



# Posicionamento da cicatriz da braquioplastia na região posterior do braço em pacientes ex-obesos

*Positioning the scar of the region brachioplasty upper arm in ex-obese patients*

Edmar Maciel Lima Junior<sup>1</sup>  
Harley Araújo Cavalcante<sup>2</sup>  
Victor Monteiro Maciel Lima<sup>3</sup>

## RESUMO

**Introdução:** A braquioplastia consiste no tratamento cirúrgico da acentuada ptose dos tecidos do braço, que se localiza na região interna e inferior, estendendo-se da axila ao cotovelo, quando o braço está em abdução, contendo ou não depósito de gordura. **Objetivo:** O objetivo deste trabalho é mostrar o posicionamento da cicatriz da braquioplastia na região inferior do braço, visto somente posteriormente, em pacientes ex-obesos, não sendo visível pelo paciente ou por quem estiver à sua frente durante a abdução do braço. **Métodos:** Foram selecionados 18 pacientes, realizando-se a braquioplastia bilateral, com posicionamento da cicatriz na região inferior. **Resultados:** O grau de satisfação dos pacientes com o posicionamento da cicatriz nesta região foi elevado, permitindo que a mesma fique imperceptível durante a abdução do braço, não sendo vista pelo paciente ou por outra pessoa que se encontre em sua frente. **Conclusões:** A técnica cirúrgica apresentada para braquioplastia é segura e reproduzível, constituindo uma boa opção para disfarçar a cicatriz nesta região, fator importante na cirurgia dos pacientes ex-obesos.

**Descritores:** Procedimentos Cirúrgicos Reconstructivos. Braço/Cirurgia. Perda de peso. Cirurgia Plástica/Métodos.

## ABSTRACT

**Introduction:** Brachioplasty is the surgical treatment of severe ptosis of the arm tissues, which is located on the inside and bottom, extending from the armpit to the elbow when the arm is in abduction, having or not fat deposits. **Objective:** The objective of this work is to show the positioning of the brachioplasty scar in the lower region of the arm, viewed only afterwards, in ex-obese patients, not being visible by patient or whoever is before him or her, during the arm abduction. **Methods:** 18 patients were selected and undergone bilateral brachioplasty with lower region positioning of the scar. **Results:** the satisfaction degree of the patients with the scar positioning in this region was relevant, allowing it to be imperceptible during arm abduction by the patient or whoever is before him or her. **Con-**

Artigo recebido: 25/06/2012  
Artigo aceito: 27/09/2012

DOI: 10.5935/2177-1235.2013RBCP0538

1. Pós-Graduação em administração hospitalar - Presidente da Federação Latino Americana de Queimaduras
2. Membro Titular da SBCP - Cirurgião Plástico dos Serviços do HGF e IJ.
3. Médico formado pela UNIFESP e residente de cirurgia geral na UNIFESP.

**clusions:** The surgical technique applied to brachioplasty is safe and reproducible, constituting a good alternative to disguise the scar in this region, important factor in ex-obese patients' surgery.

**Keywords:** Reconstructive Surgical Procedures. Arm/Surgery. Weight Loss. Surgery, Plastic/Methods.

## INTRODUÇÃO

Nos pacientes que tiveram grandes perdas ponderais, os membros superiores, geralmente, apresentam uma acentuada ptose dos tecidos do braço, que se localiza na região interna e inferior, estendendo-se da axila ao cotovelo, quando o braço está em abdução, determinando um exagerado contorno convexo, contendo ou não depósito de gordura. A braquioplastia consiste no tratamento cirúrgico desta deformidade, que, na maioria dos casos, é realizada por meio de ressecções dermo-gordurosas e síntese dos retalhos por deslizamento, podendo estar ou não associada à lipoaspiração.

As técnicas e táticas descritas para a braquioplastia eram pouco empregadas pelos cirurgiões plásticos e pouco aceitas pelos pacientes, em virtude da visível localização das cicatrizes e elevado grau de intercorrências. Vários autores contribuíram, sobremaneira, para a evolução das técnicas e táticas, iniciando com Posse<sup>1</sup>, que descreveu a excisão elíptica na porção medial do braço; Correa-Iturraspe & Fernandez<sup>2</sup>; Pitanguy<sup>3</sup>, incisão em S; Baroudi<sup>4</sup>, que há mais de 35 anos preconiza a cicatriz no sulco do bíceps; Franco & Rebello<sup>5</sup>, incisão em L; Illouz<sup>6</sup>, técnica de lipoaspiração; Juri et al.<sup>7</sup>, retalho quadrangular, com cicatriz final em T; Lockwood<sup>8</sup> descreveu o sistema de suspensão facial e Márquez & Abramo<sup>9</sup>, tratamento em conjunto do braço, axila e cotovelo.

