



Fatores de risco consequentes a complicações no pós-operatório da mastoplastia de aumento primária com implantes de silicone: Estudo retrospectivo

Risk factors resulting from complications in the postoperative period of primary breast augmentation with silicone implants: Retrospective study

OOONA TOMIÊ DARONCH^{1*}
RENATA FERNANDA RAMOS
MARCANTE¹
ARISTIDES AUGUSTO
PALHARES NETO¹

■ RESUMO

Introdução: A mastoplastia de aumento é uma das cirurgias plásticas mais realizadas no mundo. Tendo em vista sua alta aplicabilidade, é fundamental conhecer os fatores de risco relacionados à incidência de complicações pós-operatórias a fim de reduzi-las nesse tipo de procedimento. **Método:** Este estudo é retrospectivo feito por meio da análise dos prontuários de 76 pacientes que realizaram mastoplastia de aumento primária com implantes de silicone durante os meses de janeiro de 2018 a dezembro de 2020. **Resultados:** Observou-se que a presença de comorbidades aumentou a incidência de complicações pós-operatórias precoces ($p < 0,001$), mas não de complicações pós-operatórias tardias ($p = 0,8$). O maior tempo cirúrgico também aumentou a incidência de complicações pós-operatórias ($p = 0,005$). **Conclusão:** A presença de comorbidades influencia diretamente na incidência de complicações pós-operatórias da mastoplastia de aumento e por esta razão deve-se realizar uma adequada compensação pré-operatória antes de submeter as pacientes a este procedimento cirúrgico.

Descritores: Mastoplastia; Implantes de mama; Complicações pós-operatórias; Contratura capsular em implantes; Silicones.

■ ABSTRACT

Introduction: Breast augmentation is one of the most performed plastic surgeries in the world. Given its high applicability, it is essential to know the risk factors related to the incidence of postoperative complications to reduce them in this type of procedure. **Method:** This retrospective study analyzed the medical records of 76 patients who underwent primary breast augmentation with silicone implants from January 2018 to December 2020. **Results:** It was observed that the presence of comorbidities increased the incidence of early postoperative complications ($p < 0.001$) but not of late postoperative complications ($p = 0.8$). Longer surgical time also increased the incidence of postoperative complications ($p = 0.005$). **Conclusion:** The presence of comorbidities directly influences the incidence of postoperative complications after breast augmentation, and for this reason, adequate preoperative compensation must be carried out before submitting patients to this surgical procedure.

Keywords: Mammoplasty; Breast implants. Postoperative complications; Implant capsular contracture; Silicones.

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

Artigo submetido: 28/8/2022.
Artigo aceito: 13/6/2023.

Conflitos de interesse: não há.

DOI: 10.5935/2177-1235.2023RBCP0754-PT

INTRODUÇÃO

A mastoplastia de aumento com implantes é a cirurgia mais realizada em todo o mundo, sendo que em 2020 foram realizadas 1.621.281 cirurgias no total, e dessas

173.420 foram efetuadas no Brasil, representando 25% de todas as cirurgias plásticas estéticas feitas no país¹. Em 2020, o Brasil foi o segundo país que mais realizou cirurgias plásticas estéticas mundialmente, atrás apenas dos Estados Unidos, onde foram realizadas 371.997

¹ Universidade Estadual Paulista, Botucatu, SP, Brasil.

mamoplastias de aumento¹. Dessa forma, a mastoplastia de aumento continua sendo um dos procedimentos estéticos mais comuns realizados globalmente.

Nos Estados Unidos, são usados tanto implantes preenchidos com gel de silicone como preenchidos com solução salina. Em contrapartida, na Europa a grande maioria dos implantes utilizados são de silicone, porque são geralmente considerados superiores em termos de toque e durabilidade². Já no Brasil, as práticas mais comuns incluíram o uso de implantes redondos de microtextura e silicone revestido com poliuretano no procedimento primário³.

