



Abordagem do segmento superior do corpo em pacientes ex-obesos com cirurgia única: toracobraquio-mamoplastia

Unique surgery for the upper body segment in patients with massive weight loss: thoracobrachio-mammoplasty

ISAAC ROCHA FURTADO^{1,2,3*}
RUSSEN MOREIRA CONRADO⁴
JOSÉ DALVO MAIA NETO⁵

RESUMO

Introdução: Os pacientes ex-obesos necessitam de uma abordagem complexa, diante do grande excesso de pele decorrente da perda ponderal. Em alguns casos, muitas cirurgias plásticas são necessárias, não havendo uma padronização na associação destas cirurgias. No segmento superior do corpo, a região dos braços, a lateral do tórax e as mamas normalmente são acometidas, principalmente nas mulheres. Diversas técnicas foram desenvolvidas com o objetivo de alcançar resultados melhores e com cicatrizes mais escondidas. Algumas técnicas podem ser associadas, sendo realizadas em um único tempo cirúrgico. Quando a equipe é bem estruturada, o tempo cirúrgico é reduzido, significando mais segurança para o paciente. **Método:** Os autores apresentam uma técnica que oferece padronização no tratamento do ex-obeso, que é realizada em tempo único: a Mamoplastia (pela técnica de Pitanguy ou com aposição de prótese mamária), a Toracoplastia (com a retirada do excesso de pele na lateral do tórax) e a Braquioplastia (realizada com um desenho retilíneo na parte mais inferior dos braços). **Resultados:** Os sete casos foram avaliados quanto ao tempo cirúrgico, à localização das cicatrizes, à forma final e à simetria. Entre as complicações, houve deiscências parciais (14%) e cicatrizes hipertróficas (14%). O resultado estético foi satisfatório para os pacientes em 84% dos casos, sendo que a qualidade da cicatrização do paciente, queleide ou cicatrizes hipertróficas, foi a maior causa de insatisfação. **Conclusão:** A utilização da técnica de Toracobraquio-mamoplastia em um único tempo se mostrou efetiva no tratamento do ex-obeso, oferecendo mais uma opção, diante das outras cirurgias que estes pacientes normalmente necessitam.

Descritores: Mamoplastia; Braquioplastia; Toracoplastia; Cirurgia plástica em ex-obeso.

Instituição: Trabalho realizado no Hospital Monte Klinikum, Fortaleza, CE, Brasil.

Artigo submetido: 12/10/2013.
Artigo aceito: 8/2/2015.

DOI:10.5935/2177-1235.2015RBCP0111

¹ Pontifícia Universidade Católica do Rio de Janeiro (PUC-Rio), Rio de Janeiro, RJ, Brasil.

² Serviço de Cirurgia Plástica do Professor Ivo Pitanguy, Rio de Janeiro, RJ, Brasil.

³ Sociedade Internacional de Cirurgia Plástica Estética, Fortaleza, CE, Brasil.

⁴ Departamento de Dermatologia, Universidade Federal do Ceará (UFC), Fortaleza, CE, Brasil.

⁵ Instituto Doutor José Frota, Fortaleza, CE, Brasil.

■ ABSTRACT

Introduction: Ex-obese patients require a complex surgical approach because of the large amount of excess skin due to their massive weight loss. In some cases, several plastic surgeries are needed, and there is no existing standard in the coordination of these surgeries. In the upper segment of the body, the arms, side of the thorax, and breasts are usually affected, mainly in women. Several techniques have been developed with the aim of achieving better results with better hidden scars. Some techniques may be associated, being carried out in a single surgical procedure. A well-structured surgical team leads to a reduced surgical time, which means higher safety for the patient. **Method:** We present a technique for standardization in the treatment of ex-obese patients that is performed in a single step, comprising mammoplasty (according to Pitanguy's technique or with placement of breast prosthesis), thoracoplasty (with the removal of excess skin on the side of the chest), and brachioplasty (performed with a rectilinear drawing at the lowest part of the arms). **Results:** Seven cases were evaluated in terms of surgical time, location of the scars, and final shape and symmetry. The complications included partial dehiscence (14%) and hypertrophic scars (14%). The aesthetic result was satisfactory for 84% of the patients; on the other hand, the quality of cicatrization, keloid, and hypertrophic scars were the major causes of dissatisfaction. **Conclusion:** The use of the thoracobrachio-mammoplasty technique in a single surgical time was effective in the treatment of ex-obese patients, offering yet another option among other surgeries that these patients usually need.

