

Mastopexia associada a implantes de silicone: Técnica de sustentação dos implantes com retalho fascial inferior tipo “sutiã meia-taça”

Mastopexy Associated with Silicone Implants: Implant Support Technique with a Half-Cup Bra-Type Inferior Fascial Flap

Fabiel Spani Vendramin¹  Ailin Castelo Branco²  Lucas de Matos Pereira Dias³ 
Gustavo Soares de Marchi³  Luana Vendramin Domingos⁴ 

¹ Universidade Federal do Pará, Belém, PA, Brasil

² Clínica Spani Vendramin, Belém, PA, Brasil

³ Curso de Medicina, Universidade Federal do Pará, Belém, PA, Brasil

⁴ Curso de Medicina, Centro Universitário Metropolitano da
Amazônia, Belém, PA, Brasil

Endereço para correspondência Fabiel Spani Vendramin,
Universidade Federal do Pará, Belém, PA, Brasil
(e-mail: drfabiel@gmail.com).

Rev Bras Cir Plást 2025;40:s00451810587.

Resumo

Introdução A mastopexia com inclusão de implantes de silicone é uma das cirurgias estéticas mais comuns das mamas. A estabilização dos implantes é um fator fundamental para evitar recidiva precoce da ptose mamária. Nesta pesquisa descrevemos uma técnica de sustentação dos implantes através de um retalho da fáscia mamária profunda do músculo peitoral maior que se estende inferiormente na fáscia do músculo reto abdominal e oblíquo externo e lateralmente com a fáscia do serrátil, mimetizando um sutiã meia-taça. Também foram apresentadas as indicações e resultados desse método.

Materiais e Métodos Foi realizado uma pesquisa prospectiva dos resultados obtidos com a técnica descrita, utilizada em 37 pacientes com flacidez mamária, operadas de março de 2021 a março de 2023.

Resultados Foram utilizadas três superfícies de implantes: microtexturizados, texturizados e de poliuretano. Os resultados foram classificados como muito bom e excelente em 92,5% dos casos. Epidermólize foi a complicação mais frequente, ocorrendo em 12,5% das pacientes ou 9,4% das mamas operadas.

Conclusão O retalho distal da fáscia mamária profunda, incluindo sua continuação inferior e lateral com as fâscias dos músculos adjacentes, cobrindo a metade inferior do implante, mostrou-se eficaz para sustentação. É indicado para pacientes que desejam resultados menos “artificiais”, com a mama definida, porém com projeção moderada do colo mamário. A técnica apresentou baixa incidência de complicações.

Palavras-chave

- ▶ cirurgia plástica
- ▶ implante mamário
- ▶ implantes de mama
- ▶ mamoplastia
- ▶ procedimentos cirúrgicos eletivos
- ▶ procedimentos cirúrgicos operatórios
- ▶ retalhos cirúrgicos

Pesquisa realizada na Clínica Spani Vendramin, Belém, PA, Brasil.

recebido
29 de setembro de 2024
aceito
20 de maio de 2025

DOI [https://doi.org/
10.1055/s-0045-1810587](https://doi.org/10.1055/s-0045-1810587).
ISSN 2177-1235.

© 2025. The Author(s).

This is an open access article published by Thieme under the terms of the Creative Commons Attribution 4.0 International License, permitting copying and reproduction so long as the original work is given appropriate credit (<https://creativecommons.org/licenses/by/4.0/>)
Thieme Revinter Publicações Ltda., Rua Rego Freitas, 175, loja 1, República, São Paulo, SP, CEP 01220-010, Brazil

Abstract**Keywords**

- ▶ breast implantation
- ▶ breast implants
- ▶ mammoplasty
- ▶ surgery, plastic
- ▶ surgical flaps
- ▶ surgical procedures, elective
- ▶ surgical procedures, operative

Introduction Mastopexy with silicone implants is one of the most common cosmetic breast surgeries. Implant stabilization is a fundamental factor in avoiding early recurrence of ptosis. This study describes an implant–support technique in which a fascial flap of the pectoralis major muscle is extended inferiorly with the rectus abdominis and external oblique fascia, and laterally with serratus fascia, to simulate a half–cup bra. It also outlines the indications and outcomes for this method.

Materials and Methods This prospective study included 37 patients with breast ptosis who underwent the described technique from March 2021 to March 2023.

Results We used three implant surfaces: microtextured, textured, and polyurethane. The outcomes were very good and excellent in 92.5% of the cases. Epidermolysis was the most frequent complication and occurred in 12.5% of the patients, or 9.4% of the operated breasts.

Conclusion The distal flap of the deep mammary fascia, including its inferior and lateral continuation with the fasciae of the adjacent muscles, covering the lower half of the implant, proved to be an effective support. We indicate this flap for patients who want less “artificial” outcomes, with a defined breast but moderate cleavage projection. The technique presented a low incidence of complications.

Introdução

A flacidez de mamas ocorre quando o envelope cutâneo que as envolve se torna excedente em relação ao volume mamário, havendo assim uma relação desproporcional de conteúdo–continente. Isso é muito comum após a gestação, devido à distensão da pele provocada pelo aumento do volume das mamas durante a lactação. Para correção desta condição, a mastopexia é a cirurgia plástica mais indicada. O procedimento também é muito procurado por mulheres que sofreram grande perda ponderal e por aquelas que apresentam evolução da flacidez desde o início do desenvolvimento mamário.

