

Complicações de Mamoplastia de Aumento Videoassistida

André Auersvald ♦ Luiz Augusto Auersvald

Desde sua introdução por Hoehler, em 1973,¹ o aumento mamário com próteses de silicone colocadas pela via axilar tem apresentado desafios próprios quando são consideradas as suas complicações mais freqüentes. Neste capítulo abordaremos as principais intercorrências em seu quadro clínico, diagnóstico e tratamento.

HEMATOMAS

Os hematomas apresentam-se como complicações cuja intervenção deve ser a mais precoce possível dada sua capacidade expansiva. Geralmente ocorrem nas primeiras horas do pós-operatório e a sua evolução pode ser de crescimento rápido ou insidioso.

Os hematomas podem ser subdivididos em:

- Arteriais.
- Venosos.

E também em:

- Axilares.
- Da loja da prótese.

Os **hematomas arteriais** causam um aumento de volume que pode atingir grandes proporções e estão associados à dor constante e desconforto, com ou sem equimoses aparentes. Nestes casos os drenos de sucção geralmente tornam-se inoperantes, pois não têm a capacidade de drenagem para controlar o sangramento. O tratamento cirúrgico deve ser imediato.

Quando o **hematoma é axilar** o tratamento é mais simples, bastando a abertura da incisão e a drenagem com aspirador-cautério até a localização do vaso. Após a hemostasia, o curativo deve ser compressivo na axila, com uma bandagem acima do colo da mama.

Nos **hematomas da loja da prótese** são necessárias a retirada da prótese e a remoção dos coágulos, com irrigação e visualização do espaço com auxílio do endoscópio. Muitas vezes

a infiltração dos tecidos pelo sangue dificulta uma adequada identificação do local de sangramento. Uma pinça longa (por exemplo, uma pinça de Allis) com gaze pode facilitar a limpeza, removendo os coágulos aderentes. Uma vez identificado o vaso, a coagulação com aspirador-cautério completará o tratamento. A seguir, deve-se irrigar a área com antibiótico² antes de se reposicionar a prótese. Há que se ter cuidado com a coagulação dos vasos junto à pele, pois isto pode gerar uma queimadura se o tempo de cauterização for excessivo.

Nos **hematomas venosos** (Figs. 14-1 a 14-3) a evolução é mais insidiosa, manifestando-se com aumento de volume localizado ou generalizado. Se houver dreno, o sangramento que se

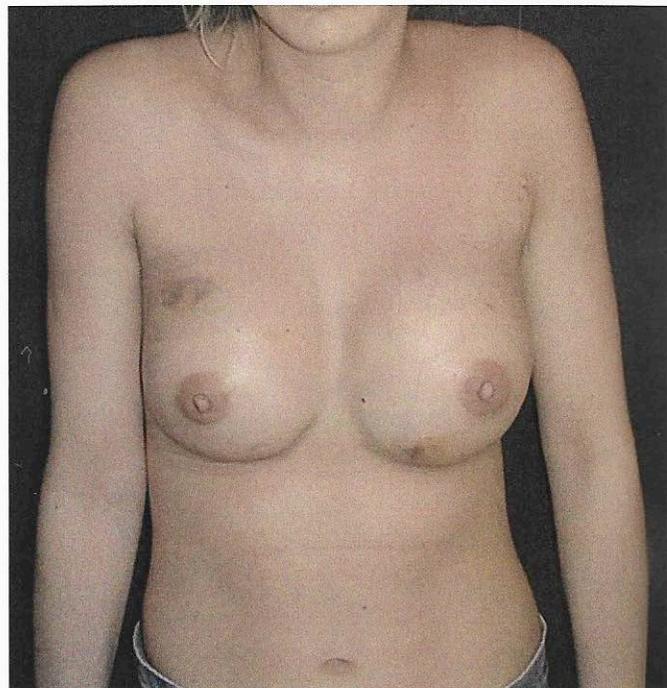


Figura 14-1

Paciente com hematoma venoso.



Figura 14-2

Paciente com hematoma venoso.

apresenta neste é mais escuro que no arterial. O hematoma venoso pode ser eventualmente controlado com pressão extrínseca, por exemplo, com o uso de bandagens, desde que haja um dreno de sucção funcionando. Nos casos em que não tenha sido usado o dreno ou se este não estiver permeável, o hematoma deverá ser tratado cirurgicamente.

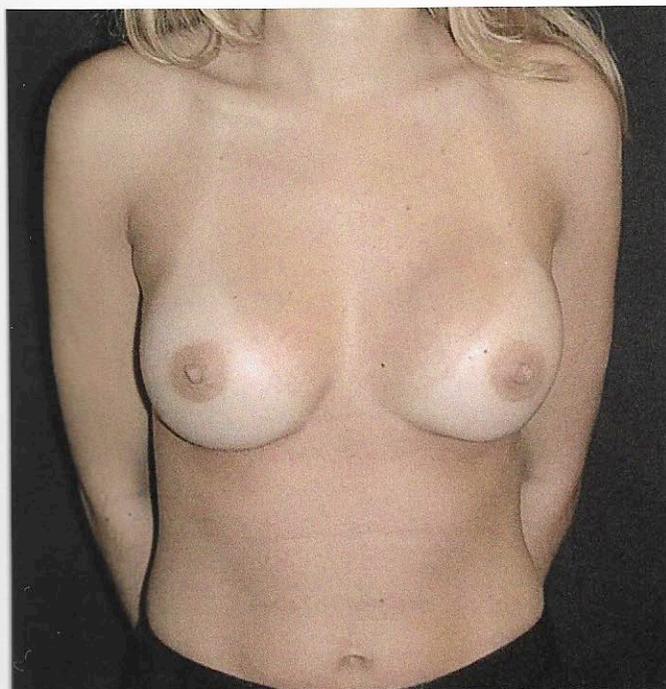


Figura 14-3

Pós-operatório tardio da drenagem do hematoma.

ASSIMETRIA

As assimetrias mamárias são muito comuns, podendo ser esqueléticas, musculares, do parênquima mamário e cutâneas (inclusive com assimetria de aréolas).

Quando se observarem estas assimetrias, é importante levá-las à atenção e conhecimento da paciente através de um exame físico à frente do espelho ou com fotos. Assim, fica mais fácil a aceitação de pequenas imperfeições pré-existentes e que são mais claramente percebidas somente no pós-operatório.

Nos casos em que a assimetria foi gerada no ato cirúrgico, a condução deve ser cuidadosamente estudada. As pacientes geralmente estão fragilizadas pelo resultado e desejam uma solução rápida.

