
GUIA BASEADO NA LITERATURA

Mamas tuberosas

Por que não é apenas colocar uma prótese

Dr. Guilherme Bersou

Cirurgião Plástico

CRM 113239 | RQE 53074

Informação para compreender a anatomia, as opções e os limites do tratamento.

Você talvez nunca tenha ouvido esse nome

Mas pode reconhecer algumas características

Muitas mulheres passam anos acreditando que suas mamas são apenas pequenas, afastadas ou assimétricas. Algumas colocam toda a explicação no peso, no sutiã ou no próprio corpo.

Em parte desses casos existe uma alteração do desenvolvimento chamada mama tuberosa, também descrita na literatura como mama tubular ou constricta.

O nome assusta mais do que deveria. Não significa doença maligna. Descreve uma anatomia que se desenvolveu de maneira diferente, geralmente percebida a partir da puberdade.

E compreender essa anatomia muda o planejamento. Porque aumentar volume não é a mesma coisa que tratar forma, base, sulco e aréola.

Na consulta, eu não começo escolhendo a prótese. Começo entendendo qual parte da anatomia precisa ser tratada.

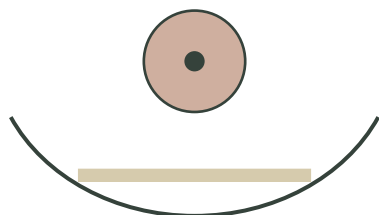
Cirurgia plástica com propósito começa pelo diagnóstico.

Uma alteração do desenvolvimento mamário

Ela aparece em graus diferentes e pode afetar uma ou as duas mamas

A literatura descreve a mama tuberosa como uma combinação variável de base mamária estreita, menor desenvolvimento de um ou mais quadrantes, sulco inframamário elevado, polo inferior curto, aréola aumentada ou projetada e assimetria.

Nem todas essas características aparecem juntas. Existem formas discretas, que passam despercebidas, e apresentações mais evidentes.



Esquema educativo, não representa um caso clínico

- Base mais estreita
- Polo inferior curto
- Sulco mais alto
- Aréola ampliada ou projetada
- Assimetria de forma ou volume

Não foi algo que você fez

Culpa não explica uma diferença de desenvolvimento

A causa exata ainda não tem consenso. A hipótese mais aceita envolve alterações na estrutura dos tecidos e na expansão da base mamária durante o desenvolvimento.

Há estudos histológicos que encontraram diferenças na organização de colágeno e fibras elásticas, mas a literatura ainda não definiu um único mecanismo para todos os casos.

Não é falta de exercício

Treino modifica músculos, não reorganiza a base da glândula mamária.

Não é culpa do sutiã

A roupa pode alterar conforto e aparência momentânea, não a anatomia de desenvolvimento.

Não é simplesmente falta de volume

Uma mama pode ter pouco volume e não ser tuberosa. O diagnóstico considera forma e distribuição dos tecidos.

Não é igual em todas as mulheres

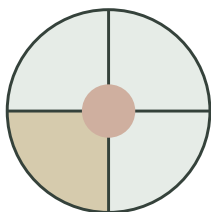
A apresentação pode ser unilateral, bilateral, discreta ou marcada.

Não existe uma única mama tuberosa

As classificações ajudam a descrever, mas não substituem o exame

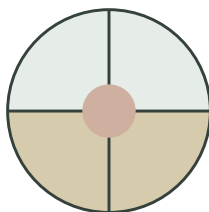
Uma das classificações mais conhecidas observa quais regiões da base mamária apresentam menor desenvolvimento. Na forma mais discreta, a deficiência pode estar concentrada no quadrante inferior medial. Em graus progressivos, pode envolver os dois quadrantes inferiores ou toda a base.

Essas categorias são úteis para comunicação médica, mas têm subjetividade. A revisão de 2022 destaca que diferentes sistemas podem produzir variação entre avaliadores.



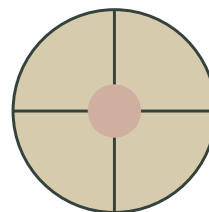
Forma I

Deficiência mais localizada no polo inferior medial.



Forma II

Deficiência nos dois quadrantes inferiores.



Forma III

Constrição que envolve toda a base mamária.

