



Técnica de mastopexia sem demarcação prévia idealizada pelo Dr. Millan: descrição da técnica e avaliação do nível de satisfação

The mastopexy technique without preoperative markings idealized by Dr. Millan: description of the technique and patient satisfaction evaluation

PABLO EDUARDO ELIAS^{1*}
LUIZ CARLOS ABREU¹
GERSON VILHENA PEREIRA
FILHO¹
VICTOR HUGO LARA
CARDOSO SÁ¹
BRUNO JOSE MENEGATTI
ONOFRIO¹
JAIME ANGER²

RESUMO

Introdução: Diferentes técnicas cirúrgicas foram desenvolvidas para a redução do volume glandular e para a correção da ptose mamária com o objetivo de obter resultados eficientes e de qualidade com o menor número de complicações possível. Este artigo descreve a técnica de mastopexia idealizada pelo Dr. Roberto Antonio Barjaz Millan e a avaliação do nível de satisfação das mulheres após o procedimento. **Métodos:** Trata-se de um estudo transversal, observacional e analítico desenvolvido a partir da análise da técnica de mastopexia na redução mamária e na correção de ptose mamária padronizada pelo Dr. Millan, realizado no Setor de Cirurgia Plástica do Centro Universitário Saúde ABC. Participaram do estudo 20 mulheres com ptose mamária grau II e III, segundo classificação de Regnault, ou hipertrofia mamária, definida pelos critérios de Sacchini et al. e de Franco & Rebello, ainda não submetidas a cirurgia e 20 mulheres previamente submetidas a mastopexia pela técnica de Millan, com idades entre 18 e 60 anos. Para análise do nível de satisfação após o procedimento, foi aplicado o questionário BREAST-Q®. **Resultados:** Não houve diferenças significativas das mulheres que fizeram a cirurgia (grupo pós-cirúrgico) quando comparadas às que não fizeram cirurgia (grupo controle) em relação às variáveis idade ($p=0,357$), Índice de Massa Corporal ($p=0,695$), grau de hipertrofia ($p=0,799$) e grau de ptose mamária ($p=0,391$). Em relação às variáveis de satisfação com mamas, psicossocial, sexual, físico, todas as pacientes submetidas a cirurgia apresentaram valores maiores comparados aos valores obtidos nas pacientes do grupo sem cirurgia ($p<0,009$). **Conclusão:** A técnica de mastopexia idealizada pelo Dr. Millan apresenta resultados que foram considerados satisfatórios pelas pacientes avaliadas.

Descritores: Mamoplastia; Procedimentos cirúrgicos reconstrutivos; Satisfação do paciente; Mama; Inquéritos e questionários.

ABSTRACT

Introduction: Different surgical techniques were developed to reduce glandular volume and correct breast ptosis, with the objective of efficient and quality results for the patients and with the fewest possible complications. This study describes the treatment technique standardized by Dr. Roberto Millan and the level of women's satisfaction after performing the procedure. **Methods:** This is a cross-sectional, observational and analytical study carried out from the analysis of the breast treatment technique standardized by Dr. Millan performed at the Plastic Surgery Sector of Centro Universitário Saúde ABC. The study included 20 women with grade II and III breast ptosis, according to Regnault's classification, or breast hypertrophy, defined by the criteria of Sacchini et al. and by Franco & Rebello; and 20 women

Instituição: Centro Universitário Saúde ABC, Faculdade de Medicina do ABC, Departamento de Cirurgia Plástica, Santo André, SP, Brasil.

Artigo submetido: 25/7/2021.
Artigo aceito: 13/12/2021.

Conflitos de interesse: não há.

DOI: 10.5935/2177-1235.2022RBCP614-pt

¹ Centro Universitário Saúde ABC, Faculdade de Medicina do ABC, Santo André, SP, Brasil.

² Hospital Israelita Albert Einstein, São Paulo, SP, Brasil.

previously submitted to mastopexy or reduction mammoplasty using the Millan technique, aged between 18 and 60 years. The BREAST-Q® questionnaire was applied to analyze the level of satisfaction after the procedure. **Results:** It is observed that there were no significant differences between women who underwent the surgery Mass group (post-surgical group) when compared to those who did not undergo surgery (control group) concerning age ($p=0.357$), ($p=0.695$), degree of hypertrophy ($p=0.799$) and degree of breast ptosis ($p=0.391$). Regarding breast satisfaction, psychosocial, sexual, and physical variables all presented higher values in women with surgery than those without surgery ($p<0.009$). **Conclusion:** The breast treatment technique standardized by Dr. Millan presents results that led to patient satisfaction.