A flacidez das mamas pode vir associada à hipomastia ou à hipertrofia mamária. Para aumento de volume usa-se implantes e ajusta-se o excesso de pele, no mesmo tempo cirúrgico ou em tempos diferentes. Em pacientes com volume mamário somado à flacidez que desejam obter um resultado estético de mamas firmes e polo superior marcado, como os das mamoplastias de aumento, opta-se pela ressecção parcial do volume mamário e a inclusão de implantes de silicone junto à mastopexia. Para ambos os casos, a literatura mostra uma maior possibilidade de complicações após as duas cirurgias (aumento mamário e mastopexia) em um mesmo tempo cirúrgico. Contudo, os avanços técnicos, como a que seria a mastopexia associada a inclusão de implantes de silicone (mastopexia de aumento), tem sido preferida em relação à cirurgia em dois tempos.^{1,2}

Uma das causas mais frequentes de insatisfação sobre a mastopexia associada a inclusão de implantes de silicone é a recidiva precoce da ptose mamária com apagamento do polo superior.^{3,4} Para solucionar este problema, diversas técnicas foram desenvolvidas utilizando estruturas teciduais para dar suporte ao implante, como por exemplo: o pedículo dermoglandular,⁵ a fásia mamária profunda,⁶ o músculo peitoral maior^{7,8} e as técnicas mistas com mais de uma estrutura.⁹

A utilização do plano subfascial para colocação de implantes mamários foi inicialmente proposta por Graf et al. em 1999¹⁰ e 2003.¹¹ A fásia muscular, ou profunda, é formada por um tecido conectivo denso, com uma espessura média de 0,49 mm na parte superior, 0,60 mm na inferior, 0,52 mm na medial e 0,68 mm na parte lateral da fásia do peitoral maior.¹² O tecido continua sobre as musculaturas adjacentes do reto abdominal, serrátil anterior e oblíquo externo.

Além disso, a fásia mamária profunda apresenta alguns pontos de conexão firmes com a lâmina profunda, que não são liberados na dissecação subfascial por estarem acima deste plano, sendo interessante poupá-los. Estes pontos são: próximo a segunda costela; ao nível do quarto espaço intercostal; e no sulco submamário.¹³ Por ser uma estrutura firme e inelástica, pode servir como opção para a estabilização dos implantes nas mastopexias de aumento.¹⁴

Objetivo

O objetivo da pesquisa é descrever uma técnica para a mastopexia associada a inclusão de implantes de silicone utilizando a fásia profunda para sustentação, suporte e estabilização do implante, mimetizando um sutiã meia-taça, e avaliar os resultados das pacientes em seguimento prospectivo após 1 ano da cirurgia, quanto às complicações e nível de satisfação.

Materiais e Métodos

Foi realizada uma pesquisa prospectiva na Clínica Spani Vendramin, de fevereiro de 2021 a agosto de 2024, conduzida de acordo com os princípios da declaração de Helsinki e autorizado pelo Comitê de Ética em Pesquisa do Instituto de Ciências da Saúde da Universidade Federal do Pará (CAAE: 81283224.8.0000.0018).

O estudo descreve a técnica de mastopexia associada a inclusão de implantes de silicone, sustentado por um retalho distal da fáscia profunda.

As pacientes foram operadas pelo primeiro autor, de março de 2021 a março de 2023, com a técnica descrita na pesquisa. O seguimento mínimo foi de 1 ano. Foram coletadas informações quanto ao grau de ptose, segundo a classificação de Regnault,¹⁵ tipo e volume do implante, complicações e nível de satisfação. Este último foi medido após pelo menos 1 ano da cirurgia por meio da escala de Likert de 5 pontos, sendo 1 = ruim, 2 = razoável, 3 = bom, 4 = muito bom e 5 = excelente.

Os critérios de inclusão para a pesquisa foram pacientes com idade entre 18 e 60 anos, com ptose mamária, submetidas a mastopexia associada a inclusão de implantes de silicone utilizando a técnica descrita nesta pesquisa. Os critérios de exclusão foram pacientes fumantes, com índice de massa corporal (IMC) acima de 30 Kg/m² ou percentuais de gordura corporal acima de 40%, e que não puderam ser acompanhadas.

Planejamento

A consulta médica prévia levou a indicação para a mastopexia associada a inclusão de implantes de silicone, com a técnica de sustentação dos implantes mamários por retalho fascial, para pacientes que desejavam resultados de formato mais natural, com o polo superior pouco à moderadamente projetado, sem evolução da mama com o aspecto de *waterfall* (implante alto associado a ptose do parênquima mamário) e sem a movimentação exagerada das mamas com a contração do músculo peitoral.

A escolha do implante, considerando tipo, superfície, volume e marca, foi feita pela paciente em conjunto com o profissional. Foram consideradas as preferências da paciente, as medidas do tórax e da base da mama, bem como o entendimento sobre as vantagens e desvantagens de cada tipo de implante. Quanto à técnica de mastopexia (vertical, em “L” ou em “T” invertido), a escolha sempre priorizou a menor cicatriz possível, desde que adequada ao tratamento do excesso de pele.

