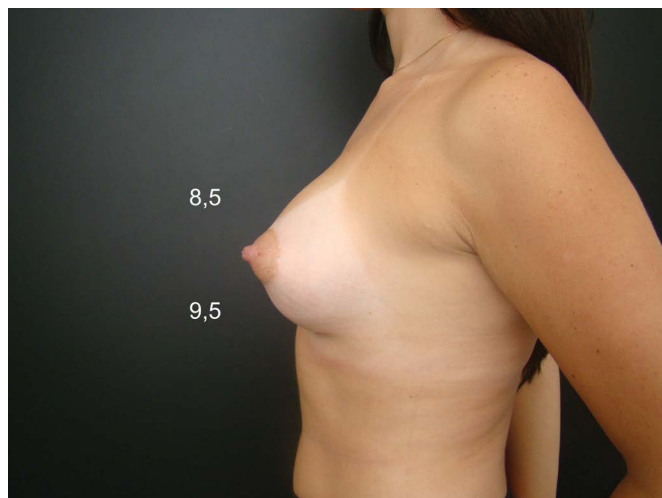


Figura 6D. Pós-operatório aos 9 meses de acompanhamento. Recomendação de implante anatômico (245 cc) por ter segmento A >B. Importante hipotrofia do segmento inferior. Pós-operatório com reversão das medidas e proporções anatômicas adequadas.

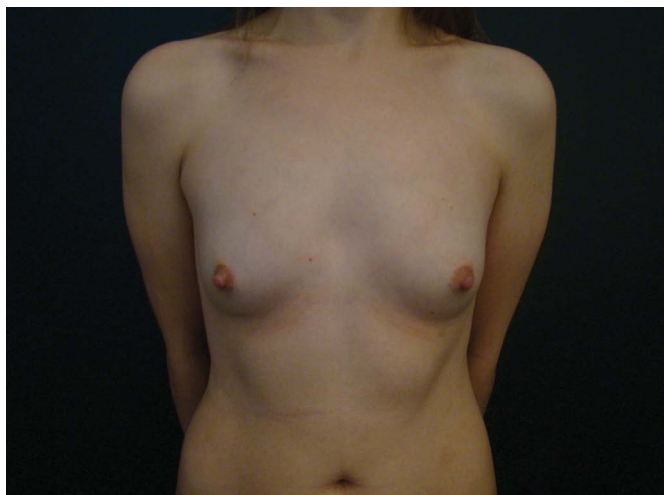


Figura 7A. Pré-operatório.

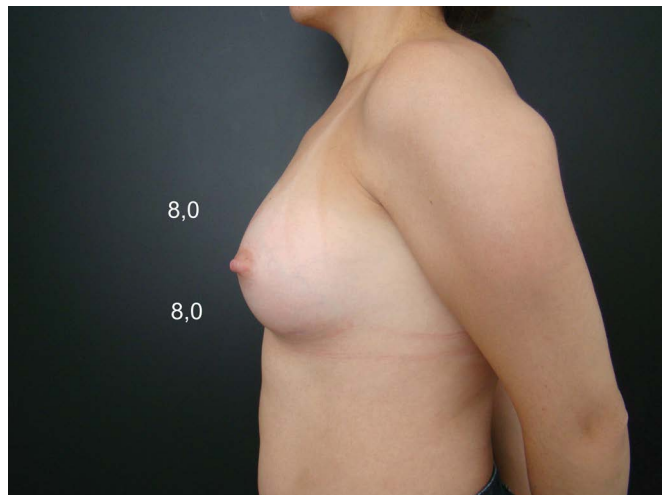


Figura 7D. Pós-operatório. Implante anatômico 230 cc.