Keywords: Mammoplasty; Reconstructive surgical procedures; Patient satisfaction; Breast; Surveys and questionnaires.

INTRODUÇÃO

Os índices da cirurgia de redução de volume da mama ou da correção de sua ptose têm aumentado no Brasil. Em 2019 foram efetuadas 202.029 cirurgias, representando 13,38% das cirurgias plásticas estéticas. Diversas técnicas cirúrgicas vêm sendo desenvolvidas para correção destas deformidades mamárias. O objetivo é sempre o de atingir resultados cada vez mais eficientes e oferecer maior qualidade de vida para as pacientes com um menor número de complicações. As cicatrizes resultantes têm sido objeto de uma atenção especial, em especial a sua extensão e localização.

Toda cirurgia de mama que requer mudança da situação espacial da placa areolomamilar envolve a remodelação dos tecidos e de incisões na pele, o que define o termo mastopexia. A mastopexia está indicada tanto nas hipertrofias mamárias como na correção de uma ptose mamária. A história da mastopexia está repleta de técnicas muito diferentes. A partir da descrição de Wise em 1956, que introduziu a demarcação prévia e a finalização em um T invertido, isto tem sido uma constante neste tipo de procedimento¹. Com a descrição de Pitanguy, 1960, o uso de pedículos propagou-se com diferentes variações².

Entretanto, existe uma técnica que não utiliza demarcação prévia, nem se baseia em pedículos pré-estabelecidos, muito utilizada em nosso meio, idealizada pelo Dr. Roberto Antônio Barjas Millan, um médico de extraordinária importância na história do desenvolvimento da cirurgia plástica brasileira e, em especial, paulista, sendo cofundador da Regional da Sociedade Brasileira de Cirurgia Plástica em 1966 e responsável pela formação de serviços de atendimento e de ensino nesta especialidade.

O Dr. Millan, como é conhecido em nossa especialidade, reconhecidamente desenvolveu e aprimorou diversas técnicas cirúrgicas, entretanto, por razões de foro íntimo, nunca se arvorou a transformá-las em documentos científicos, bastando para ele ensinar e,

principalmente, obter um resultado, o melhor possível, para os anseios dos pacientes.

A técnica de mastopexia por ele desenvolvida se diferencia essencialmente das outras pelo fato de não ser pré-marcada e de permitir mudança do formato das mamas até quase o final da cirurgia, momento no qual acontece a ressecção necessária de tecidos, em especial, os retalhos de pele³.

OBJETIVO

O objetivo desta pesquisa é descrever a técnica de tratamento padronizada por Dr. Millan sem marcação prévia e o de avaliar o nível de satisfação das pacientes após a realização do procedimento.

MÉTODOS

Trata-se de um estudo primário, transversal, comparativo, observacional, analítico, desenvolvido na Faculdade de Medicina do ABC, em Santo André-SP, entre 1º de maio e 1º de outubro de 2019. Para condução deste projeto, foram seguidas as determinações da Resolução 466/12, do Conselho Nacional de Saúde, a qual dispõe sobre diretrizes e normas que regulamentam a pesquisa envolvendo seres humanos.

O projeto foi analisado e aprovado pelo Comitê de Ética e Pesquisa da Faculdade de Medicina do ABC sob o protocolo CAAE 09088918.8.0000.0082, número do Parecer: 3.315.883.

Foram selecionadas 40 pacientes consecutivas do sexo feminino, sendo 20 na iminência de serem submetidas a cirurgia (Grupo Controle) e 20 já operadas pela técnica de Millan (Grupo Operado) há no mínimo 6 meses e no máximo 12 meses. As pacientes eram portadoras de ptose mamária grau II e III segundo classificação de Regnaud⁴, ou de hipertrofia mamária, definida pelos critérios de Sacchini⁵ e Franco & Rebello⁶. As indicações foram todas de cirurgia primária com idades entre 18 e 60 anos.

Todas as pacientes foram avaliadas clinicamente e apresentavam boas condições de saúde, sem comorbidades. Os valores do Índice de Massa Corporal (IMC) variaram de 20 a 29,9 kg/m². Foram excluídas as pacientes com gestação ou parto há menos de um ano, as que estivessem na vigência de investigação ou diagnóstico de patologias mamárias e as que apresentaram outras comorbidades clínicas.

As cirurgias foram executadas pelo mesmo cirurgião.