Marcação pré-operatória

Marca-se o ponto A na projeção do sulco submamário (SSM) ao nível da linha média da mama, aproximadamente 18 a 20 cm da fúrcula esternal, e o ponto B no SSM, distando ao redor de 10 cm da linha mediana do corpo. Um ponto B' foi marcado na linha média da mama, 2 cm acima do B. Depois desenha-se duas linhas curvas, ligando o ponto A ao ponto B', uma passando medialmente e outra passando lateralmente à aréola, formando um fuso de pele (► Fig. 1). Esta é uma previsão temporária da pele a ser retirada, pois a verificação real será feita no intraoperatório, após a colocação do implante.

Técnica cirúrgica

As pacientes foram operadas com anestesia peridural e sedação ou anestesia geral. O procedimento foi iniciado com uma lipoaspiração de contorno mamário, na parte lateral do tórax e anterior da axila. Esta gordura foi separada para eventual necessidade de refinamento no final da cirurgia. Procedeu-se à

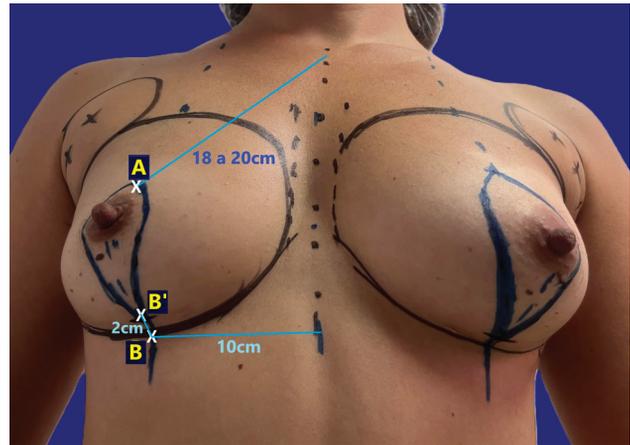


Fig. 1 Marcação inicial da cirurgia. Ponto A na linha média da mama, distando 18 a 20 cm da fúrcula esternal. Ponto B no sulco submamário, distando 10 cm da linha mediana do corpo. Ponto B' 2 cm acima do B, na linha média da mama. Marca-se um fuso unindo o ponto A ao B', que seria a pele inicialmente a ser retirada.

decorticação periareolar, seguido da incisão do tecido mamário no polo inferior, nas margens da marcação, até aproximadamente 0,5 cm acima da fáscia muscular. Manteve-se este plano de dissecação em todo polo inferior da mama, onde o retalho será confeccionado. Esta fina camada de tecido mamário deixada sobre a fáscia ajuda na manipulação do retalho fascial, no momento da sua dissecação. De acordo com a necessidade, retirou-se tecido mamário na parte lateral e central da mama, deixando-as com uma espessura de aproximadamente 3 a 4 cm, além de 2,5 a 3 cm na parte medial.

Em seguida, realizou-se uma incisão oblíqua na fáscia muscular ao nível da quarta costela, dissecando o retalho fascial da região proximal para distal, até chegar ao nível do SSM (► Fig. 2). O retalho era composto pela fáscia muscular, porção profunda da fáscia mamária superficial e uma fina camada de parênquima mamário (► Fig. 3). A fim de se evitar cortar a fáscia ao longo da dissecação do retalho, a ponta do bisturi elétrico ficava ligeiramente direcionada para o músculo e a tração da fáscia foi realizada com cuidado para cima e para frente, fazendo uma bascula no afastador. Ao finalizar a dissecação, o retalho se assemelha a uma bolsa (► Fig. 4). Após



Fig. 2 Desenho esquemático da cirurgia. O retalho fascial cobre a metade inferior dos implantes mamários.

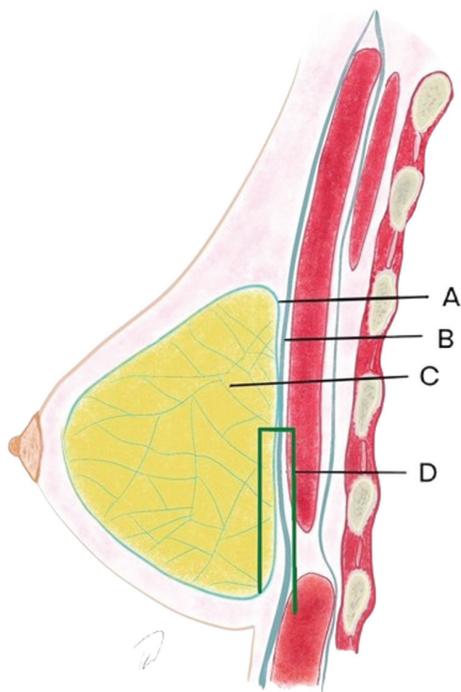


Fig. 3 Desenho em plano sagital da mama, mostrando os planos teciduais que compõem o retalho: (A) porção profunda da fáscia mamária superficial; (B) fáscia muscular (fáscia mamária profunda); (C) glândula mamária; (D) retalho contendo uma fina porção do parênquima mamário, a porção profunda da fáscia superficial e a fáscia muscular.

a lavagem da área descolada com solução fisiológica e troca de luvas, o implante foi inserido, ficando com a metade inferior sob o retalho fascial e a superior no plano subglandular. Desta forma, a sustentação proporcionada pelo retalho é semelhante a um sutiã meia-taça (►Fig. 5).

