

## CIRURGIA DO CONTORNO CORPORAL APÓS GRANDES PERDAS PONDERAIS

*Body contouring surgery after massive weight loss*PRISCILA DE OLIVEIRA GERK<sup>1</sup>

## RESUMO

**Introdução:** O grande excesso de pele após o emagrecimento dos pacientes submetidos à gastroplastia redutora é desagradável e, às vezes, debilitante. A correção destas seqüelas, freqüentemente, necessita várias intervenções cirúrgicas. **Método:** Este trabalho apresenta uma série de onze pacientes, totalizando vinte operações para correção de seqüelas cutâneas secundárias à gastroplastia, operados no período de dezembro de 2004 a dezembro de 2006. Foram oito mulheres e três homens, com média de idade de 39,6 anos e média de perda de peso após gastroplastia de 65 kg. Com relação às operações, foram dez abdominoplastias, sendo oito em "âncora" e três clássicas, com três pacientes necessitando herniorrafia incisional associada. A média do peso do tecido abdominal retirado foi de 3,7 kg. Foram ainda realizadas três mastopexias com prótese, três *lifting* de braços, um *lifting* de tórax e dois *lifting* de coxas. **Resultados:** Ocorreram quatro pequenas complicações após os procedimentos. **Conclusão:** A cirurgia do contorno corporal nos pacientes com grande perda de peso que realizaram gastroplastia redutora permitiu melhora da qualidade de vida, reintegrando-os ao convívio social e laboral e restabelecendo sua auto-estima.

**Descritores:** Obesidade mórbida, cirurgia. Gastroplastia. Cirurgia bariátrica. Cirurgia plástica. Abdome, cirurgia.

## SUMMARY

**Background:** The great skin excess resultant after the weight loss of patients submitted to a surgical treatment for morbid obesity is unpleasant and most of the time debilitating. The treatment of these sequelae often needs several surgical interventions. **Method:** The study presents a series of 11 patients submitted to 20 operations to the correction of skin excess secondary to gastroplasty from December 2004 to December 2006. There were eight female and three male. The average age was 39.6. The mean of weight loss after bariatric surgery was 65 kg. Regarding the operations, there were ten abdominoplasties, eight being anchor and three conventional, with three patients requiring hernioplasty associated. The average of abdominal skin flap and fat was 3.7kg. Still, three mamoplasties were done with silicone prostheses, three brachial lifts, one thoracic lift and two crural lift. **Results:** Four minor complications have happened after the procedures. **Conclusion:** The body contour surgery in patients with major weight loss, who underwent gastroplasty, has provided an improvement in life quality, reintegrating them into society, into their jobs and restoring their self esteem.

**Descriptors:** Morbid obesity, surgery. Gastroplasty. Bariatric surgery. Plastic surgery. Abdomen, surgery.

1. Membro Titular da Sociedade Brasileira de Cirurgia Plástica.

**Correspondência para:** Priscila de Oliveira Gerck  
SEPS 710/910 – Centro Clínico Via Brasil – Sala 414 – Brasília, DF, Brasil – CEP: 70390-100  
Tel: 0xx61 3442-8414 / 9970-6798 – Fax: 0xx61 3442-8414  
E-mail: priscilagerk@hotmail.com

## INTRODUÇÃO

A obesidade é uma doença definida pela Organização Mundial de Saúde<sup>1</sup> (OMS) como mórbida ou grave quando o Índice de Massa Corporal (IMC) for maior ou igual a 40 kg/m<sup>2</sup>. A taxa de crescimento anual no Brasil desta doença é de 0,36% para mulheres e 0,20% para os homens<sup>2,3</sup>, sendo um dos principais problemas de saúde pública da sociedade moderna<sup>1,3</sup>, presente em todas as faixas etárias, etnias e classes sociais.

