

Técnica utilizada em deformidades crurais em pacientes submetidos a cirurgia pós-bariátrica no Hospital das Clínicas da UNICAMP

JULLYANA HEINEN PEIXOTO, BRUNA BORGHESE, IVANA LEME CALAES, GUILHERME CARDINALI BARRERO, MARCO ANTÔNIO DE BUENO CAMARGO, PAULO KHARMANDAYAN

Objetivo

Avaliar a técnica de cruroplastia em L em pacientes submetidos a cirurgia de gastroplastia realizada no Hospital das Clínicas da Unicamp (Campinas, SP), considerando suas vantagens do ponto de vista de resultados e complicações.

Método

Estudo retrospectivo realizado por meio de análise de prontuários dos pacientes submetidos a cruroplastia após gastroplastia redutora no Serviço de Cirurgia Plástica do Hospital das Clínicas da Unicamp, no período de 2009 a início de 2013. Realizamos 32 cruroplastias, sendo 5 pacientes do sexo masculino e 27 do sexo feminino. A média de idade foi de 43 anos, variando de 26 anos a 70 anos. O peso médio pré-cirurgia bariátrica foi de 133 kg, variando de 96 kg a 185 kg, com IMC médio de 51,6 kg/m². A perda ponderal média dos pacientes foi de 61,5 kg, variando de 23 kg a 10 kg, resultando em peso médio pós-gastroplastia redutora de 72 kg, variando de 57 kg a 109 kg, com IMC médio de 27,6 kg/m². Os pacientes aguardaram, em média, 4 anos entre a gastroplastia redutora e a cruroplastia, com 8 (25%) pacientes realizando a cirurgia reparadora 2 anos após a gastroplastia. A maioria dos pacientes (75%) não possuía comorbidades na época da cruroplastia; entre os 8 (25%) pacientes com comorbidades, a principal era hipertensão arterial (n = 8), seguida por hipotireoidismo (n = 2) e dislipidemia, artrite reumatoide, líquen simples e taquicardia supraventricular por reentrada nodal (1 paciente cada).

Resultados

Iniciamos a marcação com o paciente em posição ortostática, localizando a linha da prega inguinal (na raiz da coxa) até a borda do tendão adutor da coxa. Por manobra bidigital, sentimos a quantidade de tecido a ser retirada da face medial da coxa, iniciando uma linha partindo do ponto do tendão adutor da coxa, no sentido longitudinal caudal, na borda do referido músculo, até o ponto necessário para ressecção de tecido variável em cada paciente. Assim terminamos com uma marcação em L invertido (prega inguinal e longitudinal/vertical na coxa). O paciente é operado em decúbito dorsal horizontal, com as pernas abduzidas. Se necessário, é feita lipoaspiração com infiltração prévia de solução de adrenalina 1:500.000 na área a ser lipoaspirada. Faz-se a incisão em L invertido com descolamento acima da fáscia superficial de Colles, preservando vasos sanguíneos e linfáticos. Faz-se tração súpero-posterior do retalho descolado em sentido oblíquo ântero-posterior. Retiramos o excesso de tecido em triangulação, a fim de evitar retirada excessiva de tecido. O ponto mais importante é uma fixação do retalho em L, no tendão do músculo adutor da coxa próximo a sua inserção no osso do púbis, com fio de mononáilon 2-0. Os outros pontos do retalho são feitos na fáscia de Colles, com fio absorvível, podendo ser poligalactina (vicryl) ou poliglecaprone 25 (monocryl). O fechamento da pele é feito com pontos subdérmicos de poligalactina incolor 3-0 e sutura

da pele contínua com fio de mononáilon 5-0 ou intradérmica de monocryl 4-0. Não realizamos quimioprofilaxia para trombose venosa profunda (salvo nos casos de alto risco); incentivamos deambulação precoce e movimentação no leito. A principal técnica utilizada nas cruroplastias foi a em L associada a lipoaspiração (n = 15, 46,9%), seguida pela transversal inguinal (n = 10, 31,3%), pela L (n = 6, 18,8%) e, por último, pela transversal associada a lipoaspiração (n = 1, em 3,1). Os pacientes mostraram-se satisfeitos em 90,6% dos casos (n = 26), 25 estavam totalmente satisfeitos, 1 referiu excesso residual de lipodistrofia na face anterior das coxas, 1 referiu excesso residual em faces anterior e lateral das coxas, e 2 alegaram excesso residual na região dos joelhos, mas não desejaram correções. A taxa de complicação total foi de 56% (n = 18): 5 (15,6%) deiscências isoladas, 3 (6,3%) equimoses, 2 (6,3%) granulomas, e 1 (3,1%) caso cada de cicatriz alargada, cicatriz hipertrófica e deiscência associada a infecção de ferida operatória ou celulite ou erisipela ou equimose ou granuloma.

Conclusão

A utilização dessa modalidade técnica permitiu melhor camuflagem da cicatriz resultante, sendo muito bem aceita pelos pacientes, apresentando menores índices de complicação pós-operatória, sem incidência de trombose venosa profunda ou tromboembolismo pulmonar e/ou necessidade de reabergagens cirúrgicas.