As alterações no preenchimento de gel de implantes modernos levaram ao desenvolvimento de géis de forma estável que são altamente coesivos. Mesmo com as alterações na composição dos implantes e o surgimento de novas tecnologias, a mastoplastia de aumento não é uma cirurgia isenta de complicações. As principais são contratura capsular, seroma, ptose da mama e infecção, as quais estão relacionadas com a superfície do implante⁴. Sabe-se que um risco presumido aumentado no desenvolvimento de contratura capsular é mostrado para as seguintes variáveis: maior duração do acompanhamento, cirurgia reconstrutiva da mama em pacientes com história de câncer de mama, colocação de implante subglandular, hematoma pós-operatório e superfície texturizada do implante⁵.

Apesar do baixo número relativo de complicações, o número absoluto devido ao alto número de casos representa uma questão importante que todo cirurgião plástico tem que enfrentar regularmente. Além das complicações, há também outros fatores relacionados com a taxa de reoperações, sendo que a maior queixa é a perda de projeção no polo superior e o abaulamento do polo inferior⁶. Dessa forma, torna-se fundamental conhecer os fatores de risco implicados no desenvolvimento de complicações pós-operatórias precoces e tardias na mastoplastia de aumento primário a fim de intervir nos fatores de risco modificáveis e alterar de forma positiva o desfecho dessas pacientes a longo prazo.

OBJETIVO

Os objetivos do presente trabalho foram realizar uma avaliação epidemiológica das pacientes submetidas a mastoplastia de aumento primária e verificar quais os principais fatores relacionados com a incidência de complicações no pós-operatório precoce e tardio.

MÉTODO

Trata-se de um estudo retrospectivo realizado por meio da análise de prontuários de pacientes submetidas a mastoplastia de aumento primária com implantes de silicone durante o período compreendido entre janeiro

de 2018 e dezembro de 2020. Foram pesquisadas todas as pacientes registradas no centro cirúrgico com o procedimento denominado “Mastoplastia de aumento” 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.

Os critérios de inclusão foram pacientes submetidas a mastoplastia de aumento primária durante o período estudado, sendo excluídas pacientes submetidas a mastopexia com implantes, mastoplastia 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 $IMC < 25 \text{ kg/m}^2$). 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 mastoplastia de aumento primária, o padrão é não realizar a colocação de drenos no pós-operatório. Todos os implantes colocados foram usados da mesma marca comercial. Não apresentamos conflitos de interesse pela marca empregada no serviço nem recebemos apoio financeiro ou científico da mesma.

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 mínimo de 18 meses, sendo o primeiro retorno realizado 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. Foram consideradas complicações pós-operatórias precoces as que ocorreram até 30 dias pós-operatório e tardias as que ocorreram após esse período.

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 elas 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. Para o estudo da correlação entre as variáveis, foi utilizado o coeficiente de correlação de Pearson. Os valores de $p < 0,05$ foram considerados estatisticamente significativos.

RESULTADOS

No período estudado, 76 pacientes foram submetidas a mamoplastia de aumento primária. Apenas 20% dessas cirurgias foram realizadas entre março e dezembro de 2020, período compreendido durante a pandemia em decorrência da COVID-19. A idade média das pacientes foi de 30,3 anos, com desvio padrão de 8,1 anos. O IMC médio dos pacientes foi de 22,2kg/m². A maioria das pacientes não apresentava nenhuma comorbidade (82,14%), sendo que, das pacientes que apresentavam comorbidades, a mais comum foi a presença de hipotireoidismo (5,36%), seguida de ansiedade (2,68%).

Das 76 pacientes submetidas a mamoplastia de aumento primária, o tempo médio de cirurgia foi de 80 minutos e todas as pacientes receberam alta no primeiro dia pós- operatório. A presença de complicações pós-operatórias precoces ocorreu em 5 pacientes (6,57%), sendo que em todos os casos a complicação encontrada foi a deiscência de ferida operatória. As complicações pós-operatórias tardias ocorreram em 4 pacientes (5,26%), sendo dois casos de assimetria, um caso de cicatriz hipertrófica e um caso de contratura capsular grau I.

Todas as pacientes receberam implantes mamários redondos, com exceção de uma paciente, na qual foi colocado formato anatômico, por preferência da mesma. O volume médio dos implantes foi de 332,5 gramas na mama direita e 335 gramas na mama esquerda. Apenas duas pacientes foram submetidas a colocação de volumes mamários diferentes entre uma mama e outra, ambas com assimetria mamária importante, sendo na primeira uma diferença de 50 gramas entre ambas as mamas e na segunda uma diferença de 45 gramas. Ambas apresentaram melhora na assimetria mamária do pós-operatório.