Fez-se então o ajuste de pele, tracionando a borda medial para lateral, ressecando seu excesso, usando o ponto B como

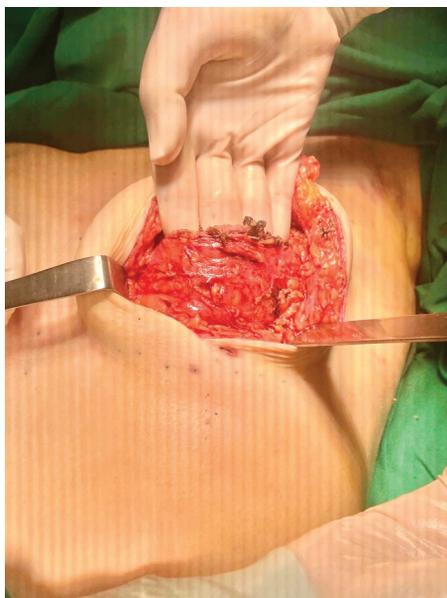


Fig. 4 Retalho fascial dissecado. Espaço subfascial onde será inserido o implante mamário.



Fig. 5 Implante mamário posicionado. Sua parte inferior está coberta pelo retalho fascial, mimetizando um sutiã meia-taça, para sustentação do mesmo.

referência de meridiano da mama. Depois, tracionou-se a borda lateral para medial, também ressecando seu excesso, usando o mesmo ponto de referência. Suturou-se o retalho fascial na parte profunda do parênquima mamário, na sua porção superior, fazendo uma tração céfalica com 3 a 4 pontos em X, usando fio de poliglactina 2.0 (►Fig. 6). Neste momento percebeu-se a firmeza do tecido fascial empurrando o implante superior e medialmente.

Posicionou-se o complexo areolopapilar (CAP) no ponto A, soltando-o na parte lateral e medial apenas o suficiente para acomodá-lo sem tensão. Fez-se a sutura do tecido mamário com fio de poliglactina 2.0 e outra camada na derme profunda com fio de poliglactina 3.0. Elevou-se o dorso da mesa cirúrgica, deixando a paciente sentada, para marcar a posição do CAP, deixando uma linha vertical por volta de 6 cm e



Fig. 6 Fixação do retalho fascial. Mama direita: fixação do retalho à parte profunda do parênquima mamário no polo superior da mama, tracionando-o superiormente. Mama esquerda: retalho já fixado, cobrindo a metade inferior do implante mamário.

Tabela 1 Formato dos implantes de silicone empregados na mastopexia de aumento com a técnica do retalho fascial

| Formato do silicone | Número de casos | Percentual |
|----------------------------------|-----------------|------------|
| Cônico | 10 | 31,25% |
| Redondo, perfil alto | 8 | 25,00% |
| Redondo, perfil de extraprojeção | 14 | 43,75% |
| Total | 32 | |

finalizou o ajuste de pele no sentido horizontal em “L” ou “T” invertido, de acordo com a necessidade, e a sutura intradérmica com fio de poliglecaprone 4.0.

Cuidados pós-operatórios

Administrou-se cefazolina por 24 horas e foi colocado *taping* ao final da cirurgia pela fisioterapeuta. O sutiã foi mantido aberto nos primeiros 5 dias para evitar compressão e isquemia do CAP. Iniciou-se a cinesioterapia com a equipe de fisioterapia a partir do segundo dia de pós-operatório.

Resultados

No decorrer do estudo foram operadas 37 pacientes com esta técnica, seguindo os critérios de inclusão e exclusão. Como 5 não tiveram continuidade no acompanhamento por um período até o 1 ano de pós-operatório, restaram 32 pacientes no estudo. A paciente com menor tempo de acompanhamento foi de 1 ano e a que teve maior tempo foi de 2 anos e 6 meses. As idades variaram entre 18 e 56 (média: 41,7) anos; o índice de massa corporal (IMC) ficou entre 22,5 e 28,8 (média: 27,1) kg/m²; o percentual de gordura corporal (PGC) variou de 23,3 a 37,2%.

Foram 15 pacientes com ptose grau III, 6 com grau II e 11 com grau I. O volume dos implantes variou de 250 a 430 ml, sendo a mediana 305 ml. Além disso, 10 pacientes utilizaram implantes cônicos de perfil alto de poliuretano (Silimed Advance HI) e 22 utilizaram implantes redondos distribuídos da seguinte maneira: 3 de perfil alto de poliuretano (Silimed Maximum HI), 5 de perfil alto texturizado (Silimed Maximum HI, True texture), 7 de perfil extraprojeção de poliuretano (Polytech Meme XP, Microthane), 6 de perfil de extraprojeção microtexturizado (Polytech Meme XP), e 1

Tabela 2 Revestimento dos implantes de silicone empregados na mastopexia com a técnica do retalho fascial

| Revestimento do silicone | Número de casos | Percentual |
|------------------------------|-----------------|------------|
| Poliuretano | 20 | 62,50% |
| Espuma de silicone expandido | 1 | 3,12% |
| Texturizado | 5 | 15,62% |
| Microtexturizado | 6 | 18,75% |
| Total | 32 | |

Tabela 3 Complicações encontradas no seguimento das pacientes submetidas à mastopexia associada a inclusão de implantes de silicone com a técnica do retalho fascial

| Tipos de Complicações | Quantidade de casos | Percentual |
|---|---------------------|------------|
| Epidermólise na junção de cicatrizes ou no complexo areolopapilar | 04 | 12,5% |
| Cicatriz alargada | 02 | 6,25% |
| Cicatriz discrômica | 02 | 6,25% |
| Cicatriz hipertrófica | 01 | 3,12% |
| Infecção | 0 | 0 |
| Seroma | 0 | 0 |
| Deslocamento do implante | 0 | 0 |
| Recidiva precoce da ptose | 0 | 0 |
| Dupla bolha | 0 | 0 |
| Assimetria de colo | 0 | 0 |

de perfil de extraprojeção com revestimento de espuma de silicone expandida (LifeSil Adherence BEJ), como pode ser visto nas ►**Tabelas 1–2**.