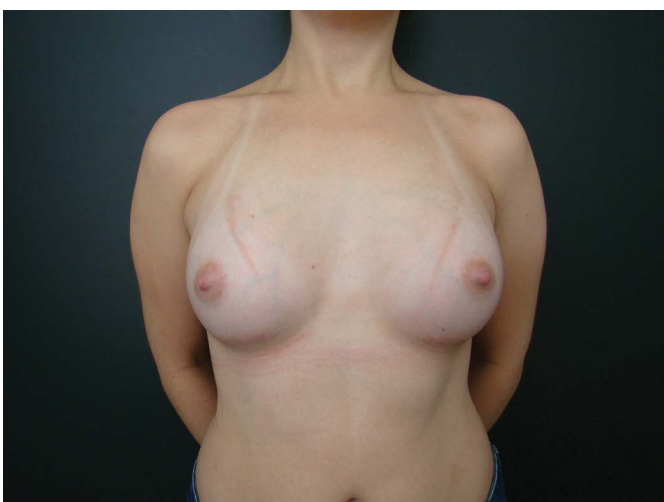


Figura 7B. Pós-operatório.

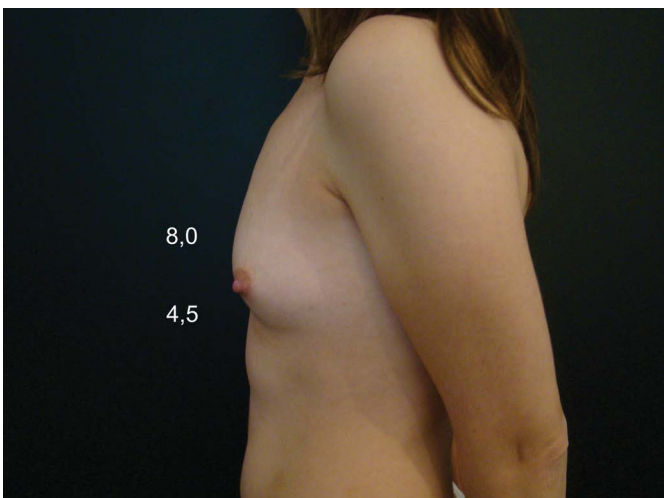


Figura 7C. Pré-operatório.

Tebbetts & Adams² propõem protocolo com apenas cinco tópicos para avaliação do tecido necessário para cobertura, volume, plano de inclusão, via de acesso e posição do sulco, considerando os implantes disponíveis nos catálogos dos fabricantes.

Tepper et al.⁸ analisaram imagens em 3D de pacientes que colocaram implantes redondos salinos e de silicone, por incisão periareolar, analisando as mudanças que ocorrem na morfologia da mama após mastoplastia de aumento. Avaliaram a distribuição volumétrica da mama nos polos superior e inferior e calcularam a influência do volume e da forma do implante em relação a estes polos. Não houve diferença na distribuição volumétrica após a colocação de implante redondo, permanecendo a mesma proporção de tecido nos polos superior e inferior no pré e pós-operatório. Este estudo nos mostra que, quando desejarmos maior projeção no polo inferior da mama, devemos optar por implantes que tenham maior volume e projeção na sua porção inferior. Observaram, também, perda de 20% na projeção anteroposterior das mamas submetidas a implante redondo por incisão periareolar, em relação às medidas referidas no código do implante. Esta observação sugere que a cicatriz periareolar pode restringir a projeção do implante, enquanto a incisão no sulco submamário não teria este inconveniente, facilitando o alongamento da distância papila-sulco e a obtenção da proporção desejada, do polo inferior (B) maior do que o polo superior (A).

Entendemos que vários fatores interferem no resultado das mastoplastias de aumento: aspectos anatômicos, conceitos e táticas empregadas pelo cirurgião e o desejo da paciente. Alguns destes têm sido apresentados em publicações recentes⁹⁻¹³.

Tabela 1. Medidas de pré e pós-operatório das pacientes submetidas à inclusão de implantes redondos.