A cirurgia do contorno corporal após a gastroplastia redutora é realizada quando o equilíbrio metabólico e nutricional foi alcançado e quando o paciente está com o peso estabilizado e próximo ao ideal<sup>4</sup>. Há necessidade, em todas as fases, de acompanhamento multidisciplinar, envolvendo nutricionistas, psicólogos, endocrinologistas, cirurgiões, entre outros, para o pleno sucesso no tratamento do ex-obeso.

Após a perda de peso, dobras de pele em excesso podem causar dermatites, limitações funcionais, dificuldade de higiene e prejuízo na atividade sexual, ocasionando uma pobre qualidade de vida ao ex-obeso. A avaliação clínica pelo cirurgião plástico em conjunto com o paciente é importante. Após o emagrecimento, o paciente pode ter vários conflitos e não aceitar sua imagem corporal após o emagrecimento<sup>5,6</sup>. Também é necessário um esclarecimento em relação às inúmeras e extensas cicatrizes resultantes das diversas operações, sendo esta conduta fundamental para evitar expectativas ilusórias referentes aos resultados obtidos.

O objetivo deste trabalho foi analisar uma série de casos de pacientes submetidos à cirurgia do contorno corporal após gastroplastia redutora e avaliar as condutas a serem adotadas no período peri-operatório.

## MÉTODO

Este trabalho foi realizado no Hospital Universitário de Brasília, entre dezembro de 2004 e dezembro de 2006. Foram vinte operações em onze pacientes que realizaram gastroplastia redutora, sendo oito mulheres e três homens, com média de idade de 39,6 anos (mínimo de 26 e máximo de 60 anos), com perda de peso após gastroplastia, em média, de 65 kg (mínimo de 31 e máximo de 103 kg). Todos os pacientes receberam acompanhamento pré e pós-operatório no

Ambulatório de Obesidade do Hospital Universitário de Brasília. Realizou-se anamnese detalhada com o peso atual e o maior peso prévio, perda de peso pós-gastroplastia, queixas estéticas e funcionais.

A avaliação laboratorial, além dos exames de rotina, incluiu dosagem de ferro sérico e de proteínas. Os pacientes foram orientados com relação à postura no pós-operatório, cuidados com a higiene pessoal e com a ferida operatória. O uso de modelador cirúrgico e fisioterapia respiratória foram iniciados no pré-operatório por, no mínimo, 15 dias.

Os pacientes foram submetidos a tratamento de uma ou duas áreas cirúrgicas por etapa, com intervalos de, no mínimo, seis meses. Normalmente são necessárias de quatro a seis intervenções cirúrgicas por paciente, sendo que no presente estudo quatro pacientes foram submetidos a duas etapas cirúrgicas e um, a três etapas.

O abdome foi, geralmente, o primeiro a ser operado, por ser a região mais afetada. As técnicas de abdome clássico<sup>7</sup> e o abdome em âncora<sup>8,9</sup> foram utilizadas. A escolha levou em conta alguns fatores, como localização e qualidade de cicatrizes, presença de hérnia incisional e flacidez circunferencial<sup>10,11</sup>. Nos casos de abdominoplastia em âncora<sup>8,9</sup>, a marcação foi realizada em posição ortostática, com o ponto de início próximo ao apêndice xifóide e com as linhas laterais determinadas por manobras bimanuais. Posteriormente, foi feita a confirmação da marcação com o paciente deitado, com o auxílio de manobras bimanuais e compasso de fio.

O descolamento do retalho foi feito de forma crânio-caudal, para a identificação de possíveis hérnias incisionais ocultas e para facilitar a remoção dos retalhos<sup>9</sup>.

Em todos os casos, foi realizada plicatura dos músculos reto abdominais. A aproximação dos retalhos foi feita com pontos de Baroudi<sup>10</sup>. Não foi realizada lipoaspiração em nenhum caso de abdominoplastia.

As hérnias incisionais foram corrigidas pela técnica de hernioplastia Alcino Lázaro<sup>11</sup> (interposição peritônio-aponeurótica longitudinal bilateral em três planos) ou com colocação de tela de prolene.