Keywords: Mammoplasty; Brachioplasty; Thoracoplasty; Plastic surgery in ex-obese.

INTRODUÇÃO

Hoje, um grande número de pacientes com grande perda ponderal após gastroplastias redutoras vem se tornando um novo segmento da cirurgia plástica, constituindo um amplo campo de atuação, tendo em vista as múltiplas cirurgias que são necessárias para retirada de toda a pele excedente. Uma padronização das cirurgias a serem realizadas é necessária, principalmente em abdome, mamas, braços e coxas. Para uma melhor abordagem desses pacientes, o corpo é dividido em quatro segmentos, da porção superior à inferior (Figura 1). O número 'um' representa a face e o pescoço, sendo tratado com a Ritidoplastia. O número 'dois' é o segmento superior do corpo, representado por membros superiores, tórax e mamas, tratado com a Toracobraquio-mamoplastia, que é abordada neste trabalho. O número 'três' é delimitado pela região de abdome, flancos e região glútea, sendo tratado basicamente com a Abdominoplastia Circunferencial. E o número 'quatro' é representado pelos membros inferiores, tratado com o Lift Crural.

O tratamento da lateral do tórax associado à dermolipectomia dos braços já foi realizado há longa data, em pacientes obesos ou que tiveram grandes perdas ponderais^{1,2}, bem antes do advento das Gastroplastias redutoras. Normalmente, a mamoplastia, ou a mastopexia, era feita em um tempo separado, sendo normalmente necessária a aposição de prótese

de silicone, devido à grande atrofia tecidual de glândula mamária e de tecido adiposo. Outras técnicas fazem a abordagem em um único tempo, mas com incisões separadas³, em que a cicatriz lateral da mama segue posteriormente pelo tórax (pela marca do sutiã), e a braquioplastia não continua pelo tórax, ficando restrita na axila, com a compensação de pele em "L" dentro da axila^{4,5}. Realizamos um desenho na região do tórax e dos braços semelhante ao proposto por Pitanguy, em 1975¹; associada à técnica do mesmo autor para mamoplastias e, se necessário, é feita a aposição da prótese de silicone, tudo no mesmo tempo cirúrgico, em que a cicatriz resultante segue do epicôndilo medial do cotovelo até a região esternal (Figura 2). Observe-se que, quando necessário, prossegue-se unindo medialmente as cicatrizes, com uma Abdominoplastia Reversa (Figura 3).

Em 2005, foi feita uma escala para padronização dos pacientes ex-obesos, conforme os graus de ptose em todas as regiões do corpo, a escala de Pittsburgh⁶. A técnica da Toracobraquio-mamoplastia é indicada para graus dois e três de flacidez braquial (Figura 4), associada ao grau três de mamas, em que há deformidade mais acentuada, com ptose significativa das mamas, grande flacidez cutânea, atrofia intensa do parênquima e desvio medial do CAP, devido ao grande excesso torácico lateral (Figura 5) e no dorso (Figura 6).



Figura 1. Planejamento do tratamento do paciente ex-obeso.



Figura 2. Toracobraquio-mamoplastia.