	Medidas pré e pós operatório										
	Implante mamário - redondo										
	Pré - Direita		Pós - Direita		Pré - Esquerda		Pós - Esquerda		Volume Direita	Volume Esquerda	Tempo
	A	B	A	B	A	B	A	B	CC	CC	Meses
JCF	5,5	8	8,5	10	5,5	8	8	10,5	255	255	7
VBMN	6	6,5	9	9	6	6	9	9,5	305HI	305HI	11
JRM	5	6,5	9,5	9,5	5	6,5	9	9,5	215HI	215HI	8
MPF	6	6	8	9,5	5	7	7,5	9,5	330HI	330HI	4
JFG	4,5	6,5	9	9	4,5	7	9	9,5	235	235	4
JV	5,5	5,5	7,5	9	5,5	5,5	7,5	9	225HI	225HI	8
RYJO	6	6	7,5	9,5	6	6	8	9	235	235	7
ASCS	6,5	6,5	7,5	9,5	6,5	6,5	7,5	9,5	225HI	225HI	6
SSS	7,5	8	9	11	7,5	7,5	9	11	425XH	425XH	3
GMF	4,5	4,5	6	8	4,5	4,5	6	8,5	215HI	215HI	8
PASS	4	4,5	6	9	4,5	5	6	9	195	195	9
JVS	6	6	9,5	9,5	6	6,5	9,5	9,5	305	305	6
MLB	6,5	7	8	11	6	7	8	11	215	215	6
ECM	6,5	7	8,5	9,5	6	7	8	10	225HI	225HI	7
PQ	6	6	9	9	6	6	9	9	225HI	225HI	24
FMS	8,5	9	10	10	8	8,5	10	10	350 XH	350XH	4
FA S	7	8	9	10	7	8	9	10	265HI	265HI	4
FFC	5,5	6,5	8	9	6	6,5	8,5	9	240HI	240HI	7
PMS	5,5	5,5	8,5	8,5	5,5	6	8,5	8,5	240HI	240HI	5
JP	5	5,5	8	8,5	5	5,5	7,5	8,5	240HI	240HI	4
PCLM	5,5	7	8	8,5	5,5	7	8	9	240HI	240HI	8
CVMASR	6	7	8	9	6	7	8	9	265HI	265HI	4
CBS	8	8	9	9,5	8	8	8,5	9,5	255MD	255MD	6
DCO	6	7	8,5	9	6	7	9	9	240MD	240MD	7
ACSLL	4,5	6	7	9	5,5	6	7	9,5	240HI	240HI	12
EP	5	5	8	8	5	5	8	9	240HI	240HI	5
FMS	6	6,5	9	8	6	7	9	8	235	235	10

Camarena & Brambila¹⁴ sugerem usar implantes anatômicos nas diferentes alturas e larguras do tórax, assimetrias, pequenos volumes mamários e significativa déficit no polo inferior da mama. Recomendam o uso de implantes redondos nos casos de volume deficiente no polo superior, pseudoptoses e pequenas assimetrias.

Hedén¹⁵ utiliza forma matemática para calcular as dimensões do implante.

Observamos em sete pacientes de nossa casuística que a colocação de implante de projeção inferior não proporcionou as medidas finais desejadas. Isto foi atribuído ao início da curva de aprendizado ou à longa distância entre a fúrcula esternal e a papila, não corrigida adequadamente pela retirada de pele supra-areolar.

No caso da mama submetida a implante redondo, a obtenção das medidas adequadas fica mais fácil, devido ao implante apenas projetar o volume na parte central, mantendo, com isso, as proporções da mama.

No caso em que não se alcançou a proporção desejada, atribuímos ao posicionamento mais alto do implante. A paciente, porém, não se queixava do resultado, sendo, portanto, uma observação do autor.

Nas assimetrias do polo inferior foram utilizados implantes diferentes, escolhidos conforme tabela disponível pelo fabricante.

Stevens et al.⁶ apresentaram estudo com 708 implantes texturizados (Silimed®) e relatam: “Os

Tabela 2. Medidas de pré e pós-operatório das pacientes submetidas à inclusão de implantes anatômicos.

