

Protocolo para tratamento das distorções coxofemorais em pacientes ex-obesos

SHEILA CARVAJAL MULATTI, MIGUEL LUIZ ANTONIO MODOLIN, RODRIGO ITOCAZO ROCHA, WILSON CINTRA JUNIOR

Objetivo

O objetivo deste trabalho é oferecer um protocolo para o tratamento de distorções coxofemorais em pacientes ex-obesos, de acordo com a distribuição das dobras dermocutâneas.

Método

Foram tratadas 28 pacientes, do sexo feminino, matriculadas no Grupo de Contorno Corporal da Divisão de Cirurgia Plástica e Queimaduras do Hospital das Clínicas da Faculdade de Medicina da Universidade de São Paulo. As pacientes foram agrupadas conforme o tipo de distorção. Assim, no primeiro grupo, há 3 pacientes cujas dobras cutâneas acumulavam-se no terço superior, desde a prega inguinal até o terço médio, exclusivo, da face medial da coxa. No segundo grupo, estavam 9 pacientes com dobras desde a prega inguinal até parte do terço médio, da face medial da coxa. Enfim, no terceiro grupo, 16 pacientes com dobras ao longo de toda a coxa. As pacientes do primeiro grupo foram submetidas a coxoplastia semelhante à propositura de Lockwood. Assim, com a paciente em pé e as coxas, moderadamente, afastadas, demarca-se um ponto posterior que corresponde à projeção superficial da espinha isquiática e daí traça-se uma linha pelo sulco coxoinguinal até 5 ou 6 cm abaixo da espinha ilíaca ântero-superior. A partir dessa linha, a custa de pinçamento bidigital, demarca-se um fuso, que corresponde ao excesso dermocutâneo a ser ressecado. Enfatizando-se que se deve evitar retiradas excessivas para não haver sutura sob tensão. Nas pacientes do segundo grupo, aplicou-se a técnica de Lewis, que consiste na composição da ressecção transversal

inguinal proposta por Lockwood, com uma incisão falciforme longitudinal; esta incisão inicia-se na extremidade posterior da incisão transversal e descreve uma elipse, contendo o excesso dermocutâneo, com concavidade anterior prolongando-se longitudinalmente, em parte do terço médio da coxa semelhante ao cabo de uma foice. Às pacientes do terceiro grupo aplicou-se a técnica proposta por Cram e Ali, isto é, a ressecção obedeceu ao traçado de um fuso longitudinal que se estendeu, superiormente, desde 2 cm abaixo do ponto intermediário entre os tendões de inserção dos músculos adutor da coxa e grácil até 2 a 3 cm posteriores ao côndilo medial do fêmur. Aplicou-se, então, um questionário de satisfação após a cirurgia, que considerava os quesitos mobilidade, higiene pessoal, desempenho sexual, vestimentas e cicatrizes, e para cada um destes a paciente atribuiu uma nota de 0 a 3, sendo a nota 0 considerado resultado ruim, a nota 1 considerado resultado regular, a nota 2 como resultado bom e a nota 3 como resultado ótimo. Foram também analisados dados como idade mínima, máxima e média das pacientes, e IMC antes da gastroplastia e no momento da coxoplastia. Foram avaliadas também possíveis complicações e intercorrências, como hematomas, seromas, deiscências, necroses, edemas, linfoceles, cicatrizes alargadas, cicatrizes hipertróficas e assimetrias.

Resultados

Nota-se o número exíguo de pacientes submetidos a técnica de Lockwood, isto porque o contingente maior era de pacientes ex-obesos graves, com grandes dobras coxofemorais, e que

se enquadravam melhor nas técnicas de Lewia ou Cram Ali. Deve-se levar em consideração que duas pacientes não se manifestaram quanto a desempenho sexual, por não terem qualquer atividade nesse sentido. As complicações e intercorrências foram de pequeno porte. Os seromas observados em seis pacientes foram drenados com algumas sessões de punção, com adequada resolução. Os casos de deiscências foram de pequena extensão ao longo das linhas de sutura e cicatrizaram por segunda intenção. As 7 pacientes que mencionaram edema localizado nas pernas, tinham maior acúmulo de dobras e, conseqüentemente, o trauma cirúrgico foi maior. Há que se levar em consideração que todas tinham componente varicoso. Esta intercorrência foi tratada com exercícios apropriados, massagens e meias elásticas. Em 6 pacientes, foram notadas cicatrizes alargadas e, em uma, hipertrófica. São intercorrências decorrentes à deambulação precoce, exercendo tensão sobre a linha de sutura, que poderão ser revistas tardiamente quando houver acomodação do processo cicatricial. O único caso de assimetria foi observado pelos cirurgiões e não constitui queixa da paciente. Dois casos de linfocele foram submetidos a ressecção cirúrgica dos cistos. Não se notou nenhuma complicação que tenha sido mais importante em determinada técnica empregada.

Conclusão

Este protocolo é recomendável considerando-se a heterogeneidade da distribuição topográfica das distorções coxofemorais, sendo fácil sua transmissão a principiantes, e plausível sua inclusão no arsenal do cirurgião plástico que trata de pacientes ex-obesos e visa a harmonização do contorno corporal.