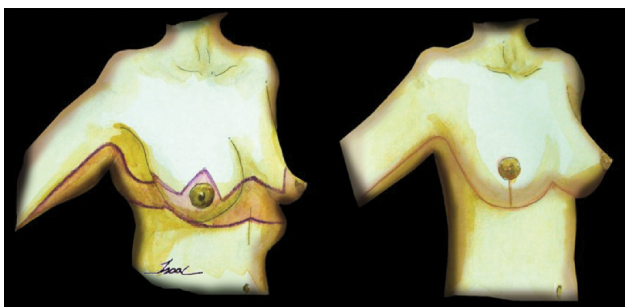


Figura 3. Toracobraquio-mamoplastia + Abdominoplastia reversa.

O objetivo deste trabalho é padronizar o tratamento do segmento de mamas, tórax lateral e braços, em uma única cirurgia e com apenas uma cicatriz de cada lado.

MÉTODOS

Este trabalho foi realizado em sete pacientes (mulheres), em uma faixa etária variando de 27 a 65 anos, com a média de idade de 47 anos, no período de 2011 a 2014. Em uma única cirurgia, foram realizadas Mamoplastias, Toracoplastias e Braquioplastias.

A marcação prévia da paciente foi feita em ortostase, que é um dos aspectos mais importantes da técnica. Os braços ficam abertos em noventa graus e os antebraços, na posição vertical. A marcação é iniciada pela mama conforme a técnica de Pitanguy,

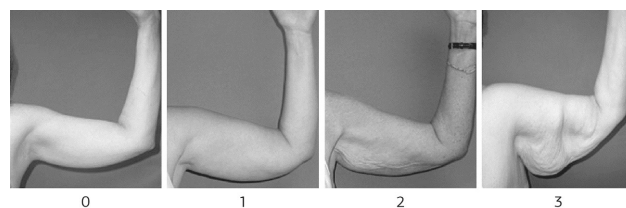


Figura 4. Escala de Pittsburg – Braços.

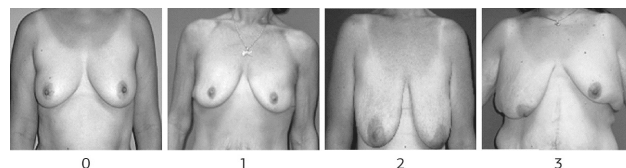


Figura 5. Escala de Pittsburg – Mamas.

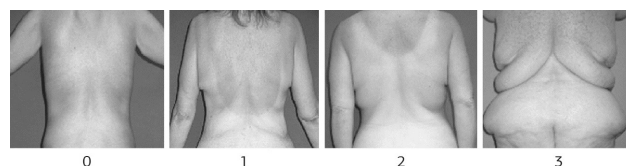


Figura 6. Escala de Pittsburg – Dorso.

mas com os pontos AB e AC maiores do que o normal, e o ponto AC sempre um centímetro maior do que o AB. Na região lateral da mama, no nível da linha axilar anterior, inicia-se a ascensão da marcação, e com o pinçamento manual, é feita a marcação da quantidade de pele que pode ser retirada. A marcação é curvilínea e em direção à prega axilar posterior, sendo a parte lateral sempre bem maior do que a medial; fazem-se necessários pontos de referência perpendiculares, em torno de três, para que não haja compensação errônea no final da cirurgia. Na região da axila, reduzimos a marcação da retirada de pele, para um a dois centímetros, para evitar bridas axilares no pós-operatório tardio. Da linha axilar posterior, traçamos uma linha reta até a região do epicôndilo medial do cotovelo, pelas regiões anterior e posterior do braço, fazendo sempre um pinçamento digital para verificar a possibilidade de fechamento dos dois lados. Toda a pele retirada a partir da parede lateral do tórax até o cotovelo pode ser abordada como uma grande “orelha” lateral da mamoplastia.

A cirurgia é feita sob anestesia geral, sendo feita uma infiltração da mama com uma solução de 120 mililitros de soro fisiológico, 40 mililitros de xilocaína e uma ampola de adrenalina, com o intuito de diminuir o sangramento e a quantidade de anestésico venoso injetado. Nos casos em que ainda exista um panículo adiposo abundante, pode ser feita uma lipoaspiração prévia no retalho a ser retirado da região do tórax e do braço.