	Medidas pré e pós-operatório										
	Implante mamário - anatômico										
	Pré - Direita		Pós - Direita		Pré - Esquerda		Pós - Esquerda		Volume Direita	Volume Esquerda	Tempo
	A	B	A	B	A	B	A	B	CC	CC	Meses
ACSL	6,5	5,5	7,5	8	6,5	5,5	7	8,5	200 HI	200 HI	3
CA	8	6	8	9,5	8	6	8	9,5	250 HI	250 HI	3
MSV	8	4,5	8	8	8	4,5	8	8	230 HI	230 HI	6
TCMS	8	5,5	8,5	9,5	8	5,5	8,5	9,5	245 XH	245 XH	6
DMSV	8	6,5	8,5	9	7,5	6,5	8,5	9,5	250 HI	250 HI	3
THB	6,5	6	7	9	6,5	6	7	9,5	230 HI	230 XH	5
ECR	3,8	5	7,5	7,5	3,8	5	7,5	7,5	215 HI	215 HI	6
LF	7,5	6	7,5	9,5	7,5	6	7,5	9,5	230 HI	230 HI	3
MMNN	3,3	5	6,5	8	3,3	5	6,5	8	200 HI	200 HI	6
ASM	6	6	8	9,5	7	7	8,5	8,5	185 HI	200 HI	6
MCGS	7	5	7,5	8	7	5	7,5	8	250 HI	215 HI	3
NSL	6,5	6	7	10	6,5	6	7	10	200 HI	200 HI	3
TMF	8	6	8,5	9,5	8	6	8,5	9,5	250 HI	250 HI	7
RKVD	6,5	6	9	9	7	6	9	9,0	315 HI	270 HI	3
ACAC	5	6	7,5	9,5	5	5,5	7,5	9,5	230 HI	230 HI	3
COM	7	6	8	8,5	7	5,0	8	8	200 HI	200 HI	4
MCR	6	5,5	6	8	6	5,5	6	8	185HI	185HI	4
LCB	7,5	6	9	9	7,5	6	9	9,5	230HI	230HI	4
LSM	7,5	6	8	9	7,5	6	8,5	8,5	230HI	230HI	4
DRBG	5,5	5	8,5	8,5	6,5	4,5	8,5	9	230HI	230HI	4
EMMA	7,5	6	8	9	7,5	6	8	9	250HI	250HI	7
JSA	7	6	8,5	8,5	7,5	6	8,5	9	250HI	250HI	6
LCCR	5,5	5,5	6	7,5	5,5	5,5	6	8	185HI	185HI	4
ARC	8,5	7	9,5	10	8	7	9,5	9,5	270XH	270XH	9
EGMA	7	6	7	8,5	7	6	7,5	8,5	250HI	250HI	7
CMB	8	6	10	9	7,5	6,5	9	9,5	245XH	245XH	4
SGAC	8	7,5	8	8	9,5	7,5	9	8	215HI	215HI	5
SROL	7	4	8,5	8	7,5	5	9	8	230HI	215HI	7
GARJ	7,5	5,5	9	7	5,5	5	9	7	200HI	230HI	5
RAGB	8	5,5	8,5	8	7,5	6,5	9	9,5	270HI	270HI	5
SCC	5	5,5	12	8,5	4,5	5	11	8,5	220HI	220HI	6
FFM	7	5	8,5	8	7,5	5,5	9,5	8	250HI	250HI	6

implantes com forma estável de silicone gel mantêm a forma especialmente na posição vertical com menor incidência de dobras e baixo índice de contratura capsular, com vantagens sobre os implantes de quarta geração e sobre os implantes salinos”.

O conteúdo de gel coesivo contribui para a manutenção do resultado e minimiza a possibilidade de extravasamento. A maior variedade de formas e volumes, além da opção entre diferentes projeções,

larguras e alturas, refinam a escolha, porém exigem maior cuidado durante a avaliação pré-operatória.

Nas hipomastias acentuadas, devido à ausência de forma definida da mama, Indicamos os implantes de projeção inferior para definir ou direcionar uma forma com proporções adequadas à mama.

Com a aplicação do algoritmo apresentado, acreditamos ter maior probabilidade de se atingir um resultado com mamas de formato natural.

CONCLUSÕES

A escolha da forma dos implantes mamários foi determinada pela relação entre as medidas da borda superior da mama à papila (A) e da papila ao sulco mamário (B).

Quando a distância A for igual ou menor que B, indicamos o implante de projeção redonda e quando a distância B for menor que A indicamos o implante de projeção inferior.

Desta forma, atingimos as proporções desejadas nas mamoplastias de aumento.