Podem-se classificar as assimetrias pós-operatórias conforme a causa:

- Por descolamento excessivo da loja.
- Por descolamento insuficiente da loja.
- Por descolamento assimétrico da loja.

Nos casos de **descolamento excessivo** deve-se, primeiramente, observar o plano em que a prótese foi implantada: submuscular, subfascial ou subglandular. Se o descolamento foi excessivo bilateralmente, pode-se optar pela troca de plano, de subfascial ou subglandular para submuscular, e vice-versa. Nestes casos o acesso será o mesmo (axilar), retirando-se a prótese e criando-se um novo espaço. Deve-se tomar o cuidado de não se unirem as duas lojas durante a dissecação da margem inferior, ao nível do sulco submamário, cuja demarcação deve ser feita com muito critério em posição ortostática. Após a finalização do novo espaço, devem-se criar áreas de adesão entre as duas paredes da loja original, o que pode ser feito com escarificações nas superfícies com cautério.

Outro bom método de reposicionamento do sulco (independentemente do plano de implantação) é a utilização de **pontos de contenção**. Cria-se o novo sulco submamário através da colocação de múltiplos pontos ao longo da posição previamente estabelecida para ele. Estes pontos ficarão marcados temporariamente até a degradação do fio absorvível utilizado (monocryl®). Nas Figuras 14-4 a 14-13 pode-se observar a seqüência para confecção dos pontos. O caso da Figura 14-14 ilustra uma paciente submetida à colocação de prótese axilar com auxílio endoscópico e que evoluiu com assimetria de sulco por descolamento excessivo. Nas Figuras 14-15 e 14-16 observa-se a resolução com os pontos de contenção (pós-operatório de 3 dias e 6 meses, respectivamente).

Como cuidado pós-operatório para casos como o demonstrado acima é interessante manter uma banda elástica por uma semana sustentando o sulco submamário e aliviando a pressão sobre ele (Fig. 14-17).

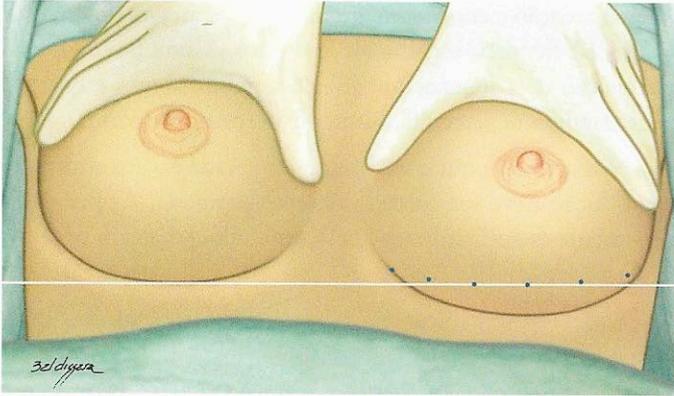


Figura 14-4

Manobra mostrando o sulco submamário esquerdo deslocado inferiormente e a demarcação dos pontos.

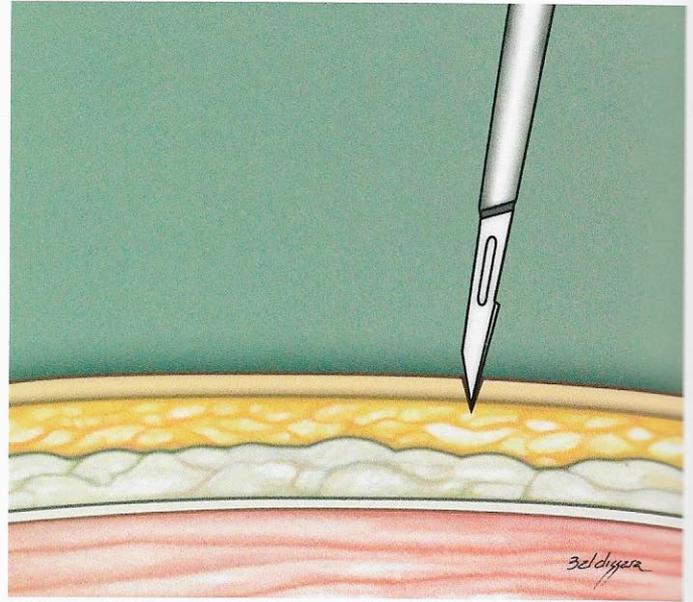


Figura 14-6

Incisão da pele.



Figura 14-5

Posição dos pontos e incisão com bisturi lâmina 11.

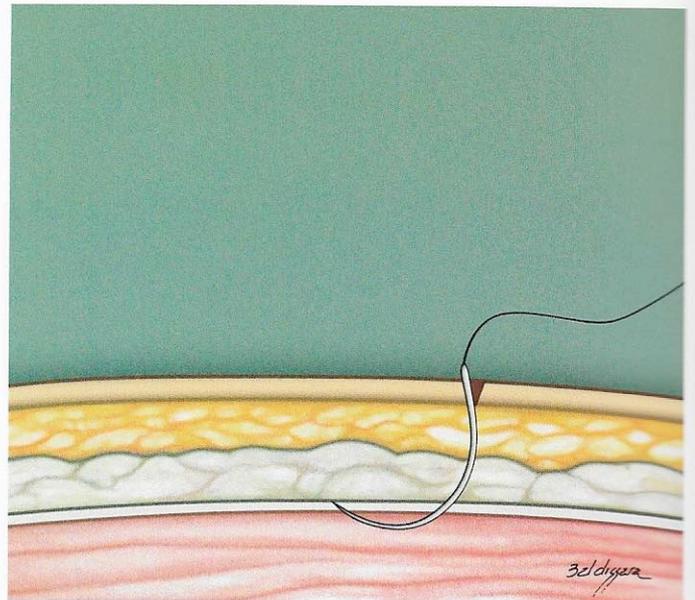


Figura 14-7

Introdução da agulha incluindo a cápsula e a musculatura.