Os tempos cirúrgicos seguem uma ordem. Primeiro, é feita a mamoplastia. Após a mama montada, segue-se

para a toracoplastia, fazendo a dermolipectomia e a compensação dos retalhos. Finalmente, enquanto um cirurgião termina a sutura da mama, é feita a braquioplastia (Figura 7).

A sutura é feita com Monocryl 3-0 nos pontos de maior tensão e Monocryl 4-0 nos pontos subdérmicos e intradérmicos. Finalmente, faz-se a microporagem com tiras bem finas, gazes simples e acolchoadas. Nas mamas, é colocado o sutiã cirúrgico e, nos braços, ataduras com compressão moderada.

RESULTADOS

Os sete casos foram avaliados quanto ao tempo cirúrgico, à localização das cicatrizes, à forma final e à simetria. Entre as complicações, houve deiscências parciais (14%) e cicatrizes hipertróficas (14%) (Figuras 8-12). O resultado estético foi satisfatório para os pacientes em 86% dos casos, sendo que a qualidade da cicatrização do paciente, quelóide ou cicatrizes hipertróficas, foi a maior causa de insatisfação (Tabela 1).



Figura 7. Trans e pós-operatório imediato.

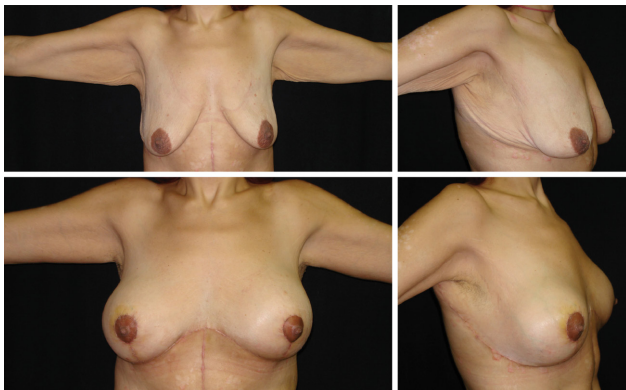


Figura 8. Caso 01.

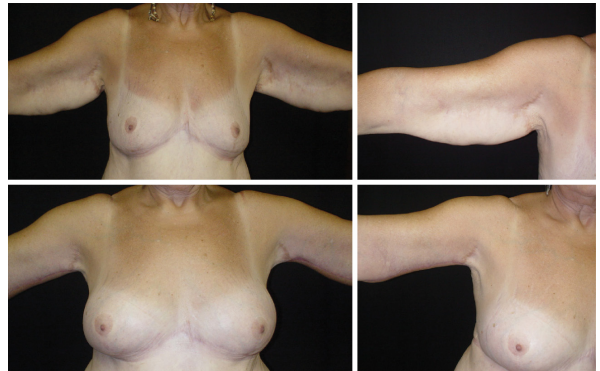


Figura 9. Caso 02.

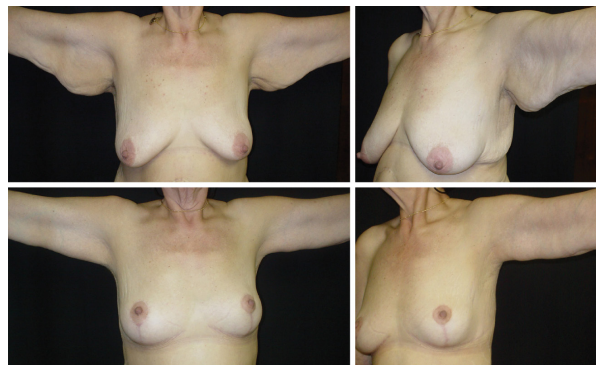


Figura 10. Caso 03.