Observou-se que a presença de comorbidades aumentou a incidência de complicações pós-operatórias precoces, sendo que, das pacientes que não apresentaram comorbidades, somente 8,7% tiveram complicações precoces, e das que apresentaram pelo menos alguma comorbidade, 40,0% tiveram complicações precoces ($p < 0,001$), conforme evidenciado na Tabela 1. Não houve relação entre a presença de comorbidades e a incidência

de complicações pós-operatórias tardias (Tabela 2). Dos que não apresentaram comorbidades, 12,0% tiveram complicações tardias e dos que tiveram 10,0% apresentaram complicações pós-operatórias tardias.

Tabela 1. Relação entre a presença de comorbidades e a incidência de complicações pós-operatórias precoces ($p < 0,001$).

Comorbidade	Complicações precoces		Total
	Não	Sim	
Não (%)	91,3%	8,7%	100%
Sim (%)	60%	40%	100%

Tabela 2. Relação entre a presença de comorbidades e a incidência de complicações pós-operatórias tardias ($p = 0,80$).

Comorbidade	Complicações tardias		Total
	Não	Sim	
Não (%)	88,0%	12,0%	100%
Sim (%)	90,0%	10,0%	100%

Considerando-se as complicações de forma geral, dos que não tiveram comorbidades, 19,6% apresentaram complicações; dos que tiveram, 50,0%, mostrando uma porcentagem bem maior para quem teve comorbidades. Foi observada maior incidência de complicações pós-operatórias em pacientes que tiveram maior tempo cirúrgico ($p = 0,005$). Não houve relação entre o tipo de superfície da prótese e a incidência de complicações ($p = 0,06$). Também não houve relação entre a via de acesso para a colocação da prótese e a incidência de complicações pós-operatórias ($p = 0,12$). O tipo de colocação da prótese também não apresentou influência na incidência de complicações pós-operatórias ($p = 0,84$). Não houve relação entre o tempo cirúrgico e a incidência de complicações ($p = 0,03$). Não foi verificada associação entre o tamanho da base mamária e o volume do implante escolhido ($p = 0,43$), conforme evidencia o Gráfico 1 abaixo.

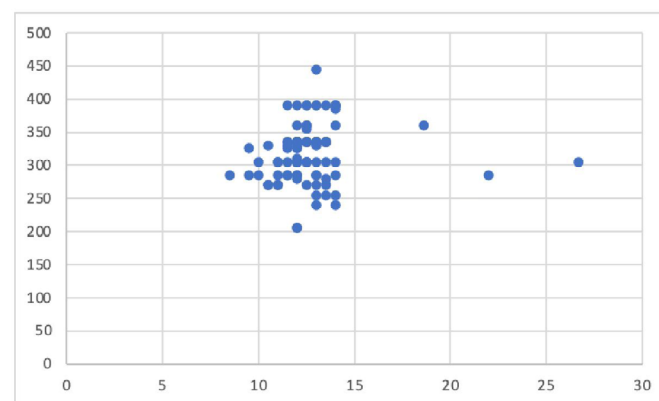


Gráfico 1. Relação entre a base mamária (em cm no eixo horizontal) e o volume do implante (em gramas no eixo vertical)

DISCUSSÃO

Em relação ao uso dos implantes mamários de silicone, um estudo brasileiro publicado em 2019 evidenciou que implantes de silicone redondos são os mais prevalentes³. Noventa e oito por cento utilizam implantes preenchidos com 100% de silicone. De acordo com a superfície de cobertura do implante: mais da metade dos cirurgiões (52,51%) preferiu implantes microtexturados no plano submuscular e 45,36% quando colocados no plano subfascial, seguidos por macrot textura em 25,64% dos casos³.

No presente estudo, todas as pacientes receberam implantes mamários redondos, com exceção de uma paciente, na qual foi colocado formato anatômico, por preferência da mesma. Em todos os casos foram usados implantes texturizados, tendo em vista que apresentam menor taxa de contratura capsular em comparação com os implantes lisos e a preferência do serviço é uso de implantes de poliuretano em caso de pacientes submetidas a cirurgia plástica pós-bariátrica.

