

Toracoplastia após grande perda ponderal e cirurgias associadas

ANDRE LUIS DE MENEZES MARANHÃO, ALESSANDRO PINHEIRO MARTINS, DANIELA CUNHA, FREDERICO AVELAR LUCAS

Introdução

Os procedimentos reparadores corporais após grande perda ponderal apresentam diferentes técnicas e adaptações de técnicas tradicionais, que, combinadas, melhor se adequam a cada caso. As deformidades torácicas são um desafio, pois exigem tratamento diferenciado, que possibilite a recuperação da forma e a manutenção de suas funções, além de preservação da sensibilidade cutânea. Os resultados satisfatórios nesse tipo de paciente possibilitam melhor adequação tanto social como íntima. Em nossa casuística, passamos por fases de adaptação de técnicas para um aprimoramento contínuo.

Objetivo

O objetivo deste trabalho é descrever as possíveis associações necessárias para o tratamento das deformidades cutâneas no tórax após grande perda ponderal.

Método

Toracoplastias por acesso anterior foram realizadas entre março de 2005 e junho de 2013 em 28 pacientes (13 homens e 15 mulheres) que sofreram grande perda ponderal pós-cirurgia bariátrica, à exceção de um homem no qual o emagrecimento se deu por mudança de hábitos alimentares e exercícios. A

técnica base empregada se assemelha à descrita por Pitanguy. Todos os pacientes foram avaliados quanto às condições clínicas e nutricionais, além de terem sido orientados quanto aos resultados potenciais, possibilidade de retoques e alterações sensitivas areolares. As operações foram realizadas, no mínimo, 12 meses após a cirurgia bariátrica, sendo exigida estabilidade de peso. Todas as cirurgias foram realizadas sob anestesia geral, com os pacientes em decúbito dorsal, sempre em hospitais gerais, requerendo internação de um dia. Foi aplicada drenagem fechada a vácuo sob os retalhos em todos os casos. As técnicas empregadas foram variadas, em função da diversidade dos casos e do aprimoramento dos resultados. Não optamos por abordar a região posterior. Profilaxia antibiótica com cefalosporina de primeira geração foi realizada em todos os casos.

Resultados

Nesta série, foram analisados 28 pacientes. Houve associação de técnicas comuns: 3 casos associados a mastopexia, 3 casos associados a mastoplastia de aumento, 5 casos associados a abdominoplastias, 15 casos associados a braquioplastias, e 12 casos associados a ginecomastias. Alguns pacientes que

apresentavam deformidades mistas de tórax, mama e braço foram operados em 2 tempos, para melhor posicionamento dos retalhos. A associação mais comum foi com a braquioplastia. Em algumas áreas, técnicas de lipoaspiração foram necessárias para modelagem dos retalhos de espessuras diferentes. Nas ginecomastias gigantes, foram realizados retalhos pediculados para ascensão areolar, com manutenção da irrigação sanguínea e inervação, com base nos fundamentos de Ribeiro. As complicações mais frequentes foram presença de seromas (10%), sofrimento areolar parcial (10%), distopias cicatriciais (7%) e flacidez recidivada (5%).

Conclusão

As toracoplastias anteriores exigem a associação de diversas técnicas cirúrgicas, com parcimônia na tração dos retalhos, pois podem gerar distopias cicatriciais, além de apresentar grande potencial de deiscência. A associação com a braquioplastia possibilita adequada redefinição da axila, que geralmente se apresenta distópica. Nas ginecomastias gigantes, as técnicas que possibilitem manutenção da sensibilidade são melhores que a enxertia areolar a longo prazo, pelo resultado mais natural e fisiológico.