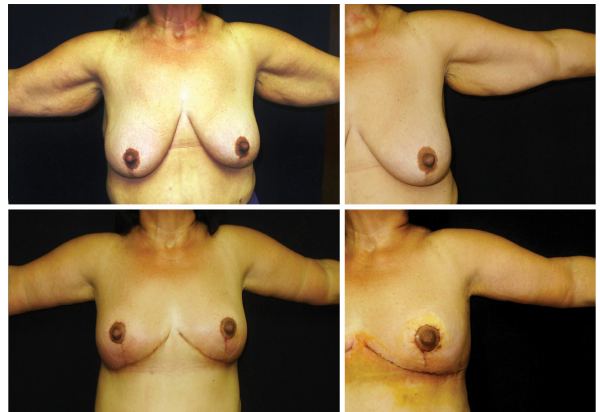


Figura 11. Caso 04a.

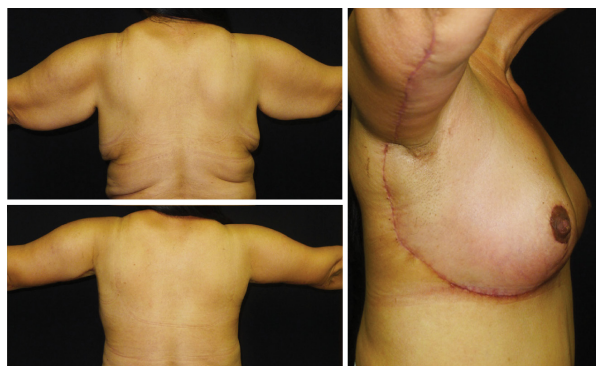


Figura 12. Caso 04b.

Tabela 1. Sete casos operados.

Casos	01	02	03	04	05	06	07
Sexo	F	F	F	F	F	F	F
Idade	27	52	63	43	45	32	65
Acompanhamento	5 anos	2 anos	4 anos	5 anos	1 ano	6 meses	4 meses
Método de Emagrecimento	Gastroplastia aberta	Gastroplastia fechada	Gastroplastia aberta	Gastroplastia aberta	Gastroplastia aberta	Gastroplastia aberta	Gastroplastia aberta
IMC inicial	41	45,7	38	44,4	37,8	41	38,5
IMC após a cirurgia plástica	27	28,4	26,3	25	22,7	26	25,3
Perda de peso (kg)	35	42	36	28,2	41	45	37,5
Uso de Dreno	N	N	S	S	N	N	N
Comorbidades	N	N	N	N	N	N	N
Cirurgia de Contorno Corporal prévia	N	N	S	S	S	N	N
Uso de Prótese Mamária	S	N	N	S	N	S	S
Complicações	N	Deiscência	N	Cicatriz Hipertrófica	N	N	N
Revisão de Cirurgia	N	S	N	N	N	N	N

DISCUSSÃO

As técnicas foram empregadas para cada região (mama, tórax e braços) e associadas em um único procedimento. A escala de Pittsburg⁶ veio facilitar a indicação destas cirurgias após um diagnóstico apurado, observando, principalmente, o excesso de pele em cada região. Nas mamas, a presença ou não de glândula e gordura é que irá indicar a aposição de próteses de mama.

Conforme o grau de ptose mamária, é indicada a mastopexia. Nos casos de pseudoptose, pode ser feita apenas a colocação da prótese sem retirada de pele, que pode ser feita apenas no tórax e nos braços. São utilizadas próteses texturizadas de perfil alto.

Quando existe hipertrofia mamária ou quando o volume é adequado, é empregada a técnica de Pitanguy, pela facilidade de execução e pelo tempo menor cirúrgico. Nesses casos, sempre é feita a fixação dos pilares, medializando o máximo possível, pois a tração da toracoplastia tende a lateralizar a mama.