Importante: este esquema é uma simplificação da classificação de Grolleau. Não serve para autodiagnóstico nem define sozinho a técnica cirúrgica.

O diagnóstico é feito pelo conjunto

Uma característica isolada não confirma a condição

O diagnóstico é clínico. O cirurgião observa a base da mama, a distribuição do tecido, a posição do sulco, o comprimento do polo inferior, a forma e o diâmetro da aréola, a qualidade da pele e a diferença entre os lados.

Também é preciso distinguir mama tuberosa de hipoplasia simples, ptose, assimetria de desenvolvimento e outras variações anatômicas. A literatura ainda não oferece uma classificação única e universal.

O que precisa ser medido e observado

- ☐ Largura e formato da base mamária
- ☐ Diâmetro, posição e projeção da aréola
- ☐ Distância entre aréola e sulco
- ☐ Grau de queda e qualidade da pele
- ☐ Altura do sulco inframamário
- ☐ Assimetria entre as duas mamas
- ☐ Volume e distribuição do tecido
- ☐ Objetivo e limites aceitos pela paciente

Fotografias padronizadas e simulação podem apoiar a conversa. Elas não prometem resultado e não substituem a análise dos tecidos durante o exame.

Por que só colocar uma prótese pode não bastar

Volume não corrige automaticamente uma base constrita

Uma prótese acrescenta volume. Ela não libera sozinha os pontos de constrição, não redistribui automaticamente o tecido e não resolve, em todos os casos, a projeção da aréola ou a posição elevada do sulco.

Quando a base não é tratada, existe risco de o implante ocupar um espaço diferente daquele que a mama permite. Isso pode contribuir para contornos irregulares, dobra dupla, assimetria ou persistência do formato tubular.

Por isso o planejamento pode combinar manobras diferentes. A prótese, quando indicada, é uma parte do tratamento, não o tratamento inteiro.

Aumentar

Acrescentar volume com implante ou gordura.

Tratar a anatomia

- Liberar áreas constritas
- Redistribuir o tecido
- Construir o polo inferior
- Reposicionar sulco e aréola

A diferença entre essas duas ideias explica por que a mesma prótese pode produzir resultados muito diferentes em anatomias diferentes.

O tratamento é uma combinação de ferramentas

A anatomia define quais delas serão necessárias

1 Liberar a constrição

Incisões e remodelamento interno podem permitir que o tecido se distribua por uma base mais ampla.

2 Reorganizar a glândula

Retalhos glandulares e suturas podem preencher áreas deficientes e redefinir o polo inferior.

3 Reposicionar o sulco

Quando está elevado, o sulco pode precisar ser redesenhado e estabilizado em outra posição.

4 Tratar a aréola

Mastopexia periareolar ou outras incisões podem reduzir, reposicionar e controlar a projeção areolar.

5 Adicionar volume

Implantes, enxerto de gordura ou a combinação dos dois podem ser usados conforme o objetivo.

6 Tratar a queda

Quando existe excesso de pele ou ptose, uma mastopexia pode fazer parte do plano.

Implante, gordura ou combinação

Não existe uma opção superior para todas as pacientes

A literatura mostra que implantes e enxerto de gordura podem ser usados, isoladamente ou em conjunto. A escolha depende de volume desejado, tecido disponível, espessura da cobertura, assimetria, número de etapas aceitável e preferência da paciente.

Implante

Pode oferecer aumento de volume em uma etapa. Exige planejamento do espaço, cobertura e posição. Mantém riscos próprios de qualquer implante mamário e possibilidade de revisões futuras.

Enxerto de gordura

Usa gordura da própria paciente e permite ajustes graduais. O volume por sessão é limitado e parte pode ser reabsorvida, por isso são comuns tratamentos em mais de uma etapa.

Combinação

Pode unir estrutura e volume do implante com refinamento de contorno por gordura. Acrescenta decisões técnicas e deve ter indicação individual.

Estudos comparativos recentes mostram um equilíbrio: a gordura costuma exigir mais sessões iniciais; implantes podem exigir revisões ao longo do tempo. A decisão precisa incluir esse horizonte.

Há muitas técnicas e pouco consenso

A diversidade da anatomia aparece também nos estudos

Uma revisão sistemática de 2023 reuniu 38 estudos e 897 pacientes. A combinação de reorganização dos tecidos com implante foi a técnica mais frequente. Implantes apareceram na maioria das séries; enxerto de gordura foi menos comum.