As complicações são descritas na ►**Tabela 3**. Epidermólise foi a mais frequente, em 4 pacientes (12,5%), porém em 2 pacientes foi bilateral e nas outras 2 foi unilateral, com 6 casos em 64 mamas (9,4%). Não houve recidiva da ptose neste período, com pouca mudança de resultado ao longo do tempo da pesquisa (►**Figs. 7–8**).

**Fig. 7** Fotos da evolução da paciente. (A) Pré-operatório. (B) Com 8 meses de pós-operatório. (C) Com 2 anos e 4 meses de pós-operatório.



Fig. 8 Fotos da evolução da paciente. (A) Pré-operatório. (B) Com 6 meses de pós-operatório. (C) Com 1 ano e 6 meses de pós-operatório.

O resultado foi considerado muito bom ou excelente por 92,5% das pacientes (►Figs. 9–10), assim como duas classificações de bom. Um dos casos teve deiscência com cicatriz alargada, necessitando retoque com anestesia local depois de 1 ano e ficou satisfeita. O outro teve cicatriz hipercrômica e

foi indicado tratamento com dermatologista. Tendo classificado o resultado como razoável, a paciente se submeteu a diversos tratamentos com drenison oclusivo, creme de triancinolona 1%, creme de tamoxifeno 1%, placa de silicone e microagulhamento. Observou-se melhora na cicatriz, não