Com relação à toracoplastia, Hurwitz faz a incisão como uma continuação da mamoplastia, seguindo horizontalmente para o dorso, na região da marca do sutiã, com a braquioplastia separadamente⁴. Esta técnica implica na mudança para decúbito dorsal na finalização da toracoplastia.

A técnica apresentada neste trabalho tem um desenho que se assemelha à técnica de Geoffrey³ e Ruth Graf⁷, unindo todas as cirurgias em uma única incisão. No entanto, o desenho do autor faz um ângulo muito agudo na axila, diferente do trabalho atual, com um desenho sinuoso e diminuição na ressecção de pele na axila, com o intuito de diminuir necroses na ponta do retalho e a formação de bridas axilares no pós-operatório tardio.

Com relação à Braquioplastia, hoje, todas as técnicas para flacidez braquial fazem uma incisão inferior e sem quebras de cicatriz, evitando as incisões quebradas, como na Wplastia, que apresentam muitas bandas e retrações no braço.

A padronização de cirurgias combinadas em pacientes ex-obesos é importante para a finalização do tratamento em todas as áreas acometidas. Alguns autores fazem a associação da Mamoplastia com a Abdominoplastia circunferencial^{4,5}, deixando os braços para um segundo tempo. Dando continuidade ao trabalho publicado em 2004⁸, optamos pela associação de Mamoplastia, Toracoplastia e Braquioplastia, por serem mais próximas e poderem ser realizadas com uma única incisão, o que facilita o pós-operatório.

CONCLUSÃO

O tempo cirúrgico médio e os resultados desses sete casos nos fizeram otimistas na abordagem do paciente em um único tempo, com a Toracobraquioplastia, uma vez que a incisão única e a região operada mais setorizada no segmento superior do corpo (segmento 2) mostram-se uma boa opção de tratamento do paciente ex-obeso.

REFERÊNCIAS

- Pianguy 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. PMID:1097165.
- Baroudi R. Dermolipectomy of the upper arms. *Clin Plast Surg.* 1975;3:485-91.
- Hallock GG, Altobelli JA. Simultaneous brachioplasty, thoracoplasty, and mammoplasty. *Aesthetic Plast Surg.* 1985;9(3):233-5. <http://dx.doi.org/10.1007/BF01570856>. PMID:4072818.

4. Hurwitz DJ. Single-staged total body lift after massive weight loss. *Ann Plast Surg.* 2004;52(5):435-41. <http://dx.doi.org/10.1097/01.sap.0000123361.14654.a5>. PMID:15096919.
5. Hurwitz DJ, Jerrod K. L-brachioplasty: an adaptable technique for moderate to severe excess skin and fat of the arms. *Aesthet Surg J.* 2010;30(4):620-9. <http://dx.doi.org/10.1177/1090820X10380857>. PMID:20829261.
6. Song AY, Jean RD, Hurwitz DJ, Fernstrom MH, Scott JA, Rubin JP. A classification of contour deformities after bariatric weight loss: the Pittsburgh Rating Scale. *Plast Reconstr Surg.* 2005;116(5):1535-44. <http://dx.doi.org/10.1097/01.prs.0000182606.92069.13>. PMID:16217505.
7. Colpo PG, Bark AA JR, Oliveira e Cruz GA, Freitas RS, Graf RM. Mama-tóraco-braquioplastia: tratando o tronco superior como unidade estética. *Arq Catarin Med.* 2009;38(Supl 1):238-40.
8. Furtado RI, Nogueira HC, Lima EM JR. Cirurgia plástica após gastroplastia redutora: planejamento das cirurgias e técnicas. *Rev Soc Bras Cir Plast.* 2004;19(2):29-40.

***Autor correspondente:**

Isaac Rocha Furtado

Harmony Medical Center – Avenida Dom Luís, 1233, Sala 606 – Aldeota – Fortaleza, CE, Brasil
CEP 60160.230

E-mail: dr.isaacfurtado@gmail.com