Para análise do nível de satisfação das mulheres após o procedimento, foi aplicado o questionário Breast-Q^{®7}. Foram utilizadas as seguintes quatro subescalas para comparar os dois grupos: satisfação com as mamas, bem-estar psicossocial, bem-estar sexual e bem-estar físico. A subescala satisfação com o resultado geral (versão pós-operatória) foi aplicada ao grupo mamoplastia pela técnica de Millan.

As respostas aos itens de cada subescala foram transformadas, por meio do *software* de pontuação Q-Score[®], a um escore total que varia de zero a 100. Quanto maior a pontuação, maior é a satisfação, ou melhor é a qualidade de vida.

Foram utilizadas medidas de tendência central e de dispersão, bem como frequências absolutas e relativas, para descrever as variáveis. Tendo em vista a não normalidade de algumas das variáveis de estudo (teste de Shapiro-Wilk, $p < 0,05$), optou-se por fazer o comparativo delas com o segundo grupo (controle *versus* pós-operatório) por meio do teste de Mann-Whitney. A associação do grupo com variáveis qualitativas foi feita pelo Qui-quadrado. Utilizou-se o pacote estatístico STATA 11.0.

Técnica

As pacientes foram colocadas em decúbito dorsal, em posição supina, com o tronco mantendo ângulo de 45° com a pelve e as mãos mantidas sob a região glútea, com os braços em posição semifletida (Figura 1).

O tamanho da neoaréola foi escolhido com o auxílio de areolótomos que variaram em três tamanhos (Figura 2). A seguir foi realizada manobra decorticação da pele da aréola excedente (Figura 3).

Realizou-se a passagem de um fio monofilamentar de nylon 3-0 na aréola, para manter o seio sob uma tração suave e a projeção da aréola foi demarcada no sulco submamário. O comprimento da incisão horizontal no sulco foi de 5 a 7cm e o ponto médio projetado pelo mamilo. A incisão foi realizada sendo seccionados pele e subcutâneo até atingir o plano supra-aponeurótico do músculo peitoral maior (Figura 4). A dissecação progrediu, neste plano, em direção superior até a projeção da aréola.

O local da incisão vertical foi demarcado, desde o limite inferior da área decorticada da aréola até o ponto

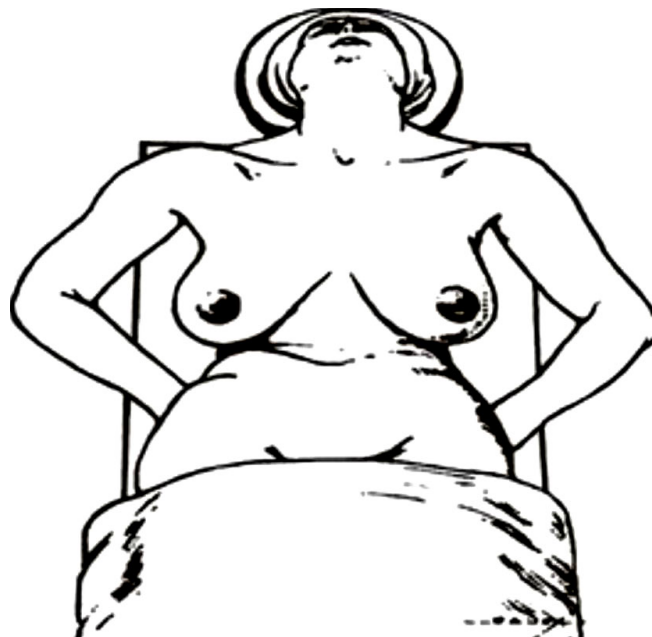


Figura 1. Posição dos braços fletidos, tronco e ombros durante a operação.

médio da incisão no sulco submamário, atingindo-se o tecido glandular mamário (Figura 5). A partir desta profundidade, foram dissecados dois retalhos, medial e lateral, de pele e subcutâneo, com espessura suficiente para manutenção da vitalidade, o que proporcionou ampla exposição da glândula mamária. A dissecação não ultrapassou o limite mediano da mama (Figura 6).

Após demarcação, foi ressecado o segmento de tecido glandular correspondente à redução da altura da mama. A seguir, foi demarcada a área de tecido central considerada excedente da glândula, sendo então retirada. Após esta ressecção, resultaram dois retalhos, medial e lateral, de tecido glandular. A redução real foi avaliada quando da aproximação dos referidos retalhos (Figura 7). Os retalhos medial e lateral foram aproximados com fio monofilamentar de nylon 2-0 para que fosse contido o tecido glandular. A mama foi posicionada em nova situação e ajustada à tensão da pele por manipulação bidigital. Esta posição foi mantida e os retalhos de pele e subcutâneo foram transfixados por cinco pontos em U, com aproximadamente 1,5cm de distância entre eles. Observou-se a nova posição da mama no tórax em relação à contralateral ainda não operada.