Todos os pacientes foram submetidos à drenagem da área operada por sistema fechado, pelo período de 48 a 72 horas.

Para a realização da mastopexia com prótese, a marcação foi feita com a paciente em posição ortostática. Esta marcação foi conferida no intra-operatório com

compasso de fios, sendo um fixado na área média da fúrcula esternal e outro fixado na área central do apêndice xifóide. Inicialmente, foi feita uma incisão vertical de 4 cm de comprimento à distância de 3 cm do sulco mamário, onde foi realizada uma loja no espaço subfascial. Em seguida, introduziu-se um molde e conferiu-se a marcação de pele prévia, realizando pontos de montagem na pele com nylon 3-0. A pele marcada foi decorticada, um dreno por sistema fechado foi posicionado e a prótese introduzida. Drenagem por sistema fechado foi mantido por 24 a 48 horas.

As técnicas utilizadas para o *lifting* de coxas e de braços foram semelhantes, sendo que a marcação da pele no *lifting* de coxas foi feita com o paciente em posição ortostática e confirmada com o paciente deitado e com as pernas em abdução.

No *lifting* de braços, a marcação foi realizada com os braços elevados para a marcação da porção axilar, e abduzidos a 90° com manobras bidigitais para marcação da ressecção ao longo do braço<sup>12</sup>. Foi realizada lipoaspiração profunda com cânula nº 3,5 na área adjacente à demarcada para regularização das bordas. Uma lipoaspiração mais intensa com cânula nº4 foi realizada logo

abaixo da área de pele a ser ressecada, retirando-se apenas o excesso de pele<sup>13</sup>, buscando comprometer o mínimo possível a rede vascular e linfática<sup>13</sup>.

No *lifting* de tórax, a marcação foi realizada com o paciente em posição ortostática, marcando-se o sulco mamário a 5 centímetros do complexo aréolo-mamilar. O prolongamento da incisão foi realizado no sentido lateral até linha axilar posterior.

## RESULTADOS

Oito pacientes foram submetidos a abdominoplastias em âncora (Figuras 1 a 4)<sup>8,9</sup> e três, a abdominoplastias clássicas (Figura 5).

A média de peso do retalho retirado foi de 3,7kg, sendo que o maior pesava 7,8kg e o menor, 1,2kg. Três (30%) pacientes apresentavam hérnia incisional (Figuras 1 e 4) e a técnica de Alcino Lázaro foi utilizada em dois destes pacientes. Três pacientes foram submetidos a mastopexias com prótese de mama (Figuras 3, 6 e 7), três a *lifting* de braços (Figuras 7 e 8), sendo um apenas axilar (Figura 9), dois *liftings* de coxas (Figura 10), e um *lifting* de tórax (Figura 4). O tempo médio das operações variou de

Figura 1 - Paciente de 39 anos, com perda ponderal de 31kg, ressecção de 6kg e hernioplastia.  
A: Pré e pós-operatório de 3 meses (vista frontal). B: Pré e pós-operatório (perfil).



Figura 2 - Paciente de 26 anos, com perda ponderal de 78kg e ressecção de 2,2kg.  
A: Pré e pós-operatório de 3 meses (vista frontal). B: Pré e pós-operatório (obliqua).



Figura 3 - Paciente de 28 anos, com perda ponderal de 92kg e ressecção de 4,2kg.  
A: Pré e pós-operatório de 6 meses (vista frontal).