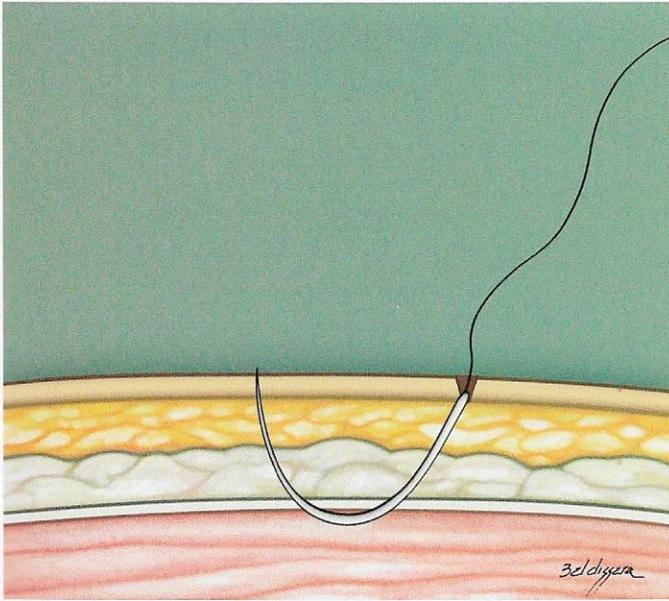


Figura 14-8
Saída da agulha.

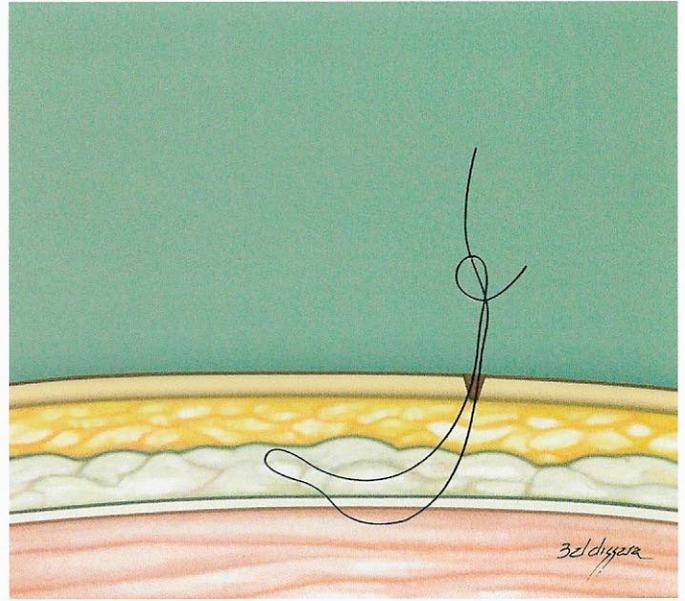


Figura 14-10
Confecção do nó.

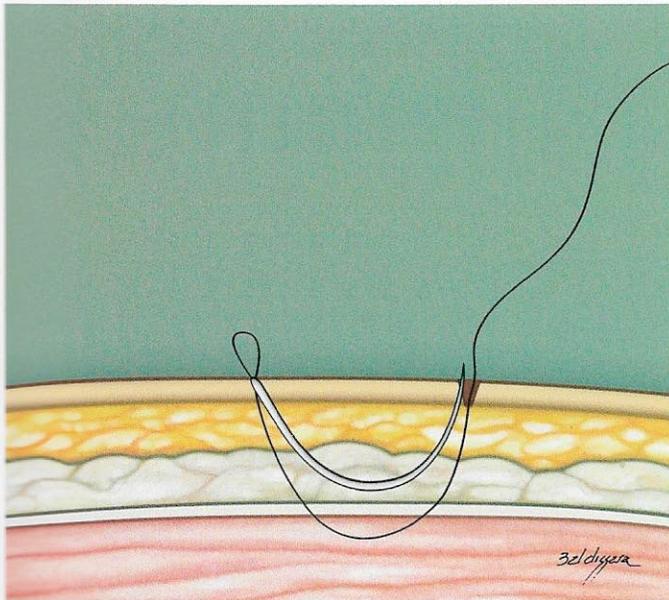


Figura 14-9
Retorno da agulha pelo mesmo orifício.

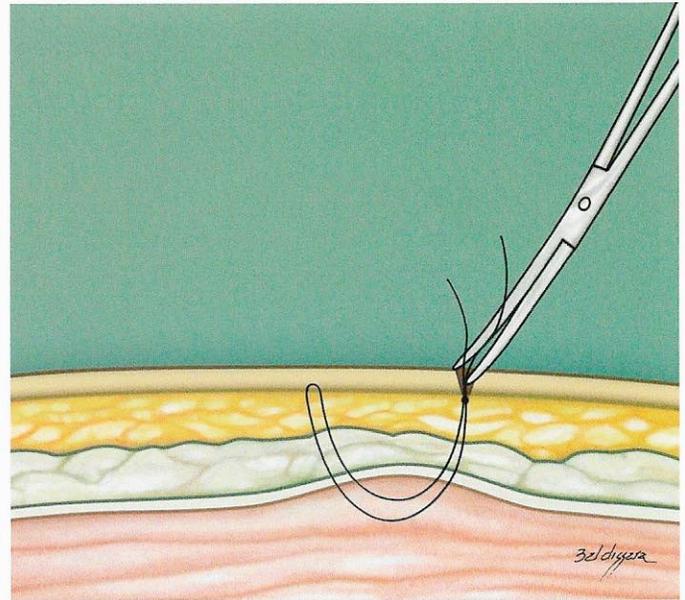
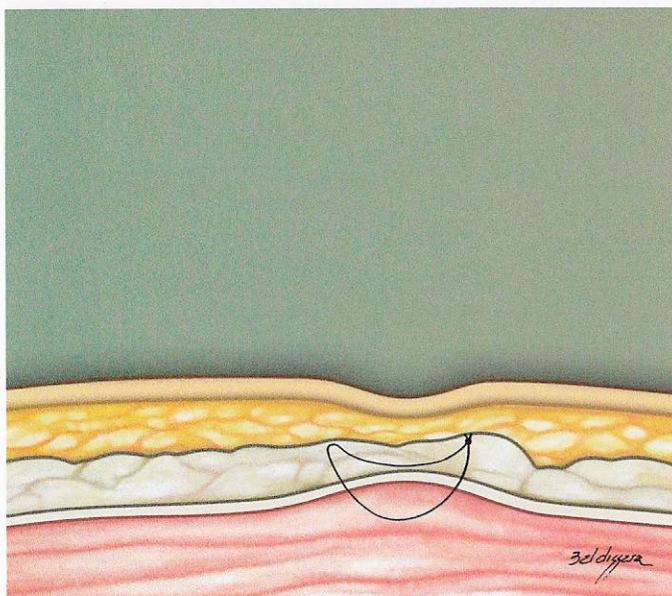
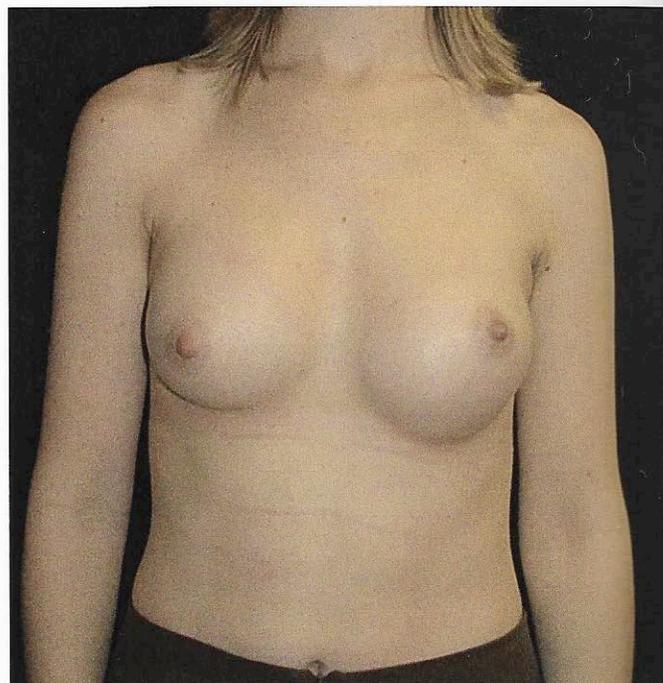