No que tange à via de acesso e à loja para colocação dos implantes, foi observado que a incisão inframamária foi apontada como a favorita pela grande maioria dos cirurgiões brasileiros (89,66%) e a loja subglandular (54,78%) foi a abordagem mais usual para a colocação de implantes³.

No atual estudo, a via inframamária foi usada em todos os casos e as lojas subglandular e subfascial empregadas em 88,15% das pacientes, sendo maior possivelmente pela rotina do nosso serviço em colocação dos implantes no plano subfascial, com exceção das pacientes que apresentam indicação formal para colocação do implante no plano submuscular. Em nossa instituição, também não é realizada a colocação de implantes axilares e umbilicais, pela ausência de materiais necessários para esse procedimento e ausência de equipe treinada. Ainda não há consenso quanto à melhor via de acesso e plano do implante mamário, e, no momento, os melhores resultados ainda são baseados numa rotina sistematizada, dissecação cirúrgica precisa e contaminação mínima⁷.

Em relação ao volume do implante, em estudo brasileiro foi evidenciado que as próteses utilizadas variaram de 220g até 460g, conforme a necessidade avaliada pelo médico e a preferência de cada paciente. As mais escolhidas estão entre 295g e 325g, com média de 315,5g⁸. Tendo em vista que o presente estudo também foi realizado no Brasil e apresenta perfil de pacientes semelhantes, foi observado um volume médio dos implantes de 332,5g na mama direita e 335g na mama esquerda.

Sabe-se que a principal complicação de mastoplastia de aumento é a contratura capsular, sendo que quase

metade dos casos ocorrem nos primeiros dois anos⁹. As taxas de contratura capsular (escala de Baker graus III e IV) em 10 anos de acompanhamento foram de 9,2% para aumento e 14,5% para reconstrução mamária⁹. A taxa de ruptura confirmada foi de 9,4%, sem qualquer relato de migração do gel de silicone extracapsular⁹. Em nosso estudo foi observado um caso de contratura capsular grau I durante o tempo mínimo de acompanhamento de 18 meses.

As complicações pós-operatórias precoces da mamoplastia de aumento incluem hematoma, seroma, infecção, mau posicionamento do implante e dor⁹. Já as complicações pós-operatórias tardias são infecção, seroma, contratura capsular, animação do implante (excessiva, incomum, doloroso) ou distorções, visibilidade do implante, mau posicionamento (descida, bolha dupla, deformidade em cascata, etc.), ondulação do implante, enrugamento e palpabilidade, ruptura do implante, simastia, cicatrização deficiente ou hipertrofia da cicatriz⁹. Uma opção como tentativa de reduzir as intercorrências, como a temida deiscência de ferida operatória e ptose mamária precoce, seria a tática de fechamento de retalho fascial em sulco inframamário¹⁰.

Em estudo brasileiro publicado em 2021, foi observada taxa de seroma tardio de 0,429%⁸. A presença de seroma tardio sempre deve chamar atenção pela possibilidade de diagnóstico de BIA-ALCL. No presente estudo, não foi observado nenhum caso de seroma precoce ou tardio, possivelmente pelo menor tamanho da amostra.

O estudo principal da 410 Allergan concluiu que a complicação mais comumente relatada em cirurgia de implante mamário é a contratura capsular⁹, e o risco dessa complicação vem aumentando ao longo do tempo, com taxas de contratura capsular (escala de Baker graus III e IV) em 10 anos de acompanhamento de 9,2% para mamoplastia de aumento, e 14,5% para reconstrução mamária⁹.

De acordo com outras fontes, essa complicação ocorre em 2,4-14% das pacientes em aumento estético de mama, dependendo de múltiplos fatores¹¹. Quase metade das contraturas capsulares ocorre nos primeiros 2 anos de implantação e 80% nos primeiros 5 anos¹¹, com uma taxa de reoperação relacionada a complicações de até 15% dentro do primeiro ano.