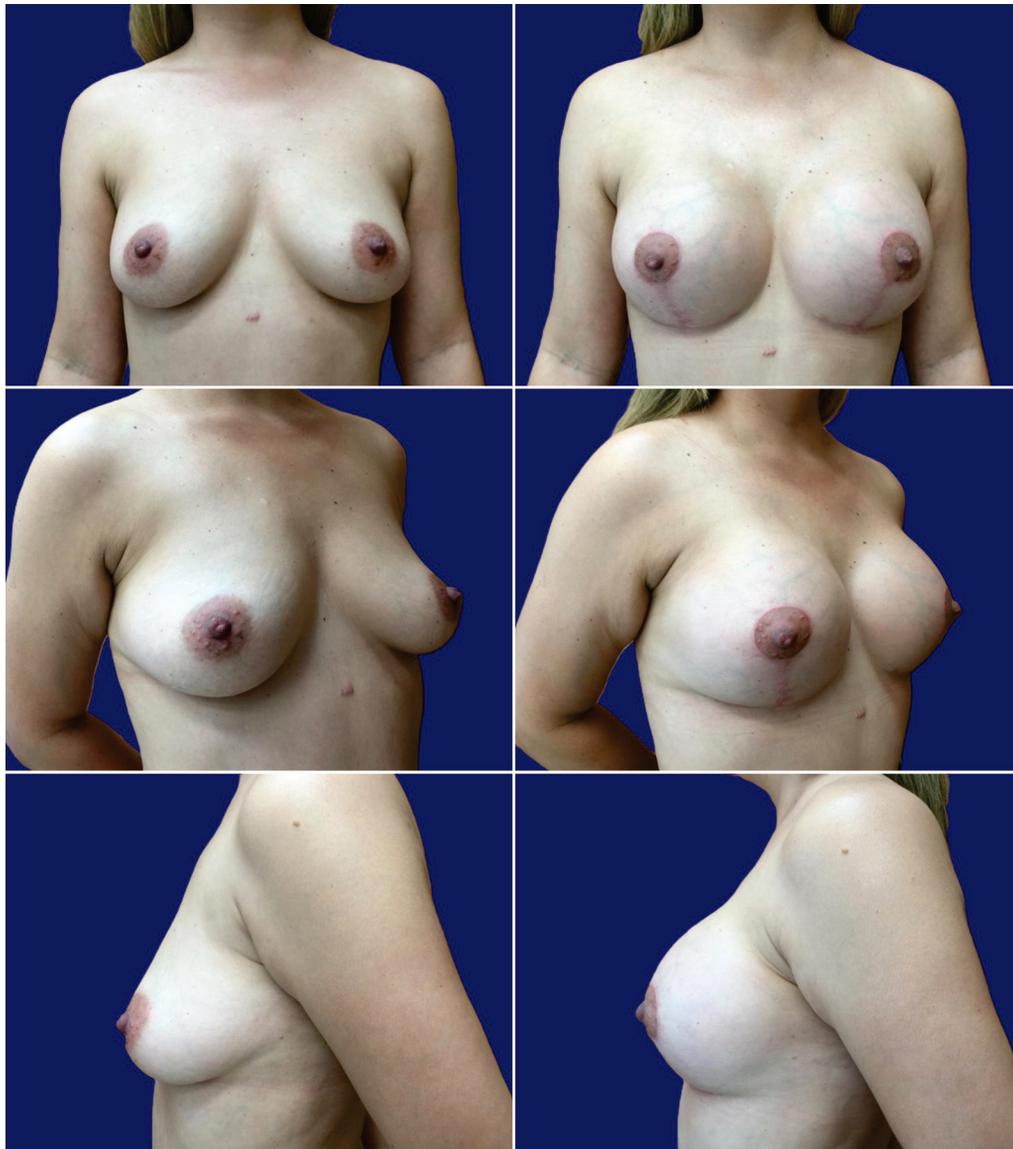


Fig. 9 Fotos pré- e pós-operatórias da paciente. Coluna esquerda: pré-operatório. Coluna direita: 1 ano e 1 mês após a cirurgia.

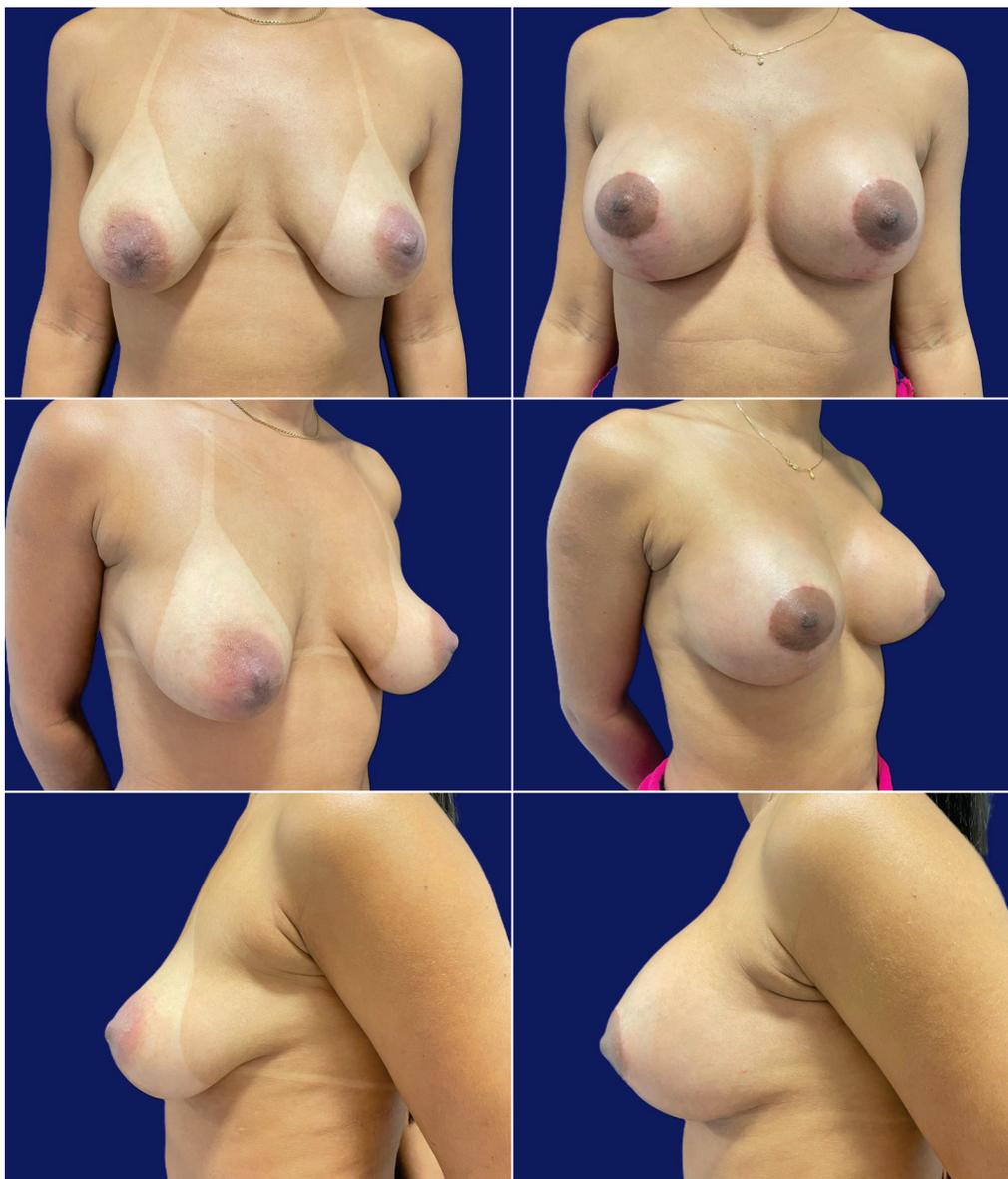


Fig. 10 Fotos do pré e pós-operatório da paciente. Coluna esquerda: pré-operatório. Coluna direita: 1 ano e 6 meses após a cirurgia.

sendo indicado cirurgia corretiva. A paciente ficou conformada com o que conseguiu atingir de melhora na cicatriz e ao final considerou satisfatório o resultado.

Discussão

A procura nos consultórios dos cirurgiões plásticos pela mastopexia com inclusão de implantes de silicone é grande, abrangendo tanto pacientes com flacidez mamária após a gestação, após cirurgia bariátrica ou grandes emagrecimentos e situações específicas de mamas cujo desenvolvimento é alterado desde a puberdade. No presente estudo, a idade variou de 18 a 56 (média de 41,7) anos.