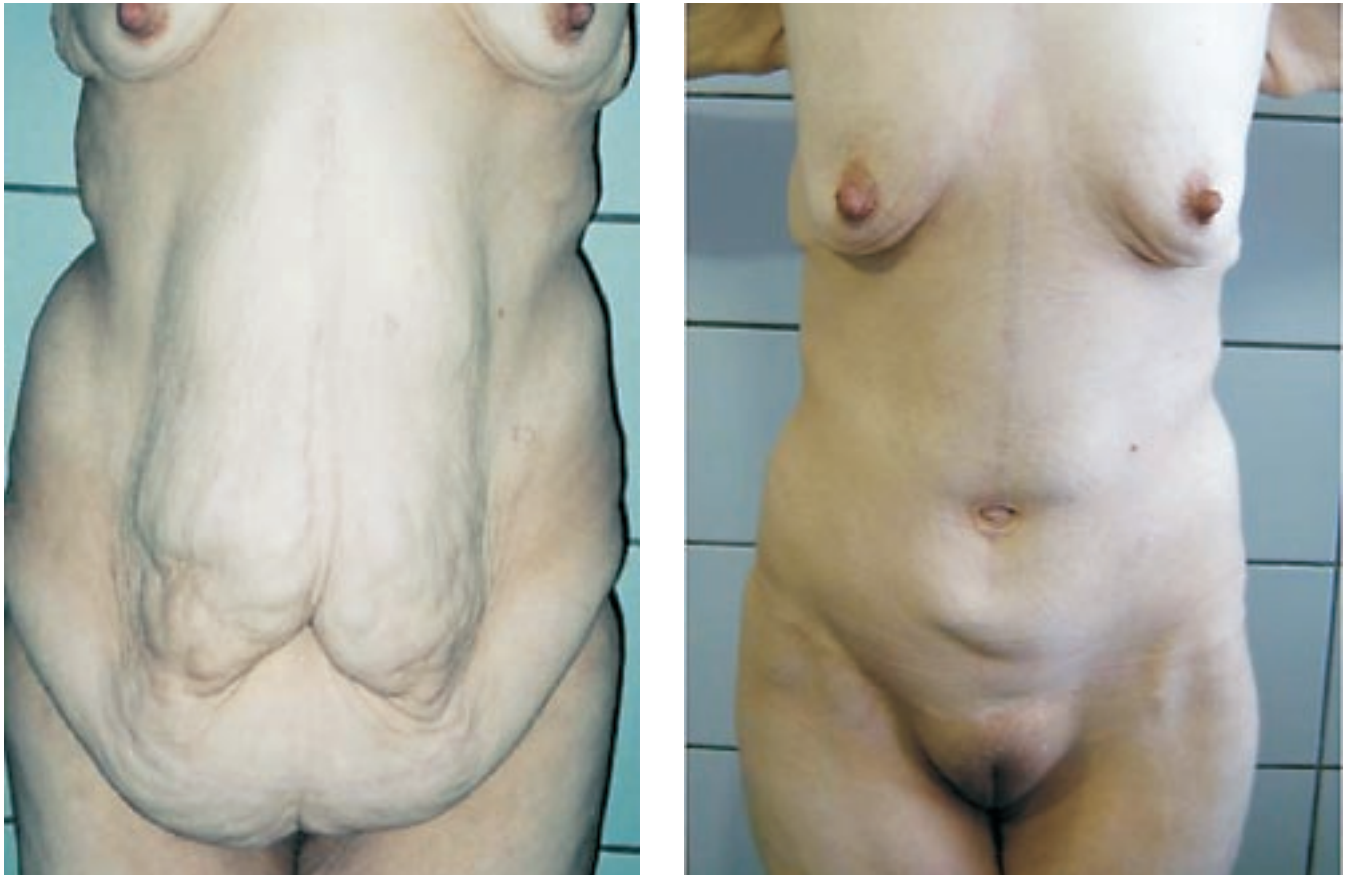


Figura 3 - B: Pré e pós-operatório de mastopexia com prótese 305cc e nova ressecção de pele em abdome.