Uma revisão de escopo publicada em 2024 encontrou 27 estudos com 1.674 participantes e confirmou grande variação nas classificações e nas estratégias cirúrgicas.

Isso não significa falta de conhecimento. Significa que a mama tuberosa não é um problema único. Diferentes combinações anatômicas exigem soluções diferentes.

38 estudos

Revisão sistemática de resultados e complicações

897 pacientes

Base agrupada da revisão de 2023

27 estudos

Revisão de estratégias cirúrgicas de 2024

1.674 pessoas

Participantes da revisão de escopo

Os estudos são majoritariamente séries de casos e coortes retrospectivas. Eles ajudam a orientar, mas não permitem prometer qual técnica será melhor para uma pessoa específica.

Tratar não significa produzir simetria perfeita

O objetivo é melhorar proporção respeitando os tecidos

Mamas naturais nunca são idênticas. Quando existe assimetria de desenvolvimento, cada lado pode exigir uma estratégia diferente e ainda assim manter pequenas diferenças depois da cirurgia.

A literatura descreve complicações e necessidades de revisão que variam conforme a técnica. O risco individual depende da anatomia, do procedimento, dos materiais e das condições clínicas da paciente.

Pontos que precisam estar na conversa

- ☐ Persistência de assimetria ou diferença de contorno
- ☐ Hematoma, seroma, infecção ou alteração de cicatrização
- ☐ Alargamento ou alteração da cicatriz ao redor da aréola
- ☐ Contratura capsular, deslocamento ou troca do implante
- ☐ Dobra dupla ou irregularidade no polo inferior
- ☐ Reabsorção parcial da gordura e necessidade de novas sessões
- ☐ Mudança de sensibilidade da mama ou aréola
- ☐ Revisão cirúrgica para refinamento ou mudança ao longo do tempo

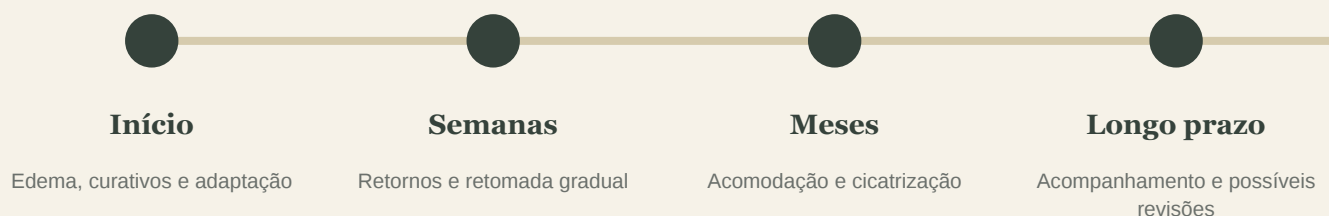
Uma revisão agrupada reportou complicações em cerca de 20% dos casos, mas reuniu técnicas e definições muito diferentes. Esse número não é uma previsão do seu risco.

O resultado muda por meses

Quatro meses podem mostrar evolução, não necessariamente o resultado final

Logo depois da cirurgia, inchaço, firmeza dos tecidos, diferenças temporárias e posição inicial do implante podem alterar a percepção do resultado.

Com o passar dos meses, o edema reduz, os tecidos acomodam e as cicatrizes amadurecem. O ritmo varia conforme a técnica e a resposta biológica de cada paciente.



Planeje também a vida ao redor da cirurgia

- Organize ajuda em casa e siga as restrições da equipe.
- Não programe a cirurgia encostada em casamento, viagem ou evento importante.
- Considere que cicatrizes e posição dos tecidos continuam mudando.
- Compareça aos retornos mesmo quando estiver se sentindo bem.

O cronograma deve ser definido com base no seu procedimento e na sua recuperação, não em uma promessa de data.