Em nosso estudo, foi observada a presença de contratura capsular em duas pacientes (2,63%), taxa inferior à encontrada nos demais artigos, uma vez que as pacientes foram seguidas por um período de tempo menor e possivelmente outras pacientes desenvolverão essa complicação ao longo do tempo, com taxas semelhantes às encontradas na literatura se acompanhadas por pelo menos 10 anos após a colocação dos implantes.

Foi também observado que o tabagismo é um importante fator de risco para a contratura capsular e, portanto, contraindicação à cirurgia², sendo um dos motivos pelos quais não foram realizadas cirurgias em pacientes tabagistas. Atualmente, o tratamento para contratura capsular após colocação de implante subglandular é melhor realizado com a capsulectomia e conversão ao plano subpeitoral.

Dados na literatura a respeito da frequência de recorrência de contratura capsular são escassos, embora possa ser quase esperado em pacientes com cápsulas bilaterais². A decisão de obter, manter ou remover implantes mamários é a escolha do paciente. Alguns pacientes necessitam de reintervenção por contratura capsular ou ruptura do implante, nesse caso a reoperação é imperativa¹². No entanto, em um número cada vez maior de pessoas, a decisão de remover o implante é baseada nos desejos do paciente¹². No caso das duas pacientes que apresentaram contratura capsular no presente estudo nos graus iniciais de Baker (I e II) por esse motivo optou-se por manter conduta expectante.

Em relação aos fatores relacionados com a tentativa de minimizar a presença de contratura capsular, o uso de protetores de mamilo, irrigação de bolso com uma solução antibiótica, a técnica “no-touch” e outras medidas de prevenção de infecção podem limitar a taxa de contratura¹³.

No que tange ao IMC pré-operatório e à incidência de complicações, observou-se que um estudo recente com 2.565 pacientes comparando IMC acima/abaixo de 21 não encontrou diferença na incidência de contratura capsular após mamoplastia de aumento primária¹¹. Outros estudos não relataram qualquer impacto do IMC na taxa de complicações¹¹. Já no presente estudo foi observado que, dos pacientes sem obesidade ou outras comorbidades, somente 8,7% tiveram complicações pós-operatórias precoces, e daqueles com alguma comorbidade 40,0% tiveram complicações pós-operatórias precoces. Em relação às complicações pós-operatórias tardias, essa associação não foi verdadeira ($p=0,8$).

Um estudo realizado em 906 pacientes (dos quais 103 fumantes) que fizeram aumento estético dos seios mostrou uma incidência significativamente maior de seroma quando o paciente era fumante¹¹. No presente estudo não foi possível efetuar essa correlação, uma vez que pacientes com histórico de tabagismo ativo não foram incluídos². O tempo cirúrgico também deve ser considerado no planejamento, uma vez que foi diretamente proporcional à incidência de complicações pós-operatórias no presente estudo.

Outro fator associado como risco potencial de fator de contratura capsular é a localização da incisão que dá acesso à bolsa mamária. De acordo com um estudo retrospectivo em 183 pacientes de Jacobson et al.¹⁴, a

cirurgia transaxilar resulta significativamente no maior número de casos de contratura capsular (6,4%) seguido de periareolar (2,4%) e por último abordagem inframamária (0,5%). Em nosso estudo, todos os implantes mamários foram colocados por via inframamária, pois é o acesso mais comumente realizado em nosso serviço, sendo que, durante o acompanhamento das pacientes submetidas a mamoplastia de aumento, duas apresentaram contratura capsular e ambas foram submetidas à colocação de implantes via inframamária. Tendo em vista que em ambas a contratura capsular estava nos graus I e II de Baker, optou-se por manter conduta expectante.

CONCLUSÃO

A presença de comorbidades e o tempo cirúrgico prolongado influenciam diretamente na incidência de complicações pós-operatórias da mastoplastia de aumento. Deve ser realizada uma compensação adequada das pacientes no pré-operatório e uma organização metódica do tempo no intraoperatório a fim de melhorar o desfecho das pacientes a longo prazo.

COLABORAÇÕES

OTD Análise estatística, Conceitualização, Concepção e desenho do estudo, Gerenciamento do Projeto, Metodologia, Validação.