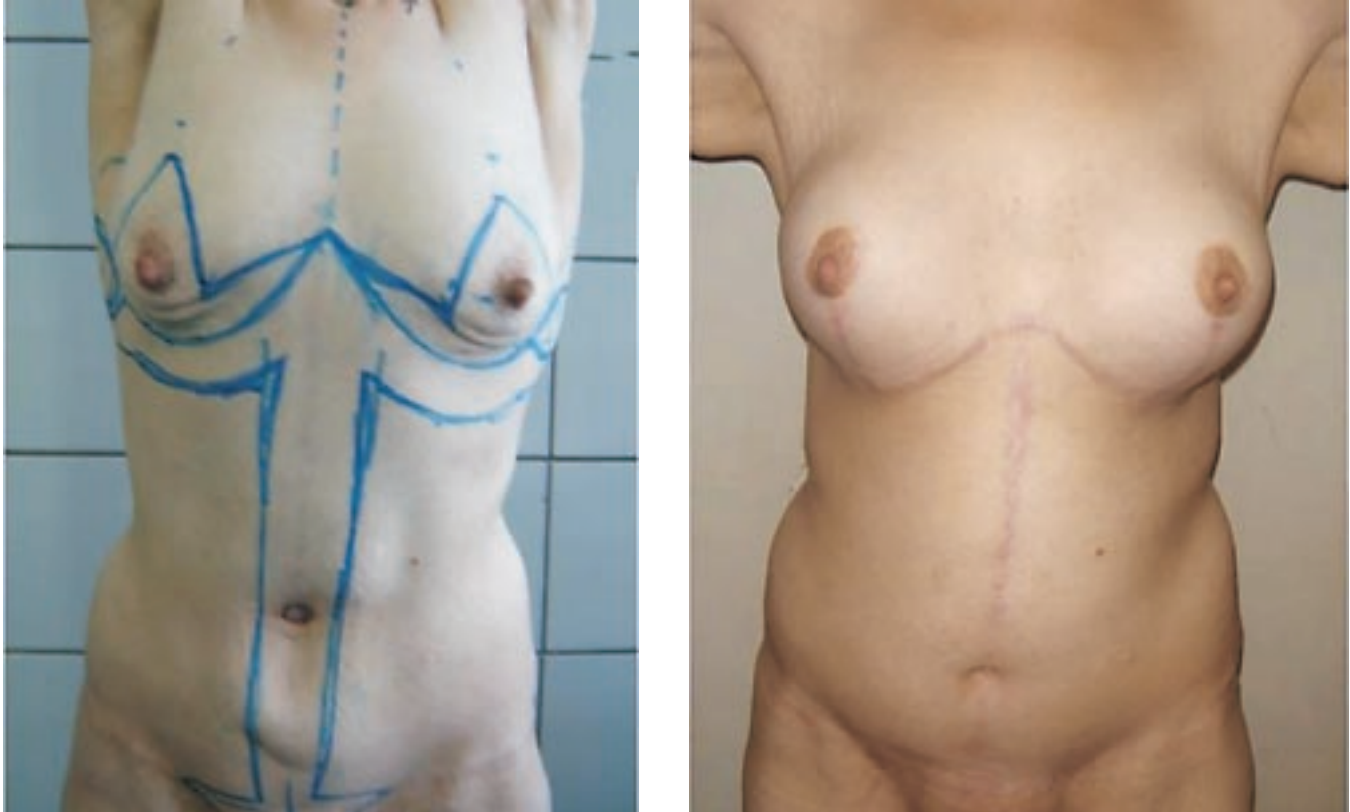


Figura 4 - Paciente de 35 anos, com perda ponderal de 84kg. Pré e pós-operatório de 6 meses de abdome e hernioplastia com colocação de tela e pré e pós-operatório de 2 meses de *lifting* de tórax.



Figura 5 - Paciente de 30 anos, com perda ponderal de 50kg e ressecção de 2,6kg  
A: Pré e pós-operatório de 6 meses (vista frontal). B: Pré e pós-operatório (perfil).



Figura 6 - Paciente de 30 anos, com perda ponderal de 50kg. Pré e pós-operatório de 20 dias de mastopexia com prótese 285cc.