O objetivo do presente trabalho é mostrar um melhor posicionamento da cicatriz na braquioplastia, colocando-a na região inferior do braço (vista pela região posterior), evitando o dissabor de posicioná-la no sulco do bíceps ficando visível quando o mesmo abduz o braço. Na atualidade, alguns autores publicaram sobre este assunto, iniciando-se com Aly & Cram<sup>10</sup>, em 2006, Maciel<sup>11,12</sup>, em 2008, e Kathib<sup>13</sup>, em 2009.

### Seleção e avaliação dos pacientes

Para uma melhor didática da indicação cirúrgica, Baroudi & Ferreira<sup>14</sup>, Aly & Cram<sup>10</sup> e Maciel<sup>11,12</sup> dividem os pacientes em três grupos,

em que o grupo II é o mais comum, representa o paciente com flacidez que tem pouca ou nenhuma lipodistrofia, existindo, nestes casos, uma grande deflação, obtendo o melhor resultado estético (Fig. 1). É importante a avaliação das áreas circunvizinhas (tronco lateral, mama edorso) (Fig. 2), em relação à flacidez e à qualidade de pele, remanescente de gordura e a presença de estrias, indicando cirurgias combinadas nesta região afim de proporcionar bons resultados em toda a área acometida.



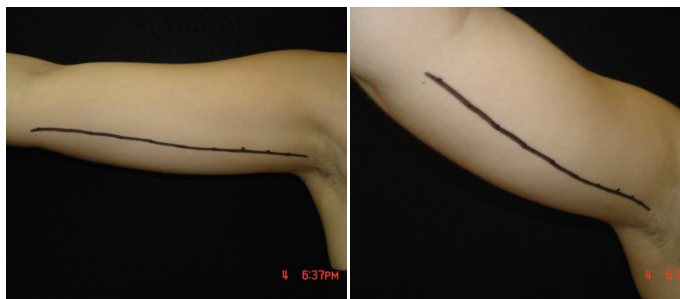
Figura 1 - Paciente com acentuada flacidez, sem lipodistrofia



Figura 2 - Avaliação das regiões circunvizinhas

## MÉTODO

Várias técnicas consagradas, vários autores nacionais e estrangeiros, durante décadas, preconizavam o posicionamento final da cicatriz no sulco braquial, conforme preconizado por Baroudi<sup>4,15</sup> e Barouli & Ferreira<sup>14</sup>, ou 2 cm abaixo do sulco do bíceps. Seleccionamos 18 pacientes, em que os mesmos foram orientados a escolher o local do posicionamento final da cicatriz: no sulco do bíceps (Fig. 3 - em preto) ou na parte inferior do braço (Fig. 4 - em vermelho). Foi explicado a todos os pacientes que nem sempre conseguimos colocar a cicatriz exatamente na parte inferior do braço, mostramos fotografias e foi assinado o Termo de Consentimento Informado (TCI)



**Figura 3** - Posicionamento da cicatriz no sulco do bíceps



**Figura 4** - Posicionamento da cicatriz preconizado por Aly, Maciel e Kathib, na parte inferior do braço, visto pela região posterior.

### Marcação

A marcação é feita com manobra bidigital (anterior e posterior), um a dois dias antes da cirurgia, com o paciente em posição sentado e os braços abduzidos 90 graus (Fig. 5). A marcação é feita em forma elíptica, estendendo-se do oco axilar até o cotovelo, podendo passar do epicôndilo medial do úmero, quando necessário. Em ci-

rurgias combinadas com tronco lateral, Baroudi<sup>14</sup> e Maciel<sup>11,12</sup> não preconizam zetas ou dablíoplastias, apenas uma pequena quebra da cicatriz no cavo axilar. Após a marcação, colocamos o paciente deitado, com o braço estendido 180 graus, para uma melhor avaliação da simetria (Fig. 6) e tatuamos os pontos com azul de metileno, com uma agulha hipodérmica de insulina.



**Figura 5** - Marcação por manobra de pinçamento bidigital, na região anterior e posterior.



**Figura 6** - Posicionamento do paciente na mesa, com os braços estendidos 180 graus, permitindo uma melhor avaliação, para verificar a simetria da marcação.

### Técnica

A cirurgia é realizada sob anestesia local e sedação, e o paciente fica com os braços abduzidos 90 graus com o corpo. Iniciamos a incisão pela marcação anterior (Fig. 7), e fazemos a bipartição dos retalhos para uma maior segurança (Fig. 8), pois existe uma tendência à marcação exagerada, devido à ptose dos tecidos, quando o braço está abduzido.

## RESULTADOS



Após a ressecção das peças, a sutura é feita em três ou quatro planos (Fig. 9), sem deixar espaço morto e evitando a tensão, sem a colocação de drenos.