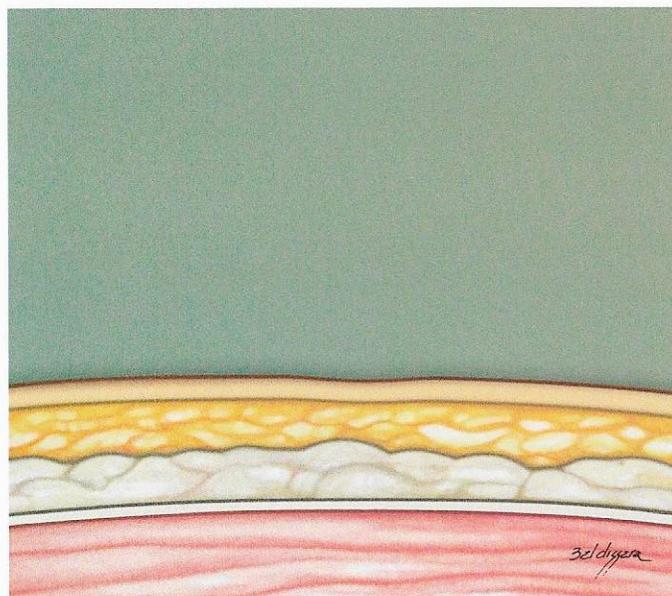
Figura 14-11
Fio cortado junto ao nó a fim de ficar embutido.

**Figura 14-12**

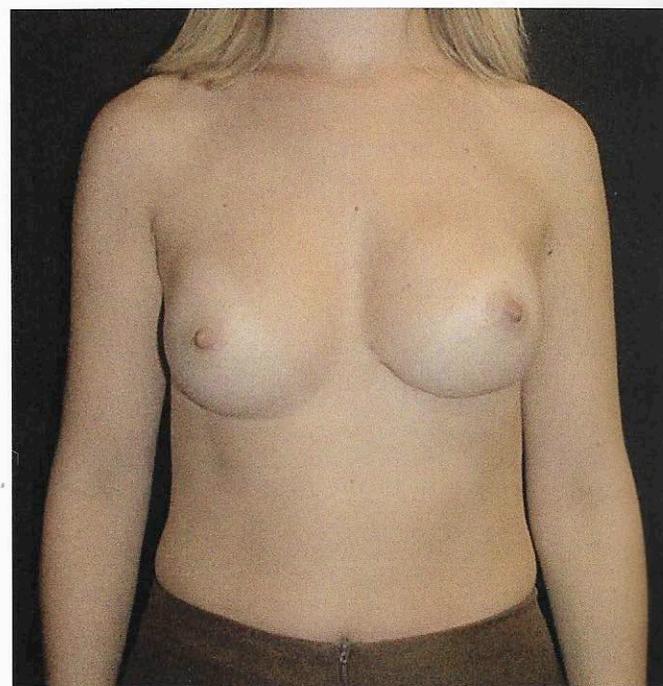
Aspecto final do ponto com alguma retração cicatricial.

**Figura 14-14**

Pós-operatório tardio de paciente com inclusão de prótese mamária e descolamento excessivo à esquerda. A paciente foi submetida aos pontos de contenção.

**Figura 14-13**

Resolução após absorção do fio.

**Figura 14-15**

Pós-operatório 3 dias. Os pontos de contenção ainda marcam o sulco submamário.

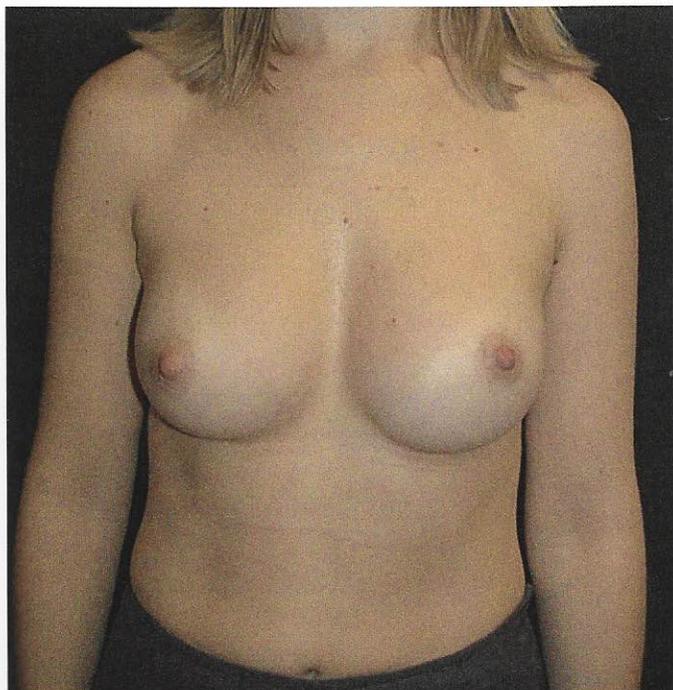


Figura 14-16

Pós-operatório 6 meses. O fio dos pontos de contenção já foi absorvido e o sulco submamário reposicionado.