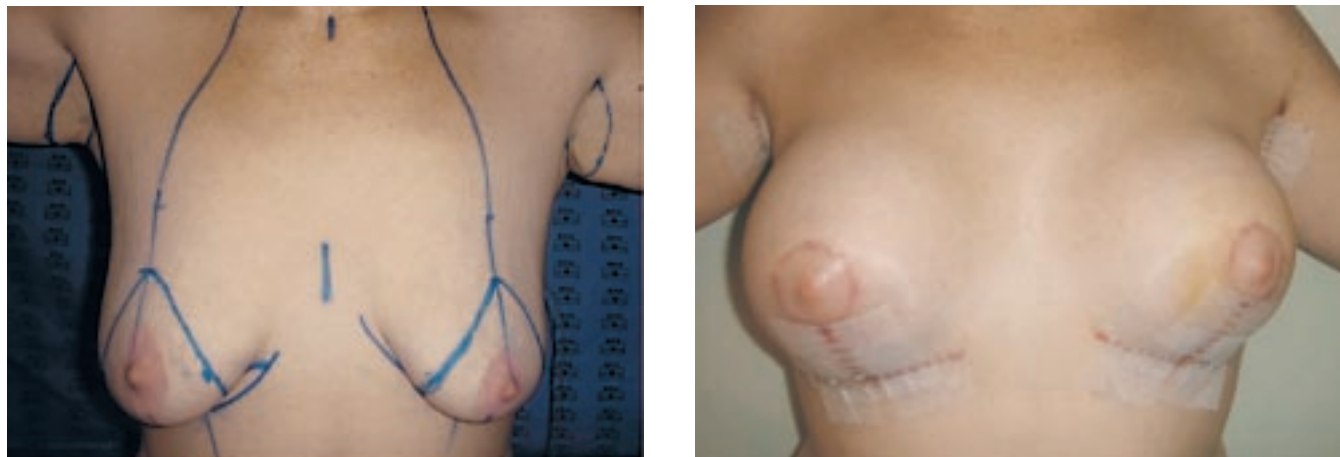


Figura 7 - Paciente de 40 anos, com perda ponderal de 78kg.  
Pré e pós-operatório de 4 meses de mastopexia com prótese 255cc e *lifting* de braços.



Figura 8 - Paciente de 35 anos, com perda ponderal de 84kg. Pré e pós-operatório de 2 meses de *lifting* de braços.



Figura 9 - Paciente de 30 anos, com perda ponderal de 50kg. Pré e pós-operatório de 20 dias de *lifting* de braços.



Figura 10 - Paciente de 40 anos, com perda ponderal de 78kg. A: Pré e pós-operatório 3 meses de *lifting* de coxas (frente).



Figura 10 - B: Pré e pós-operatório de 6 meses de *lifting* de coxas com marcação pré-operatória.





3 a 5 horas e 20 minutos (média de 4,30 h), sendo a anestesia peridural realizada na maioria dos casos (81,5%). Nenhum paciente recebeu hemotransfusão.

O tempo de internação foi de 48 horas para todos os pacientes e não houve nenhuma reinternação.

Como complicações, um paciente que não estava com o peso estabilizado, e realizou abdominoplastia higiênica, apresentou deiscência do umbigo e da área central do abdome. Foi submetido a curativos seriados e, após duas semanas, foi ressuturado com bom resultado (Figura 5). Dois pacientes apresentaram seroma peri-umbilical, que foi tratado com punções seriadas por duas semanas. Um paciente apresentou pequeno hematoma em fossa ilíaca esquerda, que se resolveu espontaneamente.

## DISCUSSÃO

A obesidade é uma doença crônica, debilitante, causadora de diversos problemas orgânicos e psicológicos. Trata-se de um problema de saúde pública, com altos custos devido às complicações decorrentes da doença, às operações de redução gástrica e, posteriormente, às cirurgias plásticas, procedimentos estes autorizados pelas portarias 628 de 26/04/2001 e 545 de 18/03/2002 do sistema único de saúde - SUS<sup>1-3</sup>.