As pacientes selecionadas para esta técnica eram mais reservadas e discretas, não gostavam de chamar muita atenção para si e não desejavam um grande realce do colo mamário ou implantes muito evidentes. Em relação ao formato dos implantes, indicávamos o modelo cônico para

pacientes que queriam resultados mais naturais, e implantes redondos de perfil alto ou extra projeção para aquelas que queriam colo moderadamente marcado. Quando o desejo era por colo bastante realçado, indicou-se outro tipo cirurgia, com sustentação feita por alça muscular. Esses casos não fizeram parte do estudo.

Quanto ao revestimento dos implantes, a preferência foi pelos de poliuretano (62,5%), por acrescentar um fator a mais para a estabilização dos implantes. Mas também se utilizou implantes microtexturizados em 18,75% e texturizado em 15,6% das pacientes, não se observando prejuízo no resultado, demonstrando a capacidade do retalho fascial em sustentar estes três tipos de implantes.

Inicialmente, as cirurgias de mastopexia associada a inclusão de implantes de silicone eram feitas no plano subglandular, onde o implante era colocado no espaço de Chassaignac, muitas vezes destruindo as conexões profundas da fásia mamária superficial.^{12,13} Consequentemente, o

peso do implante recaía sobre a pele, que logo cedia, resultando recidiva precoce de ptose, com queixas frequentes.¹⁶ Diante deste cenário, novas técnicas foram desenvolvidas para fornecer estruturas mais firmes para sustentar o implante, impedindo que o mesmo exercesse pressão sobre a pele.

Muitas táticas que utilizam o músculo, como alça muscular, plano duplo e submuscular total, foram descritas com bons resultados quanto a sustentação do implante.^{2,7,8} Porém, algumas desvantagens das técnicas submusculares podem ser vistas, incluindo deslocamento do implante, alargamento do espaço entre as mamas, menor controle do preenchimento no polo superomedial, distorção do formato da mama com a contração do músculo peitoral e maior possibilidade de assimetria, principalmente de colo mamário.^{1,4}

Além disso, cirurgias com suporte muscular também costumam ser mais complexas e apresentam tendência em evoluir com *waterfall*, principalmente se permanecer um volume um pouco maior de tecido mamário. A movimentação excessiva durante a contração do músculo peitoral maior é outra característica desta cirurgia pouco apreciada pelas pacientes, principalmente aquelas buscando resultados mais naturais. A utilização de retalhos glandulares para sustentação dos implantes não teve muito sucesso na prevenção da ptose,¹⁶ pois a fâscia mamária superficial não é resistente suficiente para suportar o implante. Porém, a fâscia mamária profunda, correspondente a fâscia muscular, apresenta características diferentes, sendo composta por um tecido conectivo denso, mais firme e inelástico.¹⁰⁻¹³

Neste sentido, a utilização da fâscia muscular pode ser uma opção interessante para este tipo de paciente, com resultado duradouro (→ **Fig. 7**). A técnica descrita neste trabalho assemelha-se ao *composite reverse inferior muscle sling* (CRIMS) descrito por Munhoz et al.;¹⁷ porém, em vez de ser feito um retalho muscular, foi empregado um retalho da fâscia muscular. Alguns pacientes têm uma fâscia muito tênue. Para estes casos, a tática cirúrgica foi mudada para a utilização da alça muscular, ou pela dissecação do retalho intramuscular, deixando fibras acima e abaixo do plano de descolamento.

A técnica descrita na pesquisa apresentou baixos índices de complicações, como os reportados na maioria dos trabalhos de mastopexia.^{2,6,7,18} Ocorreu um retoque de cicatriz com anestesia local e, ao final de 1 ano de acompanhamento, não havia nenhuma paciente insatisfeita com o formato das mamas ou reclamando de ptose do implante que sugerisse necessidade de reoperação. Esta alta satisfação deve-se à triagem na consulta pré-operatória, alinhando as expectativas das pacientes com a realidade e selecionando corretamente aquelas que buscam resultados mais naturais, ou polo superior definidos, mas sem exagero. Este retalho fascial também ajudaria na situação particular de pacientes jovens que desejam amamentar futuramente e, portanto, não podem perder muito tecido mamário. Nestes casos, a colocação do implante submuscular tenderia a levar a *waterfall*, com tendência menor no retalho fascial.

A recidiva precoce da ptose mamária costuma ocorrer já no primeiro ano. Neste trabalho, o acompanhamento das pacientes variou de 1 ano e 2 meses a 2 anos e 6 meses. No

entanto, a continuidade do acompanhamento é importante para assegurar a manutenção dos resultados por mais tempo.

Conclusão

A técnica de mastopexia com implantes de silicone obteve bons resultados no período de acompanhamento de até 2 anos e meio, com baixa incidência de complicações. O retalho fascial distal, confeccionado como um sutiã meia-taça, é seguro e eficiente na sustentação dos implantes, tanto de revestimento de poliuretano como texturizados e microtexturizados. A técnica é uma boa opção principalmente para pacientes que procuram resultados com o implante marcando o polo superior de maneira leve a moderada.

Fonte de Financiamento

Os autores declaram que não receberam financiamento para este estudo.

Ensaio Clínico

Não.