- As assimetrias por **descolamento insuficiente** são facilmente tratadas com a ampliação cirúrgica da loja. Deve-se observar, ao final, que o implante seja bem acomodado na nova área. Uma bandagem sob pressão no colo da mama é importante para segurança desta acomodação (Fig. 14-18). As Figuras 14-19 a 14-22 mostram o pré e o pós-operatório de uma paciente com descolamento insuficiente e tratada com nova intervenção.
- O **descolamento assimétrico** pode manifestar-se com distorções da forma da mama, como lateralização, medialização ou obliquidade. Os casos devem ser estudados com critério para que o planejamento seja muito preciso. Inicialmente deve-se demarcar as áreas a serem tratadas e, posteriormente, proceder à cirurgia com os mesmos recursos dos tópicos anteriores, ou seja, com a utilização de **pontos de contenção** e **descolamento sobre visualização**, conforme a necessidade. Uma dificuldade a ser encontrada neste procedimento é o momento de recolocação da prótese, a fim de que os pontos de contenção (já confeccionados) não sejam rompidos. Pode-se considerar a realização dos pontos sem atar os nós, deixando este passo por último.



Figura 14-17

Esquema para colocação da banda elástica no pós-operatório de paciente cujo sulco submamário à direita foi reposicionado. Observe que a banda sustenta a mama direita, aliviando a força sobre os pontos de contenção.

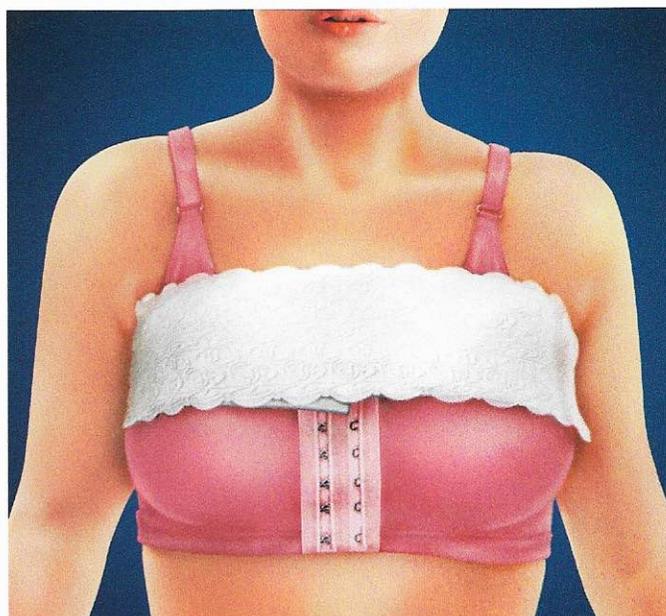
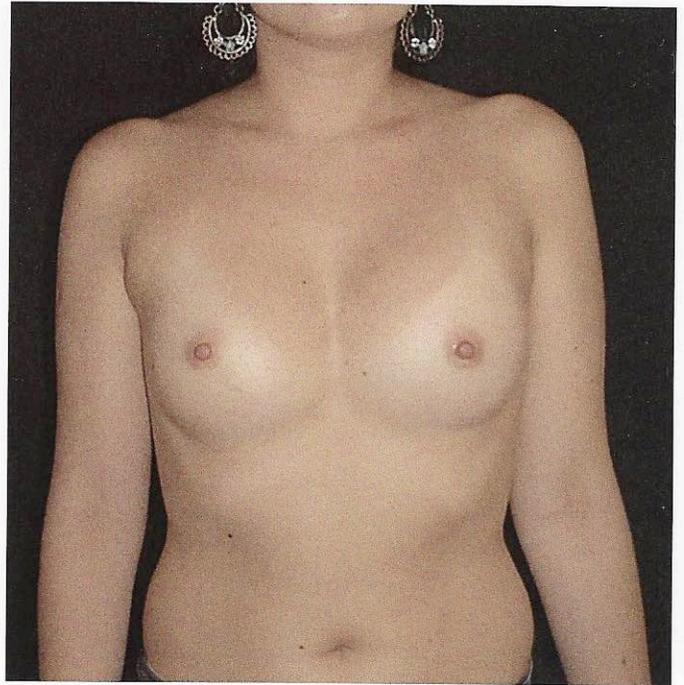


Figura 14-18

Esquema para uso de sutiã pós-operatório e banda elástica.

**Figura 14-19**

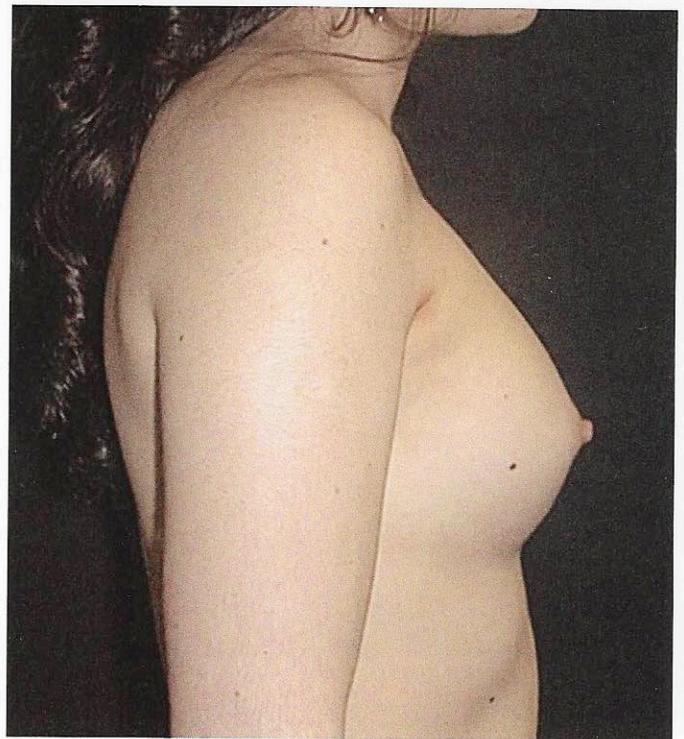
Pós-operatório de 2 meses de paciente com inclusão de prótese mamária e descolamento insuficiente bilateral (frente).

**Figura 14-21**

Pós-operatório do reposicionamento do sulco submamário (frente).

**Figura 14-20**

Pós-operatório de 2 meses de paciente com inclusão de prótese mamária e descolamento insuficiente bilateral (perfil).

**Figura 14-22**

Pós-operatório do reposicionamento do sulco submamário (perfil).

SEROMA

A formação de seroma na loja da prótese é uma intercorrência relativamente infreqüente, porém requer tratamento quando diagnosticada.

Os seromas podem ocorrer uni ou bilateralmente, em volumes variados. Podem-se classificar os seromas em **localizados** e **expansivos**.

■ **Seromas localizados** (Fig. 14-23) ocorrem em pequenas áreas e podem estar associados a um descolamento excessivo em um determinado ponto. Ali forma-se um espaço virtual que pode ser preenchido por líquido periprotético. São facilmente diagnosticados com a manobra de pressão digital que esvazia o conteúdo. Ultra-sonografia é freqüentemente usada para precisar localização e volume. O seu tratamento dependerá da fase do diagnóstico, se **precoce** ou **tardia**.