Os mesmos procedimentos de demarcação e ressecção foram utilizados na glândula contralateral. Realizada a modelagem dos retalhos da outra mama, ajustou-se a simetria (Figura 8).

Os excessos de pele e subcutâneo foram demarcados e ressecados com lâmina de bisturi n° 22. Foram colocados drenos tubulares de sucção com diâmetro de 4,8mm, com acesso interno na altura da incisão horizontal, com exteriorização na linha anterior axilar, limite



Areolótomos



Distensão e marcação neo-aréola

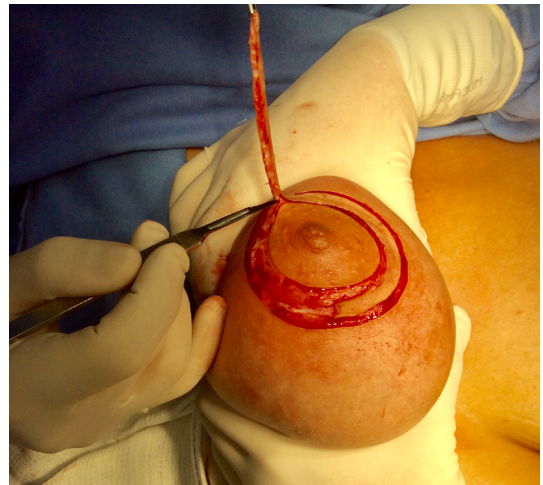


Incisão no lugar demarcado

Figura 2. Demarcação da redução da aréola.



Manobra clássica de decorticação da pele da aréola excedente



Ressecção do excedente pele aréola



Exposição da área decorticada

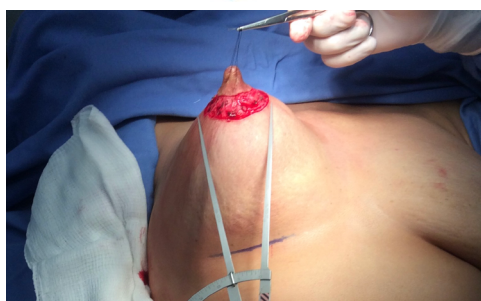
Figura 3. Decorticação da pele da aréola.



Passagem fio na aréola



Apresentação mama sustentada



Sulco demarcado 1,5x diâmetro aréola

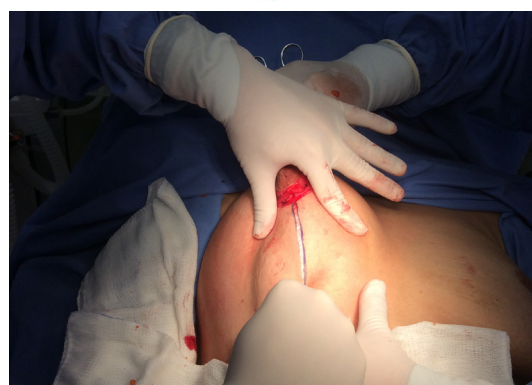


Incisão até aponeurose músculo peitoral

Figura 4. Desfecho da decorticação da pele da aréola.



Incisão vertical demarcada



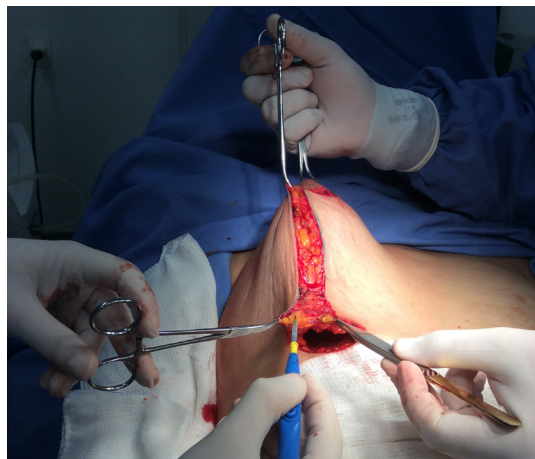
Incisão vertical pele até subcutâneo

Figura 5. Demarcação e incisão vertical.

com o tórax, e fixados com fios de algodão 3-0 transfixados na pele e depois amarrados no tubo. A incisão horizontal e vertical foi aproximada por planos, com fio monofilamentar sintético absorvível. O subcutâneo aproximado por pontos simples separados com fio 4-0. A pele suturada, inicialmente, com pontos justadérmicos, nós invertidos, com fio 4-0 e, finalmente, suturada a pele com ponto intradérmico, com fio 4-0 monofilamentar absorvível.