Conflito de Interesses

Os autores não têm conflito de interesses a declarar.

Referências

- 1 Artz JD, Tessler O, Clark S, Patel S, Torabi R, Moses M. Can It Be Safe and Aesthetic? An Eight-year Retrospective Review of Mastopexy with Concurrent Breast Augmentation. *Plast Reconstr Surg Glob Open* 2019;7(06):e2272. Doi: 10.1097/GOX.0000000000002272
- 2 Procópio LD, Silva DDP, Rosique R. Implante submuscular em duplo bolso para mastopexias de aumento. *Rev Bras Cir Plást* 2019;34(02):187-195. Doi: 10.5935/2177-1235.2019RBCP0133
- 3 Khavanin N, Jordan SW, Rambachan A, Kim JYS. A systematic review of single-stage augmentation-mastopexy. *Plast Reconstr Surg* 2014;134(05):922-931. Doi: 10.1097/PRS.0000000000000582
- 4 Neves LJVA. Reoperações após mamoplastias redutoras e mastopexias associadas a implantes de silicone. *Rev Bras Cir Plást* 2019;34(Suppl 2):79-82. Doi: 10.5935/2177-1235.2019RBCP0126
- 5 Pessoa MCM, Accorsi AJ Jr, Ribeiro L, Moreira LF. Mastopexia com implantes: uso sistemático dos retalhos de base inferior de Ribeiro. *Rev Bras Cir Plást* 2013;28(03):333-342. Available from: <https://rbcp.org.br/details/1417/pt-BR/mastopexia-com-implantes-uso-sistematico-dos-retalhos-de-base-inferior-de-ribeiro>
- 6 Graça Neto L. Tratamento da ptose mamária através da colocação de implantes de silicone subfascial seguidos de mastopexia em “T” invertido. *Rev Bras Cir Plást* 2020;35(03):269-275. Doi: 10.5935/2177-1235.2020RBCP0049
- 7 Ono MT, Karner BM. Four-step Augmentation Mastopexy: Lift and Augmentation at Single Time (LAST). *Plast Reconstr Surg Glob Open* 2019;7(11):e2523. Doi: 10.1097/GOX.0000000000002523
- 8 Rigo MH, Piccinini PS, Sartori LDP, Carvalho LARd, Uebel CO. SMS-Split Muscle Support: A Reproducible Approach for Breast Implant Stabilization. *Aesthetic Plast Surg* 2020;44(03):698-705. Doi: 10.1007/s00266-019-01565-5
- 9 Araujo LRR, Itikawa WM. Técnica de duplo espaço modificada para mastopexia de aumento. *Rev Bras Cir Plást* 2022;37(01):36-44. Doi: 10.5935/2177-1235.2022RBCP0007
- 10 Graf RM, Bernardes A, Auersvald A, Damasio RCC. Mamoplastia de aumento transaxilar videoendoscópica subfascial. *Rev Bras Cir Plást* 1999;14(02):45-54. Available from: <https://www.rbcp.org.br>

- org.br/details/214/pt-BR/mamoplastia-de-aumento-transaxilar-videoendoscopica-subfascial
- 11 Graf RM, Bernardes A, Rippel R, Araujo LR, Damasio RC, Auersvald A. Subfascial breast implant: a new procedure. *Plast Reconstr Surg* 2003;111(02):904–908. Doi: 10.1097/01.PRS.0000041601.59651.15
 - 12 Jinde L, Jianliang S, Xiaoping C, Xiaoyan T, Jiaqing L, Qun M, Bo L, et al. Anatomy and clinical significance of pectoral fascia. *Plast Reconstr Surg* 2006;118(07):1557–1560. Doi: 10.1097/01.prs.0000237002.89761.98
 - 13 Rehnke RD, Groening RM, Van Buskirk ER, Clarke JM. Anatomy of the superficial fascia system of the breast: a comprehensive theory of breast fascial anatomy. *Plast Reconstr Surg* 2018;142(05):1135–1144. Doi: 10.1097/PRS.00000000000004948
 - 14 Graf R. Does fascia provide additional, meaningful coverage over a breast implant? *Plast Reconstr Surg* 2004;113(02):777–779; author reply 779–780. Doi: 10.1097/01.PRS.0000104516.13465.96
 - 15 Regnault P. Breast ptosis. Definition and treatment. *Clin Plast Surg* 1976;3(02):193–203. Doi: 10.1016/S0094-1298(20)30220-0
 - 16 Gomes RS. Mastopexia com retalho de pedículo superior e implante de silicone. *Rev Bras Cir Plást* 2008;23(04):241–247. Available from: <https://rbcp.org.br/details/380/pt-BR/mastopexia-com-retalho-de-pediculo-superior-e-implante-de-silicone>
 - 17 Munhoz AM, Marques Neto A, Ferrari O. Single-stage augmentation mastopexy with composite reverse inferior muscle sling technique for autologous reinforcement of the inferior pole: technical refinements and outcomes. *Aesthet Surg J* 2020;40(06):NP356–NP373. Doi: 10.1093/asj/sjz334
 - 18 Sodré RL, Calil JA, Ferreira RA, do Espírito Santo PRQ, Ruiz CT, Piotrowsky MF, et al. A mastopexia de aumento em L. *Rev Bras Cir Plást* 2023;38(02):e0684. Doi: 10.5935/2177-1235.2023.RBCP0684-EN