Perguntas para levar à consulta

O objetivo é entender o plano, não decorar nomes de técnicas

- ☐ Quais características de mama tuberosa aparecem no meu caso?
- ☐ Os dois lados precisam do mesmo tratamento?
- ☐ O que será feito para tratar a base e o polo inferior?
- ☐ A aréola precisa ser reduzida ou reposicionada?
- ☐ Por que o implante, a gordura ou a combinação foram indicados?
- ☐ A mastopexia fará parte do plano e onde ficarão as cicatrizes?
- ☐ Existe chance de mais de uma etapa ou cirurgia de revisão?
- ☐ Quais assimetrias provavelmente permanecerão?
- ☐ Como gravidez e variações de peso podem mudar o resultado?
- ☐ Qual é o cronograma realista de recuperação e acompanhamento?

Uma boa consulta não termina com uma escolha de tamanho. Termina com um plano que você consegue compreender.

O que vale guardar deste guia

1

É desenvolvimento, não culpa

A anatomia surge durante o desenvolvimento mamário e não por falta de cuidado.

2

Não existe uma única aparência

A base, o sulco, o volume, a aréola e a assimetria variam entre pacientes.

3

Prótese não é sinônimo de tratamento

Volume pode ser necessário, mas a forma também precisa ser compreendida.

4

Existem caminhos diferentes

Implante, gordura, mastopexia e remodelamento podem ser combinados.

5

Revisões fazem parte da conversa

Uma ou mais etapas podem ser necessárias para alcançar e manter o plano.

O melhor plano não é o mais simples nem o mais complexo. É o que trata a sua anatomia com clareza sobre limites, cicatrizes e etapas.

O diagnóstico muda a conversa

Porque você deixa de perguntar apenas qual prótese escolher e passa a entender o que realmente precisa ser tratado.

Na consulta, eu avalio a anatomia, escuto o que incomoda você e explico quais objetivos são possíveis dentro dos seus tecidos.

Não existe perfeição. Existe planejamento, proporção e uma decisão tomada com propósito.

Dr. Guilherme Bersou

Cirurgião Plástico

CRM 113239 | RQE 53074

Agende uma avaliação para discutir indicação, alternativas e limites individuais.

Material educativo. Não substitui consulta médica.

Literatura consultada

Revisões e estudos clínicos usados na elaboração

1. van Durme J, Cooreman A, Paternoster J, Vranckx JJ. The Different Surgical Strategies for Treating Tuberous Breast Deformity: A Scoping Review. JPRAS Open. 2024;42:315-328. DOI 10.1016/j.jpra.2024.07.011. PMID 39555168.
2. Alvaro AI, Willet JW, Dounas GD, Jeeves A, Lodge M, Javed MU. A Systematic Review of Outcomes and Complications of Tuberous Breast Surgery. Aesthetic Surgery Journal. 2023;43(12):NP1001-NP1009. DOI 10.1093/asj/sjad229. PMID 37439225.
3. Aitha P et al. Review of Tuberous Breast Deformity: Developments over the Last 20 Years. Plastic and Reconstructive Surgery Global Open. 2022;10:e4363. PMCID PMC9187173. PMID 35702542.
4. Brown MH, Somogyi RB. Surgical Strategies in the Correction of the Tuberous Breast. Clinics in Plastic Surgery. 2015;42(4):531-549. PMID 26408442.
5. Brault N et al. Correction of tuberous breast deformity: a retrospective study comparing lipofilling versus breast implant augmentation. JPRAS. 2017;70(5):585-595. DOI 10.1016/j.bjps.2017.02.011. PMID 28341593.
6. Karppinen T et al. Long-term results of the tuberous breast: What to expect after the primary correction process? Journal of Plastic, Reconstructive and Aesthetic Surgery. 2024. PMID 38742668.
7. Papadopoulos S et al. Correction of the Tuberous Breast with Fat Grafting and Implant: Techniques, Evaluation with BREAST-Q, and Preliminary Results. Aesthetic Plastic Surgery. 2024. DOI 10.1007/s00266-024-04032-y. PMID 38760537.
8. Suhail D, Faderani R, Kalaskar DM, Mosahebi A. Optimal strategies for addressing developmental breast asymmetry and the significance of symmetrical treatment: A systematic review. JPRAS. 2023;84:582-594. DOI 10.1016/j.bjps.2023.06.056. PMID 37441855.

Nota: a literatura sobre mamas tuberosas é composta principalmente por séries de casos e estudos retrospectivos. Resultados agrupados não substituem a avaliação individual nem permitem prometer uma técnica ou resultado.