Na **fase precoce** ainda não houve formação de um endotélio neste espaço e pode-se obliterá-lo com pontos de contenção externos que unirão a porção parietal com a superficial do retalho.

Na **fase tardia** já ocorreu a formação de um endotélio da loja e dificilmente este espaço será totalmente fechado pelos pontos de contenção. Há a necessidade de se acessar o seroma com auxílio endoscópico e criar uma superfície de adesão entre as duas paredes, com a cauterização das trabéculas e das suas superfícies e o uso dos pontos de contenção na área afetada.

■ **Seromas expansivos** (Fig. 14-24) têm um comportamento mais agressivo e recidivante. Geralmente comprometem toda a loja da prótese e requerem tratamento o mais precoce possível, quando diagnosticados. Em primeira instância, pode-se optar pela punção assistida pela ecografia, associada à utilização de corticóide intramuscular e imobilização da prótese através de contenção elástica rigorosa. O controle ecográfico deve ser feito no prazo de 7 dias e posteriormente. De-



Figura 14-23

Seroma localizado de apresentação tardia.



Figura 14-24

Seroma expansivo.

ve-se enviar o material colhido para pesquisa microbiológica. Se ocorrer novo seroma, poderá ser feita punção adicional num prazo mínimo de 7 dias. Porém, se forem recidivantes, poderá ter ocorrido um espessamento da cápsula, que torna-se mantenedora do seroma, dificultando o tratamento. Nestes casos podem ser necessárias a retirada da prótese e a capsulectomia. Posteriormente pode-se recolocar a prótese em uma nova intervenção.

Corticóide

A utilização de corticóides é um método empírico de tratamento, mas que parece surtir efeito em alguns casos, principalmente quando o seroma é recente. Pode ser utilizada a betametasona intramuscular, uma aplicação a cada 7 dias, por três semanas.

Imobilização

A imobilização e compressão das mamas também é fator coadjuvante no tratamento dos seromas.

RUPTURA E VAZAMENTO

A ocorrência de pequenos vazamentos ou ruptura de implantes é relativamente pequena. Pouco se sabe sobre a freqüência, momento e tamanho das rupturas. Também há controvérsia sobre a película de gel eventualmente encontrada em volta das próteses, se são conseqüência de microrrupturas ou mecanismo de transudação do silicone de baixo peso molecular.

Alguns estudos³ feitos através de ressonância magnética demonstram um número relativamente elevado de ruptura das próteses (4,7 a 20%). Porém, poucos autores fazem correlação

a um diagnóstico cirúrgico concomitante. Em estudo comparativo de 3 métodos diagnósticos de ruptura de implantes realizado na Escola Paulista de Medicina, concluiu-se que o método de diagnóstico com maior sensibilidade é a ressonância magnética, conquanto a especificidade seja semelhante para ressonância, ultra-sonografia e mamografia. Neste mesmo estudo a ressonância apresentou um falso-positivo de 42,85% e um falso-negativo de 18,36%. A sensibilidade e a especificidade para a mamografia foi de 20% e 89%, respectivamente, e de 30% e 81% para a ultra-sonografia.

Alguns profissionais utilizam como método diagnóstico a mamoscopia,⁴ que permite a avaliação da integridade do implante *in situ*. A mamoscopia consiste na introdução dos equipamentos de videoendoscopia através de pequenos portais até atingir a cavidade do implante.

Um fator relevante na avaliação de uma possível ruptura são os dados colhidos sobre o implante original. Os implantes mais antigos, com gel menos coesivo, podem estar associados à maior frequência de ruptura e vazamento.

O tratamento, no caso de ruptura, consiste na retirada do implante e substituição, pela mesma via de acesso. Há que se tomar um cuidado especial na remoção, com gaze seca, do silicone extravasado na loja. Pode ser necessária a substituição do implante da outra mama, e isto deve ser considerado mesmo que o implante esteja aparentemente íntegro, especialmente nos casos tardios.

Nos implantes com transudação, sem ruptura aparente, pode-se optar pela substituição ou não. Na literatura não há uniformidade de conduta nestes casos. Uma forma mais simples de abordagem seria a substituição da prótese quando houver grande transudação, preservando o implante se a transudação for pequena.

CONTRATURA CAPSULAR

Por definição, contratura é uma cicatriz periprotética espessada envolvendo o implante, resultando em uma mama endurecida distorcida e, com frequência, dolorosa.⁶ Pacientes com maior risco são as que tiveram infecção periprotética, hematoma, antecedente de contratura e histórico de cicatrizes hipertróficas.⁵ Na literatura, a incidência pode variar entre 2 e 30%. A resposta fisiológica normal que ocorre após a colocação do implante é a de reação de corpo estranho que resulta na formação de uma cápsula (proposição corroborada pela presença de miofibroblastos ao exame histológico). A maioria dos pesquisadores concorda que o grau de contratura está associado à aceleração ou prolongamento do processo inflamatório. Além disso, as fases de proliferação fibroblástica e de deposição de colágeno estão exageradas.⁵

O tratamento cirúrgico tem sido o padrão de abordagem de pacientes com contratura capsular em estados mais avançados. No entanto, mais recentemente, o uso de *zafirlukast* tem sido considerado na terapêutica e na profilaxia.

Zafirlukast (Accolate)

Em 2002, Schlesinger publicou a utilização de *zafirlukast* (conhecido comercialmente como Accolate) no tratamento e profilaxia de contratura capsular.⁵ Este medicamento é destinado originalmente para asmáticos e bloqueia a ação dos leucotrienos, melhorando a resposta inflamatória. O autor levantou a hipótese a partir de relatos esporádicos de melhora da contratura capsular em pacientes com asma sob uso de *zafirlukast*.

No seu estudo, Schlesinger utilizou 20 mg, 2 vezes ao dia, por 3 meses. Segundo ele, as indicações são profiláticas nos pacientes em grupo de risco (aqueles que apresentaram hematoma, infecção, cicatrizes hipertróficas e antecedentes de contratura capsular). As indicações terapêuticas são para contraturas já estabelecidas até o 6º mês.