Para a confecção da neoaréola, foram posicionados, simetricamente, no ápice das mamas, os mesmos moldes utilizados no início da operação. Após a demarcação, foi realizada a resseção dessa área e a aréola foi exteriorizada. Para a aproximação das bordas, foram distribuídos com quatro pontos cardeais, mantidos para apresentação. Foi realizada aproximação justadérmica, com pontos invertidos 5-0, seguida de sutura clássica Allgower (Figura 9).

As incisões suturadas foram cobertas com gazes recortadas e fixadas com fitas de Micropore®. A seguir, a área foi recoberta com camadas de algodão hidrófilo, enfaixamento e acomodação dos drenos.



Dissecção de retalho



Exposição dos retalhos



Exposição retalhos até limite mediano da mama

Figura 6. Exposição da glândula mamária.

As pacientes retornaram no primeiro e segundo pós-operatório com retirada do dreno no segundo pós-operatório, orientadas quanto ao curativo e os retornos foram efetuados com uma semana, 15 dias, 30 dias, 3 meses, 6 meses e 1 ano.

RESULTADOS

Nível de satisfação

Observa-se que não houve diferenças significativas das mulheres que fizeram a cirurgia (grupo pós-cirúrgico) quando comparado às que não fizeram cirurgia (grupo controle) em relação às variáveis idade ($p=0,357$), IMC ($p=0,695$), grau de hipertrofia ($p=0,799$) e grau de ptose mamária ($p=0,391$). Em relação às variáveis de satisfação com mamas, psicossocial, sexual e físico, todas apresentaram valores maiores nas mulheres com cirurgia do que os valores do grupo sem cirurgia ($p<0,009$) (Tabela 1).

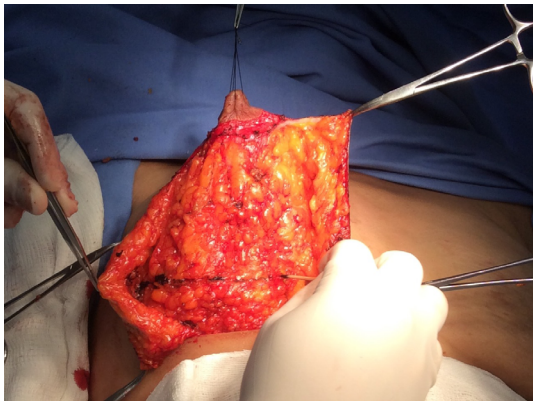
DISCUSSÃO

Embora a mastopexia seja uma cirurgia altamente satisfatória, podem ocorrer complicações e resultados desfavoráveis, como a deiscência da ferida, cicatrizes hipertróficas, infecções, necrose gordurosa, hematomas e necrose parcial ou total do complexo mamiloareolar, além de assimetrias e anormalidades de posição⁸. A multiplicidade de técnicas descritas revela a intensa procura da melhor técnica para reduzir complicações e prover a melhora da qualidade de vida das mulheres. Além disso, tem que ser mais fácil de ser instruída em serviços de aprendizado como na residência médica e de ser transmitida a novas gerações de profissionais já formados.

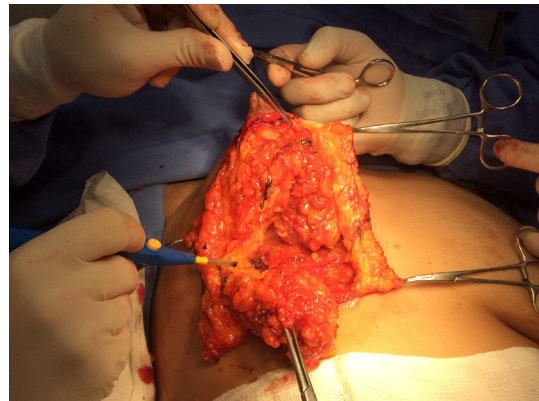
Por estas razões expostas, a grande vantagem da técnica desenvolvida pelo Dr. Millan é a de poder avaliar o resultado da montagem do cone mamário ainda antes da ressecção de pele, o que possibilita adaptações, principalmente em casos de assimetria mamária, evitando desfechos desfavoráveis.

