

Sistematização e conduta do Hospital Geral de Goiânia nas dermolipodistrofias de membros superiores em pacientes ex-obesos

BRUNO GRANIERI DE OLIVEIRA ARAÚJO, ROBERTO KALUF

Introdução

Após a realização da gastroplastia ou grande perda ponderal com dieta, os pacientes desenvolvem deformidades no corpo todo. Na região dos membros superiores, dependendo do grau de perda ponderal e da idade do paciente, podemos ter deformidades que vão desde excedente de tecido gorduroso, até grandes deformidades de flacidez de pele desde o cotovelo ao longo da porção póstero-medial do braço, até o sulco axilar posterior e, em alguns pacientes, até a região braquiotorácica. A braquioplastia consiste no tratamento dessas alterações cutâneas e das lipodistrofias braquiais. Com o advento da lipoaspiração, a remoção do excesso dermogorduroso foi otimizada, permitindo menores cicatrizes e menor incidência de complicações. Em 2004, Kaluf-Lisbôa publicaram uma sistematização e conduta na dermolipodistrofia braquial, correlacionando o grau de deformidade com o tratamento adequado.

Objetivo

Objetivou-se avaliar os resultados obtidos com as técnicas cirúrgicas adotadas e as complicações encontradas após as cirurgias plásticas.

Métodos

Foi realizado um estudo retrospectivo, que inclui 48 pacientes com grande perda ponderal, no Serviço de Cirurgia Plástica do Hospital Geral de Goiânia. Incluíam-se pacientes com índice de massa corpórea (IMC) entre 30 e 35 kg/m², com estabilização ponderal por, no mínimo, seis meses. A classificação de Kaluf-Lisboa foi utilizada no planejamento da estratégia cirúrgica a ser adotada. Nos pacientes com redundância grau I, realizou-se apenas lipoaspiração. No grau II, realizou-se a lipoaspiração, seguida de ressecção de pele, com a cicatriz resultante limitando-se à região axilar ou com formato em "L". No grau III, também se realizou a lipoaspiração e ressecção de pele, que normalmente tem o formato em

"T", devido ao grande excedente de tecido cutâneo. No grau IV, como há apenas redundância de pele, realiza-se somente ressecção de tecido cutâneo sem lipoaspiração, sendo a cicatriz resultante em "L" ou "T" e longitudinal, estendendo-se do cotovelo à axila, ao nível do sulco braquial interno. A marcação das áreas de ressecção foi linear e confeccionada por meio da pega bidigital, tendo sido realizada com paciente em pé e com o membro em extensão. A anestesia utilizada na maioria dos procedimentos foi local com sedoanalgesia, tendo a anestesia geral como alternativa em casos selecionados. O paciente é posicionado com os braços abduzidos a 90 graus. Faz-se infiltração da área a ser descolada com soro fisiológico acrescido de adrenalina e lidocaína, resultando em uma solução com concentração de 1% de lidocaína e 1:500.000 de adrenalina, através da técnica tumescente. Após a lipoaspiração, faz-se o descolamento caudal do retalho no plano subcutâneo superficial. Utilizamos o princípio do deslizamento do retalho lipoaspirado, preconizado por Juarez Avelar. Realizam-se, então, alguns pontos pilotos, verificando a área a ser ressecada. Realiza-se a ressecção parcelada, utilizando-se o princípio dos retalhos quadrangulares propostos por Baroudi e a compensação do excedente de pele para a região axilar. Faz-se hemostasia rigorosa. Sutura-se o plano subfascial com nylon 4-0, subcutâneo e subdérmico com monocryl 4-0, ambos pontos separados. A sutura da pele é realizada com nylon 5-0 chuleio contínuo. Não se usa dreno a vácuo de

rotina. O paciente recebe alta hospitalar geralmente no dia seguinte à cirurgia, retornando semanalmente até a retirada da sutura de pele, que é realizada por volta de 21 dias após a operação. O paciente é orientado quanto ao uso de malhas semi-compressivas por pelo menos 3 meses.

Resultados

Foram analisados 48 pacientes, sendo 44 (91,66%) mulheres e 4 (8,33%) homens, com idade média de 44 anos (variando de 35 a 63 anos) e IMC médio de 32 kg/m² (variando de 30 a 34). Os pacientes foram submetidos a acompanhamento pós-operatório semanal até completar 28 dias pós-operatórios, com retorno 30 e 90 dias a partir de então e com 6 meses e 12 meses pós-operatórios. Ocorreram complicações em 5 (10,41%) pacientes, sendo 1 (2,08%) seroma, 1 (2,08%) linfocele, 1 (2,08%) celulite, 2 (4,16%) pequenas deiscências de sutura ou retardo de cicatrização. O alargamento de cicatriz é um resultado frequente, 27 (56,25%) pacientes apresentaram insatisfação estética com o resultado cicatricial e foram submetidas a correção de cicatriz através de ressecção justacicatricial, exérese da mesma e resutura em 3 planos.

Conclusão

A braquioplastia é um procedimento que, se bem indicado, apresenta bons resultados, com baixos índices de complicações maiores. Devem-se evitar grandes descolamentos e realizar-se uma ressecção mais superficial, evitando-se lesões importantes do sistema venoso e linfático, minimizando o edema pós-operatório.

Tabela 1 - Classificação Kaluf-Lisbôa.

Grau	Classificação	Tratamento
I	Excesso de gordura, sem excedente de pele	Lipoaspiração
II	Excesso de gordura, com moderado excedente de pele	Associa-se a lipoaspiração na tentativa de redução da cicatriz "L" ou axilar
III	Excesso de gordura, com grande excedente de pele	Lipoaspiração com ressecção de pele em "T"
IV	Apenas redundância de pele	Ressecção de pele sem lipoaspiração. Cicatriz em "L" ou em "T"