É importante ressaltar, no entanto, que o *zafirlukast* (Accolate) e o *montelukast* (Singulair, outro medicamento com ação semelhante) estão sob investigação quanto à possibilidade de estarem associados à hepatite e à insuficiência hepática em pacientes com uso prolongado no tratamento de asma.⁷

Antibioticoterapia

A frequência de infecção subclínica nas contraturas capsulares pode ser relativamente alta,² sendo sugerido, mas não comprovado, que possam causar a contratura capsular. Nos pacientes em que se deseje apenas o tratamento clínico por não aceitarem a proposta cirúrgica, a associação do *zafirlukast* à antibioticoterapia pode trazer benefícios. A antibioticoterapia, quando não for guiada por cultura, deve visar principalmente o *S. epidermidis*, agente mais frequentemente associado (veja descrição abaixo sobre as bactérias mais frequentes).

Tratamento cirúrgico

Na literatura pode-se observar que não há consenso em relação à capsulotomia ou capsulectomia como tratamento das contraturas; ambas apresentam vantagens e desvantagens. O cirurgião deverá usar a sua experiência e individualizar a indicação de tratamento dentro de critérios de segurança.

Alguns autores relacionam a contratura à infecção. Boyd,² ao fazer análise microbiológica das cápsulas contraídas, observou que a cultura da cápsula é positiva em 71% dos casos (87% de *Staphylococcus epidermidis* somente, 3% de *S. epidermidis* e estreptococo alfa, 3% de *S. aureus* e estreptococo não-hemolítico e 7% de difteróides). Estes dados sugerem a utilização de antibióticos para irrigar a área operada e o implante no ato cirúrgico (por exemplo, a associação de cefalotina e gentamicina).

Capsulectomia

A remoção da cápsula é um procedimento que requer cuidados especiais. Primeiramente a localização do implante é importante no planejamento terapêutico. Nos casos de prótese submuscular,

a tentativa de capsulectomia via axilar pode ser complicada pela contração do músculo e pelo sangramento na superfície cruenta da área tratada. Esta mesma dificuldade poderá ser encontrada nas outras vias de acesso. Alguns autores sugerem a troca de plano do implante.⁸

Pacientes magras com prótese em plano subfascial ou subglandular deverão ter uma dissecação cuidadosa no sentido de manter uma boa camada de tecidos cobrindo a prótese.

Técnica cirúrgica

Há poucos relatos de capsulectomia via axilar na literatura, sendo possível realizá-la desde que se faça um planejamento adequado com equipamentos apropriados. Videoendoscópio com óptica de boa qualidade aliado a um aspirador-cautério longo são fundamentais. Pinça cautério também longa permite dissecação até o sulco submamário com hemostasia concomitante.

Visando facilitar o descolamento, Ho¹⁵ demonstrou técnica de implante mamário por via axilar com um portal acessório na lateral da mama. Esta técnica pode ser aplicada, com algumas adaptações, para o tratamento das cápsulas, pois elimina a dificuldade de operar os instrumentos por um único acesso na axila (veja Fig. 14-25). Com o portal na lateral da mama, pode-se manipular os tecidos com maior facilidade. Sugere-se que pelo portal axilar tenha-se o retrator, óptica e pinça endoscópica e pelo portal acessório, o eletrocautério que dissecará os tecidos desejados. A pele do portal lateral pode ser protegida de eventuais queimaduras através de um manguito protetor feito com a capa de proteção de uma agulha comum cortada ao meio.

Deve-se iniciar o procedimento com a retirada da prótese. Em seguida deve-se infiltrar o tecido mamário, procurando-se

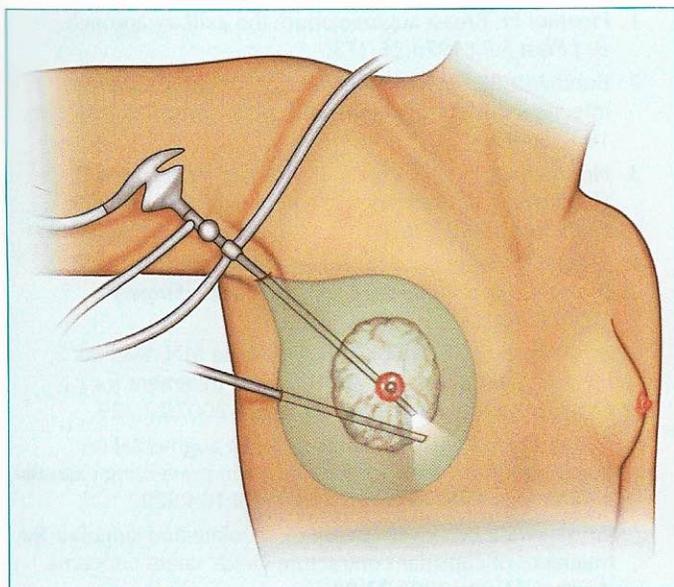


Figura 14-25

Esquema de acesso axilar para o endoscópio e instrumento auxiliar para capsulotomia.

fazer uma dissecação hídrica entre a cápsula e a glândula. A seguir inicia-se a retirada da cápsula, que poderá ser parcial ou total. Deve-se drenar a mama com drenos preferencialmente mais calibrosos por 48 a 72 horas.

Capsulotomia

Pode ser utilizada como alternativa de tratamento nas contraturas. É um método mais simples, mas que requer os mesmos cuidados da capsulectomia. Deve-se, primeiramente, remover o implante e em seguida, com o auxílio do endoscópio e um cautério de ponta fina e longa, realizar as incisões na cápsula. É prudente drenar a cavidade, pois pequenos sangramentos subclínicos podem ocorrer.

INFECÇÃO

Infecção associada à colocação de implantes de silicone tem tido relatos isolados desde o advento da técnica. Quando restrita à via axilar, o assunto carece de fontes que o explorem especificamente.

De maneira geral, as infecções se apresentam mais frequentemente de forma subclínica em quadro arrastado de mal-estar e dor localizada. São mais difíceis de serem percebidas e habitualmente estão associadas ou manifestam-se como contratura capsular. Próteses salinas estão associadas à maior precocidade de instalação do quadro quando comparadas às próteses de silicone.¹¹

A bactéria mais frequentemente encontrada é o *Staphylococcus epidermidis*,^{2,9,10,11} apesar de micobactérias, *Listeria monocytogenes* e *Klebsiella pneumoniae*, também terem sido relatadas como agentes causadores.¹²⁻¹⁴

O tratamento com tentativa de recuperação da prótese envolvida tem relatos na literatura. Porém, sua execução é um desafio ao cirurgião e à paciente devido à dificuldade em eliminar-se por completo a bactéria na presença do implante.¹⁰ Neste contexto, o *Staphylococcus aureus* é o agente mais relacionado à falha no tratamento.