REFERÊNCIAS

1. Tebbetts JB. A system for breast implant selection based on patient tissue characteristics and implant-soft tissue dynamics. *Plast Reconstr Surg.* 2002;109(4):1396-409. DOI: <http://dx.doi.org/10.1097/00006534-200204010-00030>
2. 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. PMID: 17099482 DOI: <http://dx.doi.org/10.1097/01.prs.0000191163.19379.63>
3. Adams WP Jr. The process of breast augmentation: four sequential steps for optimizing outcomes for patients. *Plast Reconstr Surg.* 2008;122(6):1892-900. PMID: 19050543 DOI: <http://dx.doi.org/10.1097/PRS.0b013e31818d20ec>
4. Spear SL, Bulan EJ, Venturi ML. Breast augmentation. *Plast Reconstr Surg.* 2006;118(7 Suppl):188S-196S. DOI: <http://dx.doi.org/10.1097/01.PRS.0000135945.02642.8B>
5. Rudolph R, Forcier N. Calculation of silicone breast implant volumes using breast magnetic resonance imaging. *Aesthet Surg J.* 2009;29(4):310-3. DOI: <http://dx.doi.org/10.1016/j.asj.2009.02.009>
6. Stevens WG, Hirsch EM, Tenenbaum MJ, Acevedo M. A prospective study of 708 form-stable silicone gel breast implants. *Aesthet Surg J.* 2010;30(5):693-701. DOI: <http://dx.doi.org/10.1177/1090820X10381880>
7. Bozola AR, Longato FM, Bozola AP. Análise geométrica da forma da beleza da mama e da forma de prótese baseado na proporção Phi: aplicação prática. *Rev Bras Cir Plást.* 2011;26(1):94-103. DOI: <http://dx.doi.org/10.1590/S1983-51752011000100019>
8. Tepper OM, Small KH, Unger JG, Feldman DL, Kumar N, Choi M, et al. 3D analysis of breast augmentation defines operative changes and their relationship to implant dimensions. *Ann Plast Surg.* 2009;62(5):570-5. DOI: <http://dx.doi.org/10.1097/SAP0b013e31819faff9>
9. Martin del Yerro JL, Vegas MR, Sanz I, Moreno E, Fernandez V, Puga S, et al. Breast augmentation with anatomic implants: a method based on the breast implantation base. *Aesthetic Plast Surg.* 2014;38(2):329-37. DOI: <http://dx.doi.org/10.1007/s00266-013-0190-5>
10. Adams WP Jr, Mallucci P. Breast augmentation. *Plast Reconstr Surg.* 2012;130(4):597e-611e.
11. Swanson E. Prospective outcome study of 225 cases of breast augmentation. *Plast Reconstr Surg.* 2013;131(5):1158-66 DOI: <http://dx.doi.org/10.1097/PRS.0b013e318287a0e1>
12. del Yerro JL, Vegas MR, Fernandez V, Moreno E, Sanz I, Puga S, et al. Selecting the implant height in breast augmentation with anatomical prosthesis: the "number Y". *Plast Reconstr Surg.* 2013;131(6):1404-12. DOI: <http://dx.doi.org/10.1097/PRS.0b013e31828bd65b>
13. Lista F, Tutino R, Khan A, Ahmad J. Subglandular breast augmentation with textured, anatomic, cohesive silicone implants: a review of 440 consecutive patients. *Plast Reconstr Surg.* 2013;132(2):295-303. DOI: <http://dx.doi.org/10.1097/PRS.0b013e3182958a6d>
14. Cárdenas-Camarena L, Encinas-Brambila J. Round gel breast implants or anatomic gel breast implants: which is the best choice? *Aesthetic Plast Surg.* 2009;33(5):743-51. PMID: 19484175
15. Hedén P. Mastopexy augmentation with form stable breast implants. *Clin Plast Surg.* 2009;36(1):91-104. DOI: <http://dx.doi.org/10.1016/j.cps.2008.08.003>

*Autor correspondente:

João Medeiros Tavares-Filho

Rua Buenos Aires, 255, Petrópolis, Rio de Janeiro, Brasil
CEP 25610-141

E-mail: clinicajoamedeiros@gmail.com