As vantagens da técnica são a sua extrema versatilidade e segurança, podendo ser utilizada em qualquer tipo de mama. O descolamento dos retalhos cutâneos lateral e medial é sempre o mínimo necessário e a cicatriz horizontal sempre a menor possível, o que a torna muito apropriada para aquelas pacientes em que o risco de comprometimento circulatório é esperado, como em pacientes fumantes, idosas ou com patologias crônicas controladas, ou também que podem ser portadoras de danos à microcirculação, como diabetes, hipertensão e doenças inflamatórias que envolvem o colágeno.

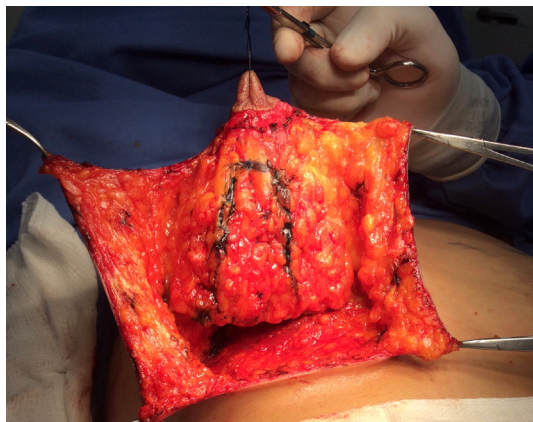
Marcação para a redução da altura



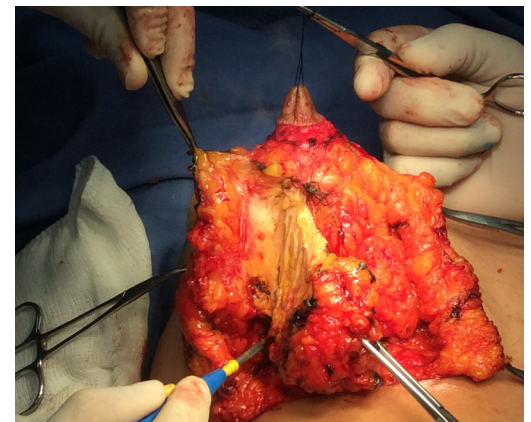
Tecido glandular ressecado com redução da altura da glândula



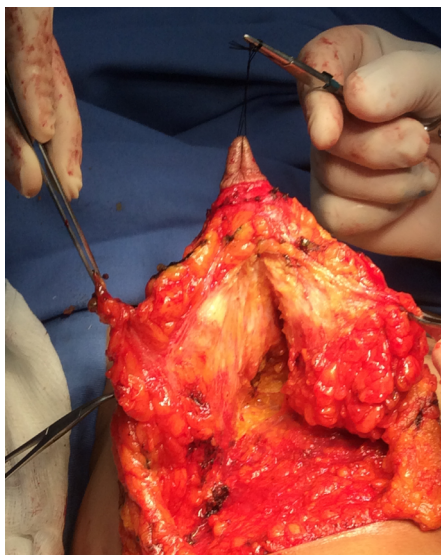
Marcação para ressecção central do cone



Ressecção da base da glândula



Glândula após ressecção com retalhos medial e lateral



Aproximação dos retalhos evidenciando diminuição da mama

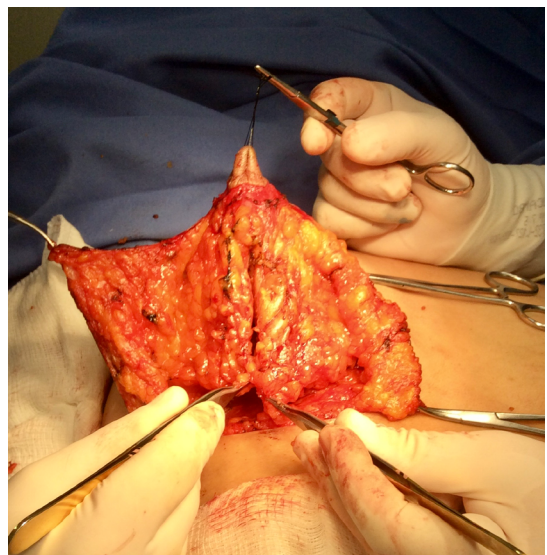


Figura 7. Ressecção glandular.



Figura 8. Modelagem da mama.



Posicionamento da neo-aréola

Aréolas posicionadas para decorticação

Mamas montadas e suturadas com loja drenada

Figura 9. Posicionamento da neo-aréola.