A retirada da prótese é um recurso extremo; porém, conforme a situação, faz-se imperativa. A eliminação da fonte mantenedora do micorganismo permite um controle antibiótico mais adequado e eficaz. A recolocação do implante deve ser, nestes casos, considerada em um segundo tempo.

ALTERAÇÕES DA SENSIBILIDADE

Parestesias podem ocorrer mais frequentemente na região posterior interna do braço e podem estar relacionadas à tração dos nervos cutâneos braquiais. Normalmente esta sensibilidade retorna entre o primeiro e o quarto meses pós-operatórios.

Hiperestesia ou hipoestesia das aréolas, ou de outras áreas da mama, estão relacionadas à tração dos nervos intercostais, e são frequentemente transitórias.

ONDULAÇÕES DO IMPLANTE

As ondulações (*rippling*), quando ocorrem, tornam-se um grande desafio ao profissional, pois não há uma conduta consensual de como controlar este tipo de alteração.

Elas estão mais relacionadas às pacientes magras cuja espessura dos tecidos cutâneo e mamário não é suficiente para a cobertura da prótese, mas também podem ocorrer em pacientes com espessura média destes tecidos. As demandas por um padrão de beleza onde a perda de peso é importante têm levado muitas pacientes a diminuírem a espessura do panículo adiposo sobre a prótese. Isto pode explicar eventuais ondulações tardias como a que ocorreu na paciente apresentada na Figura 14-26.

Além disso, a maior coesividade do gel presente nas próteses mais modernas, se por um lado diminuiu o índice de contraturas, por outro pode, eventualmente, ter levado a uma ocorrência mais freqüente de ondulações de difícil tratamento.

Uma das possibilidades terapêuticas é a mudança de plano de subglandular para submuscular, para proporcionar uma melhor cobertura tecidual.

Pacientes com próteses redondas de perfil mais alto podem se beneficiar da troca por próteses de perfil anatômico ou por próteses de um tamanho um pouco menor. A rotação do implante é recurso para pequenas ondulações que, por vezes, resulta em sucesso (o implante, nestas situações, deve ser redondo).

Em todos os casos deve-se discutir com a paciente os riscos de recidiva destes procedimentos.

SÍNDROME DE MONDOR

A síndrome de Mondor, originalmente descrita em 1939 por Henri Mondor, é caracterizada por uma tromboflebite esclerosante de veias subcutâneas do tórax.



Figura 14-26

Ondulações tardias em paciente com emagrecimento acentuado.



Figura 14-27

Tromboflebite de vasos subcutâneos de parede torácica.

Freqüentemente relacionada com câncer de mama, esta síndrome pode ocorrer em casos de colocação de prótese mamária. O mecanismo de tração e de estase dos vasos sanguíneos pode gerar a tromboflebite, cursando com dor, eritema localizado e cordões fibrosos característicos (Fig. 14-27). Nos casos de colocação de prótese via axilar também é possível observar este quadro em veias na face medial do braço.

O tratamento é clínico com antiinflamatórios e calor local, sendo importante tranquilizar a paciente quanto ao caráter transitório e benigno desta ocorrência.

REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS

1. Hoehler H. Breast augmentation: the axillary approach. *Br J Plast Surg* 1973;26:373.
2. Burkhardt BR, Fried M, Schnur PL, Tofield JJ. Capsules, infection, and intraluminal antibiotics. *Plast Reconstr Surg* 1981;68:45.
3. Hölmich LR, Friis S, Fryzek JP, Vejborg IM, Conrad C, Sletting S, et al. Incidence of silicone implant rupture. *Arch Surg* 2003;138:801.
4. Colon G. Mammoscopy and endoscopic implant and Breast tissue evaluation. *Clinics in Plastic Surgery* 1995;22:697.
5. Schlesinger SL, Ellenbogen R, Desvigne MN, Svehiak S, Heck R. Zafirlukast (Accolate). A new treatment for capsular contracture. *Aesthetic Surg J* 2002;22:329.
6. Camirand A, Doucet J, Harns J. Breast augmentation: compression-a very important factor in preventing capsular contracture. *Plast Reconstr Surg* 1999;104:529.
7. Gyskiewicz JM. Investigation of accolate and singulair for treatment of capsular contracture yields safety concerns. *Aesthetic Surg J* 2003;23:98.
8. Tebbetts JB. Transaxillary subpectoral augmentation mammoplasty: a 9-year experience. *Clin Plast Surg* 1988;15:557.

9. Pajkos A, Deva AK, Vickery K, Cope C, Chang L, Cossart YE. Detection of subclinical infection in significant breast implant capsules. *Plast Reconstr Surg* 2003;111(5):1605.
10. Yii NW, Khoo CT. Salvage of infected expander prostheses in breast reconstruction. *Plast Reconstr Surg* 2003;111(3):1087.
11. Brown SL, Hefflin B, Woo EK, Parmentier CM. Infections related to breast implants reported to the food and drug administration, 1977-1997. *J Long Term Eff Med Implants* 2001;11:1.
12. Eliopoulos DA, Lyle G. Mycobacterium avium infection in a patient with the acquired immunodeficiency syndrome and silicone breast implants. *South Med J* 1999;92(1):80.
13. Bernardi C, Saccomanno F. Late Klebsiella pneumoniae Infection Following breast Augmentation: Case Report. *Aesthetic Plast Surg* 1998;22(3):222.
14. Gnanadesigan N, Pechter EA, Mascola L. Listeria infection of silicone breast implant. *Plast Reconstr Surg* 1994;94(3):531.
15. Ho LCY. Endoscopic assisted transaxillary augmentation mammoplasty. *Br J Plast Surg* 1993;46:332.

Videoscopia no Contorno Corporal e Procedimentos Complementares
Copyright © 2007 by Livraria e Editora Revinter Ltda.

ISBN 85-372-0074-3

Todos os direitos reservados.
É expressamente proibida a reprodução
deste livro, no seu todo ou em parte,
por quaisquer meios, sem o consentimento
por escrito da Editora.

Contato com a autora:

ANA ZULMIRA E. DINIZ BADIN
clinicaathena@cmathena.com.br

LYDIA MASAKO FERREIRA
lydiaferreira@uol.com.br

A responsabilidade civil e criminal, perante terceiros e perante a Editora Revinter, sobre o conteúdo total desta obra, incluindo as ilustrações e autorizações/créditos correspondentes, é do(s) autor(es) da mesma.

Livraria e Editora REVINTER Ltda.
Rua do Matoso, 170 – Tijuca
20270-135 – Rio de Janeiro – RJ
Tel.: (21) 2563-9700 – Fax: (21) 2563-9701
livraria@revinter.com.br – www.revinter.com.br