Figura 7 - Incisão anterior.



Figura 8 - Bipartição do retalho, em três pacientes distintos.

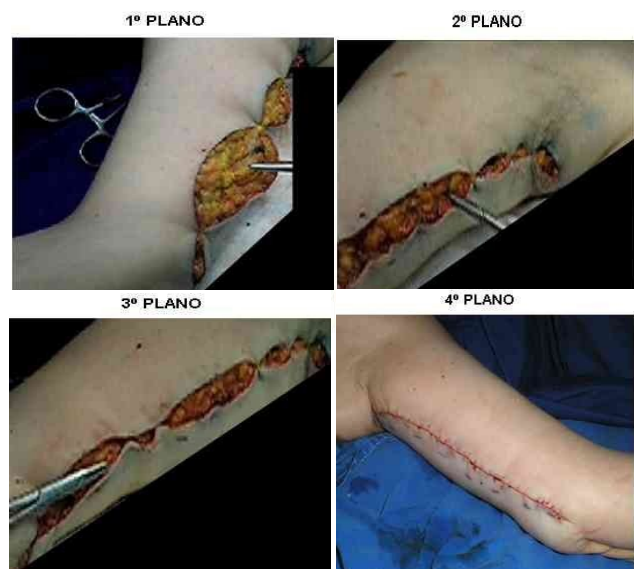
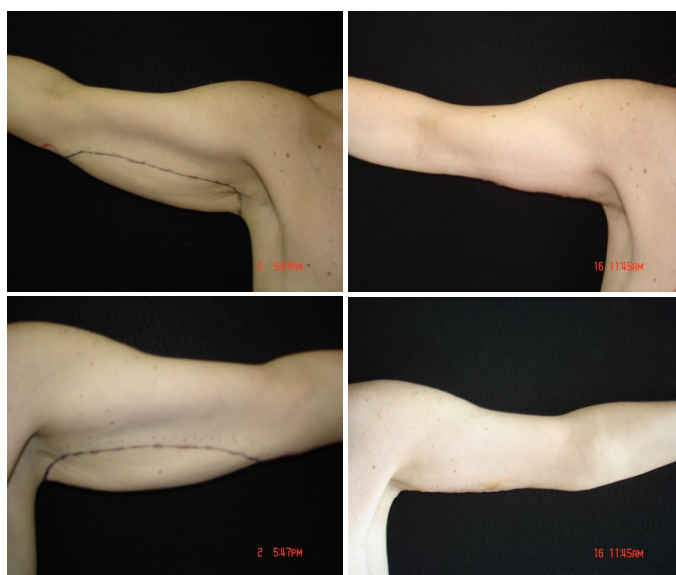


Figura 9 - Sutura em quatro camadas.

O grau de satisfação dos pacientes com os resultados da braquioplastia é maior do que na cirurgia de coxas, devido ao braço ficar mais exposto, sendo difícil esconder as deformidades. Por este motivo, preconizamos o posicionamento final da cicatriz da braquioplastia na parte inferior do braço. Todos os pacientes selecionados referiram alto grau de satisfação com o local do posicionamento da cicatriz e com o resultado final obtido. Outras intercorrências como deiscência de sutura, cicatriz hipertrófica e alargamento de cicatriz foram observados.

**CASO CLÍNICO 1** - Pré e pós-operatório de 24 meses, onde a cicatriz final não está visível, pela vista anterior.



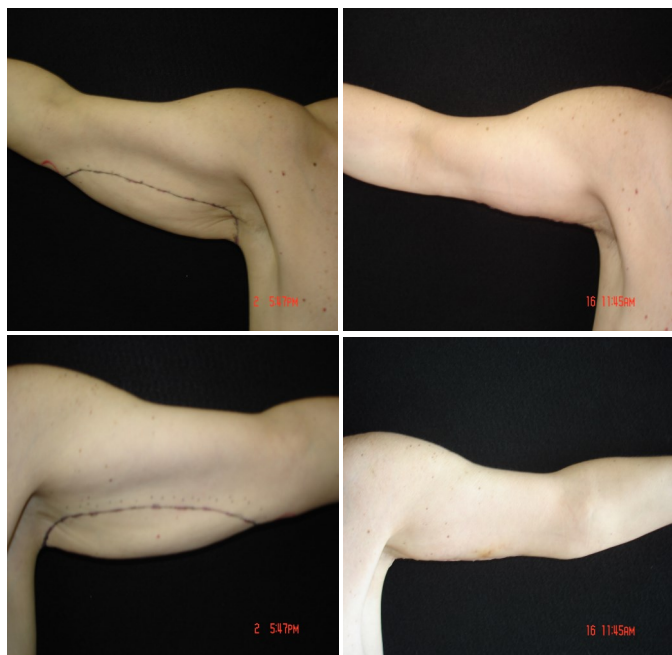
**CASO CLÍNICO 2** - Pré e pós-operatório de 4 anos, com boa manutenção do resultado e sem cicatriz visível anteriormente