RFRM Concepção e desenho do estudo, Metodologia, Realização das operações e/ou experimentos, Redação - Revisão e Edição, Visualização

AAPN Aprovação final do manuscrito, Gerenciamento do Projeto, Supervisão.

REFERÊNCIAS

1. International Survey on Aesthetic (ISAPS). Cosmetic Procedure. West Lebanon: ISAPS; 2020.
2. Hidalgo DA, Spector JA. Breast augmentation. *Plast Reconstr Surg*. 2014;133(4):567e-83e. DOI: 10.1097/PRS.0000000000000033
3. Charles-de-Sá L, Gontijo-de-Amorim NF, Albelaez JF, Leal PR. Profile of breast augmentation surgery in Brazil. *Rev Bras Cir Plást*. 2019;34(2):174-86. DOI: 10.5935/2177-1235.2019rbcp0132
4. Montandon RE. A report on complications of breast implantation: evaluation of 546 cases in 8 years. *Rev Bras Cir Plást*. 2014;29(3):352-60. DOI: 10.5935/2177-1235.2014rbcp0066
5. Bachour Y, Bargon CA, de Blok CJM, Ket JCF, Ritt MJPF, Niessen FB. Risk factors for developing capsular contracture in women after breast implant surgery: A systematic review of the literature. *J Plast Reconstr Aesthet Surg*. 2018;71(9):e29-e48. DOI: 10.1016/j.bjps.2018.05.022
6. Neves LJVA. Reoperações após mamoplastias redutoras e mastopexias associadas a implantes de silicone. *Rev Bras Cir Plást*. 2019;34(Suppl. 2):79-82.
7. Maximiliano J, Oliveira ACP, Lorencetti E, Bombardelli J, Portinho CP, Deggerone D, et al. Breast augmentation: correlation between surgical planning and complication rates after surgery. *Rev Bras Cir Plást*. 2017;32(3):332-8. DOI: 10.5935/2177-1235.2017rbcp0056

8. Sabadin H, Grassi LS, Bodanese T, Hasse BC, Gabardo BB. Augmentation mammoplasty by subfascial technique. *Rev Bras Cir Plást.* 2021;36(3):244-8. DOI: 10.5935/2177-1235.2021RBCP0094
9. Nava MB, Rancati A, Angrigiani C, Catanuto G, Rocco N. How to prevent complications in breast augmentation. *Gland Surg.* 2017;6(2):210-7. DOI: 10.21037/g.s.2017.04.02
10. Mandu SH, Bernert BF, Lupion FG, Masi FDJ, Graf RM. Tactic to avoid complications in augmentation mastoplasty via submammary groove. Tactic to avoid complications in augmentation mastoplasty via submammary groove. *Rev Bras Cir Plást.* 2019;34(Suppl.1):4-6.
11. Montemurro P, Hedén P, Behr B, Wallner C. Controllable Factors to Reduce the Rate of Complications in Primary Breast Augmentation: A Review of the Literature. *Aesthetic Plast Surg.* 2021;45(2):498-505. DOI: 10.1007/s00266-020-01726-x
12. Lewin R, Göransson M, Elander A, Thorarinsson A, Lundberg J, Lidén M. Risk factors for complications after breast reduction surgery. *J Plast Surg Hand Surg.* 2014;48(1):10-4. DOI: 10.3109/2000656X.2013.791625
13. Charles-de-Sá L, Gontijo-de-Amorim NF, Rossi JK, Messeder AMDC, Jorge LNA, da Mota DSC, et al. Drainage on augmentation mammoplasty: Does it work? *J Plast Reconstr Aesthet Surg.* 2021;74(5):1093-100. DOI: 10.1016/j.bjps.2020.10.059
14. Jacobson JM, Gatti ME, Schaffner AD, Hill LM, Spear SL. Effect of incision choice on outcomes in primary breast augmentation. *Aesthet Surg J.* 2012;32(4):456-62. DOI: 10.1177/1090820X12444267

***Autor correspondente: Oona Tomié Daronch**

Rua Prof. Dr. Mauro Rodrigues de Oliveira S/N, Botucatu, SP, Brasil

CEP: 18618-688

E-mail: oona.daronch@yahoo.com.br