Tabela 1. Características antropométricas e variáveis do questionário *Breast-Q* dos pacientes antes e após a cirurgia.

Variáveis	Grupo controle	Grupo Pós-Cirúrgico	p
	Média (DP) Mediana (P25-P75)	Média (DP) Mediana (P25-P75)	
Idade (anos)	33,5 (10,7) 33,5 (23,5 - 40,5)	36,4 (10,5) 37,0 (26,0 - 45,0)	0,357
IMC (Kg/m ²)	26,4 (2,4) 26,6 (24,2 - 28,5)	26,2 (1,7) 26,0 (25,1 - 27,7)	0,695
Satisfação com as mamas	25,6 (12,6) 27,5 (18,0 - 36,0)	83,7 (14,9) 84,5 (71,0 - 100,0)	<0,001
Bem-estar psicossocial	30,4 (17,7) 29,0 (18,5 - 43,0)	89,7 (11,5) 89,5 (78,5 - 100,0)	<0,001
Bem-estar sexual	31,8 (15,6) 30,5 (23,5 - 39,0)	86,9 (15,0) 91,0 (73,0 - 100,0)	<0,001
Bem-estar físico	63,5 (18,7) 70,0 (49,0 - 79,0)	79,9 (10,0) 78,0 (72,5 - 89,5)	0,009
Grau de Hipertrofia (n=27)		n (%)	
1	3 (23,1)	2 (14,3)	0,799
2	6 (46,2)	8 (57,1)	
3	4 (30,8)	4 (28,6)	
Grau de Ptose Mamária (n=13)			
2	4 (57,1)	2 (33,3)	0,391
3	3 (42,9)	4 (66,7)	

p25: percentil 25; p75: percentil 75; dp: desvio padrão; *n=40; IMC: Índice de Massa Corporal.

Nos casos em que a distribuição de parênquima mamário e de tecido adiposo é muito heterogênea, esta técnica oferece a visibilidade e liberdade de promover mudanças de forma e tamanho de ambas as mamas até os momentos finais da cirurgia, garantindo a melhor simetria possível.

O posicionamento dos retalhos cutâneos lateral e medial, levando à compensação da ressecção de pele no sentido do ápice do cone mamário, gera uma maior ressecção de pele periareolar, o que diminui a compensação na via de acesso no sulco inframamário, reduzindo seu comprimento. Como a ressecção da pele é feita baseada na montagem definitiva em forma de cone dos tecidos mamários, não há tensão resultante, o que evita o achatamento da forma da mama como o relatado nas técnicas periareolares⁹⁻¹¹.

As técnicas que seguem demarcações e a confecção de pedículos podem servir como uma orientação e estão baseadas em experiências pessoais prévias. Entretanto, existem situações em que é difícil a previsibilidade como nas assimetrias acentuadas ou quando as condições da pele das mamas são desiguais, como ocorre na presença de estrias numerosas ou cicatrizes de queimadura prévia, fatores que mudam a maleabilidade dos tecidos de forma imprevisível. Nestes casos, uma técnica que permite adaptações durante o ato cirúrgico pode ser muito mais eficiente e segura.

Mas vale ponderar que nas cirurgias mamárias que implicam em grandes reduções, em que a cicatriz horizontal no sulco será extensa, as técnicas com marcação prévia otimizam o tempo cirúrgico, já que são mais rápidas e a diferença no tamanho da cicatriz pode não ser significativa.

A técnica é ideal para ptoses, assimetrias e mamoplastias de aumento associadas à ressecção de um grande excesso de pele porque leva em consideração, além da qualidade da pele, também a consistência do tecido mamário. Isto é diferente das técnicas com demarcação prévia que seguem padrões, muitas vezes inflexíveis, que podem não ser adequadas para todos os casos e, em especial, podem não calcular com exatidão a quantidade de pele que será ressecada.

A imagem corporal é a representação da aparência física de uma pessoa, resultante de uma combinação de processos perceptivo-neurais, fatores ambientais, sociais e psicológicos e pode ser manifestada através do grau de cuidado e de satisfação com o corpo¹². Assim, em relação ao nível de satisfação das mulheres quanto ao procedimento realizado, os resultados demonstraram que a mastopexia padronizada pela técnica de Millan trouxe uma melhora significativa na satisfação com as mamas: no bem-estar psicossocial, no bem-estar sexual e no bem-estar físico. Estes resultados convergem

com pesquisas semelhantes que avaliaram o nível de satisfação com outras técnicas de mastopexia^{13,14}.