No pós-operatório, solicitamos que o pacien-

te mantivesse o braço em repouso por 15 dias, não podendo baixá-los e usamos cinta ou ataduras elásticas e lâmina de silicone por dois meses. Os pacientes são avisados previamente da possibilidade de edema nos membros e, em especial, nas mãos, com regressão espontânea em torno de 15 dias. Nos pacientes que realizam lipoaspiração, recomendamos 12 a 15 sessões de drenagem linfática.

**CASO CLÍNICO 3** - Pré e pós-operatório de 2 anos, onde a cicatriz não é visível pela fotografia da região anterior do braço.



**CASO CLÍNICO 3.5** - Décimo segundo dia de pós-operatório, no qual existem equimoses e vermelhidão da cicatriz. Cicatriz visível posteriormente.



**CASO CLÍNICO 4** - Qualidade da cicatriz com dois meses, lado direito e esquerdo.



## DISCUSSÃO

Durante muitos anos a cirurgia de braquioplastia foi muito pouco utilizada pelos cirurgiões plásticos, devido, principalmente, à visível localização das cicatrizes, além do elevado índice de intercorrências. Com o advento da gastroplastia e o melhor posicionamento das cicatrizes, estas técnicas e táticas foram ressurgidas, trazendo alto grau de satisfação para os pacientes e cirurgiões. É importante uma boa seleção dos pacientes, avaliação e indicação criteriosas, a marcação prévia da cirurgia e boa execução da técnica, além de fornecer todas as informações aos pacientes, para se obter um bom resultado cirúrgico final.

## CONCLUSÕES

A colocação final da cicatriz da gastroplastia é uma tática cirúrgica segura e de fácil reprodução, proporcionando resultados satisfatórios aos pacientes e a equipe cirúrgica, permitindo esconder a cicatriz na parte inferior do braço, não sendo vista durante a abdução dos braços, pelo paciente ou por quem estiver na sua frente.

**Edmar Maciel Lima Junior**  
Rua Visconde de Mauá, 1650 ap. 801, Aldeota  
CEP: 60125-160, Fortaleza- Ceará

## REFERÊNCIAS

1. Posse RP. Cirurgia estética. Buenos Aires; 1946.
2. Correa-Iturraspe M, Fernandez JC. Dermolipectomia braquial. Prensa Med Argent. 1954;41(34):2432-6.
3. Pitanguy I. Correction of lipodystrophy of the lateral thoracic aspect and inner side of the arm and elbow dermosenescence. Clin Plast Surg. 1975;2(3):477-83.
4. Baroudi R. Dermolipectomy of the upper arm. Clin Plast Surg. 1975;2(3):485-94.
5. Franco T, Rebello C. Cirurgia estética. Rio de Janeiro: Atheneu; 1977.
6. Illouz IG. Une nouvelle technique pour les lypodistrophies localisées. Rev Chir Esth Fran. 1980;6(9):4-19.
7. Juri J, Juri C, Elías JC. Arm dermolipectomy with a quadrangular flap and "T" closure. Plast Reconstr Surg. 1979;64(4):521-5.
8. Lockwood T. Brachioplasty with superficial fascial system suspension. Plast Reconstr Surg. 1995;96(4):912-20.
9. Marques B, Abramo A. Dermolipectomia braquial. Rev Soc Bras Cir Est Reconstr. 1996;11(1).
10. Aly AS, Cram AE. Brachioplasty. In: Aly AS, ed. Body Contouring after massive weight loss. 1st ed. St Louis: Quality Medical Publishing; 2006. p.303-33.
11. Maciel E. Cirugía plástica pós-bariátrica em braços. Cirugía Plástica Estética y Reconstructiva, v-494, p.4839-46, 2008.
12. Lima Junior EM. Tratado de cirurgia plástica Após grandes perdas ponderais. São Paulo: Atheneu; 2010. p.96-116.
13. Kathib H. Clasificación de lap ptosis braquial: estratégias de tratamiento. Plast Reconstr Surg (español). 2009;(13):276-81.
14. Baroudi R, Ferreira CAA. Braquioplastias. In: Mélega JM, Baroudi R, eds. Cirurgia Plástica: Fundamentos e Arte – Cirurgia Estética. São Paulo: Medsi; 2009. p.60-84.
15. Baroudi R. Braquioplastia. Cirurgia do Contorno Corporal, cap. 5; 2009. p.60-84.