Ao comparar os resultados no questionário Breast-Q[®] do Grupo Operado aos pacientes do Grupo Controle, fica mais evidente que a requisição pela correção das mamas vai além dos aspectos físicos. As mulheres que realizam tais procedimentos estão a procura de melhorar a qualidade de vida, o que pode representar o aumento da autoestima, melhora na aparência e a sua aceitação social, além da melhora no contexto de relacionamento sexual.

CONCLUSÃO

A técnica de mastopexia padronizada por Dr. Roberto Antônio Barjas Millan apresenta um índice elevado de satisfação e parece preencher as expectativas das pacientes uma vez confrontadas às avaliações de mulheres que ainda não foram submetidas a cirurgia. É uma técnica que não emprega a demarcação prévia e confere uma maior flexibilidade nos tempos cirúrgicos possibilitando ajustes até momentos finais da cirurgia, o que pode favorecer o resultado, principalmente em mamas assimétricas e com grandes excessos de pele.

COLABORAÇÕES

- PEE** Análise e/ou interpretação dos dados, Análise estatística, Concepção e desenho do estudo, Gerenciamento de Recursos, Gerenciamento do Projeto, Investigação, Metodologia, Realização das operações e/ou experimentos, Redação - Preparação do original, Redação - Revisão e Edição.
- LCA** Aprovação final do manuscrito, Supervisão, Visualização.
- GVPF** Supervisão.
- VHLCS** Investigação.
- BJMO** Análise estatística, Concepção e desenho do estudo, Gerenciamento de Recursos, Redação - Revisão e Edição, Visualização.
- JA** Supervisão.

REFERÊNCIAS

1. Wise RJ. A preliminary report of a method of planning the mammoplasty. *Plast Reconstr Surg* (1946). 1956;17(5):367-75.
2. Pitanguy I. Surgical treatment of breast hypertrophy. *Br J Plast Surg*. 1967;20(1):78-85.
3. Pereira Filho GV, Nunes JMC, Costa RL. Mamoplastia redutora na Faculdade de Medicina do ABC - 25 anos de evolução. *Arq Méd ABC*. 1999;22(1/2):21-32.

4. Regnault P. Breast ptosis. Definition and treatment. *Clin Plast Surg*. 1976;3(2):193-203.
5. Sacchini V, Luini A, Tana S, Lozza L, Galimberti V, Merson M, et al. Quantitative and qualitative cosmetic evaluation after conservative treatment for breast cancer. *Eur J Cancer*. 1991;27(11):1395-400.
6. Franco T, Rebello C. Mamoplastias. In: Franco T, Rebello C, eds. *Cirurgia Estética*. Rio de Janeiro: Atheneu; 1977. p. 203-71.
7. Pusic AL, Klassen AF, Scott AM, Klok JA, Cordeiro PG, Cano SJ. Development of a new patient-reported outcome measure for breast surgery: the BREAST-Q. *Plast Reconstr Surg*. 2009;124(2):345-53.
8. Pinsolle V, Tierny C, Héron A, Reynaud P, Pélissier P. Résultats défavorables des plasties mammaires de réduction. Causes, préventions et traitements. *Ann Chir Plast Esthet*. 2019;64(5/6):575-82.
9. Benelli LA. A new periareolar mammoplasty: the "round block" technique. *Aesthetic Plast Surg*. 1990;14(2):93-100.
10. Góes JC. Periareolar mammoplasty: double skin technique with application of polyglactine or mixed mesh. *Plast Reconstr Surg*. 1996;97(5):959-68.
11. Bozola AR. Periareolar breast reduction. *Aesthetic Plast Surg*. 2009;33(2):228-34.
12. Sarwer DB, Polonsky HM. Body Image and Body Contouring Procedures. *Aesthet Surg J*. 2016;36(9):1039-47.
13. Pitanguy I. Mamoplastias: estudo de 245 casos consecutivos e apresentação de técnica pessoal. *Rev Bras Cir*. 1961;42(4):201-20.
14. Santos GR, De-Araújo DC, Vasconcelos C, Chagas RA, Lopes GG, Setton L, et al. Impacto da mamoplastia estética na autoestima de mulheres de uma capital nordestina. *Rev Bras Cir Plást*. 2019;34(1):58-64.

***Autor correspondente: Pablo Eduardo Elias**
Rua Elvira Ferraz 250, CJ 309, Vila Olímpia, São Paulo, SP, Brasil
CEP: 04552-040
E-mail: contato@drpabloelias.com.br