Após a perda de peso, os pacientes que realizam gastroplastia redutora apresentam grande dismorfismo, com redundância de pele em todo corpo. As dobras de pele propiciam as dermatites, limitações funcionais, dificuldade de higiene e prejuízo na atividade sexual. A colonização bacteriana e fúngica nestas dobras podem desencadear infecções e deiscências nas incisões cirúrgicas. Em um paciente, foi realizada cirurgia antes da estabilização de peso para fins higiênicos, não sendo o ideal, visto que o mesmo apresentou deiscências de sutura, reforçando a necessidade de aguardar-se a estabilização do peso e do equilíbrio metabólico e nutricional para diminuir os riscos de complicações. O aspecto psicológico deve ser verificado, pois o ex-obeso sofre de grandes conflitos pessoais com a não aceitação da sua imagem corporal<sup>5,6</sup>. Além disso, a modificação na fisiologia digestiva pode ocasionar anemia crônica pela diminuição da absorção de ferro, nutrientes e vitaminas, levando a distúrbios de cicatrização e de imunidade<sup>14</sup>, desnutrição protéico-calórica e hipovitaminoses. Vários pacientes também apresentam hipertensão arterial, diabetes, distúrbios respiratórios e grandes varizes de membros inferiores, podendo levar a graves

complicações pós-operatórias<sup>14</sup>. Por estes motivos, as operações devem ser realizadas em etapas, evitando grandes associações. Possivelmente as orientações por escrito, esclarecendo sobre o uso de modeladores, postura, cuidados com a ferida operatória, fisioterapia respiratória, massagem nas panturrilhas e deambulação precoce, influenciaram no baixo índice de morbidade observado nesta casuística.

## CONCLUSÃO

Com as gastroplastias, tem surgido pacientes com grandes excessos de pele que procuram na cirurgia plástica uma melhora do contorno corporal e da sua auto-imagem. As técnicas cirúrgicas variam de acordo com cada caso e são de difícil execução devido à flacidez exuberante e à má qualidade da pele e perda de sua elasticidade. O aumento do calibre dos vasos, a anemia e desnutrição protéico-calórica, aumentam a incidência de complicações. No entanto, as cirurgias do contorno corporal após grandes emagrecimentos ajudam na melhora da auto-estima e na reintegração destes pacientes no convívio social e profissional, dando-lhes melhor qualidade de vida.

## REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS

1. Seidell JC. Epidemiology: definition and classification of obesity. In: Kopelman PG, Stoch MJ, eds. *Clinical obesity*. London:Blackwell Science;1998. p.1-17.
2. Lamarche B. Abdominal obesity and its metabolic complications: implications for the risk of ischaemic heart disease. *Coron Artery Dis*. 1998;9(8):473-81.
3. Malheiros CA, Freitas Jr. WR. Obesidade no Brasil e no mundo. In: Garrido Jr AB, ed. *Cirurgia da obesidade*. São Paulo:Atheneu;2002. p.19-23.
4. Garrido AB Jr., Oliveira MR, Berti LV, Elias AA, Pareja JC, Matsuda M, et al. Derivações gastrojejunais. In: *Cirurgia da obesidade*. São Paulo:Atheneu;2002. p.155-61.
5. Adami GF, Meneghelli A, Bressani A, Scopinaro N. Body image in obese patients before and after stable weight reduction following bariatric surgery. *J Psychosom Res*. 1999;46(3):275-81.
6. Loli SA. *Obesidade como sintoma*. São Paulo: Vetor;2000.
7. Jaimovich CA, Mazzarone F, Parra JFN, Pitanguy I. Semiologia da parede abdominal: seu valor no planejamento das abdominoplastias. *Rev Soc Bras Cir Plast*. 1999;14(3):21-50.
8. Carreirão S, Pitanguy I, Correa WE, Caldeira MC. Abdominoplastia vertical: uma técnica a ser lembrada. *Rev Bras Cir*. 1983;73(3):184-8.

9. Roxo CDP, Pinheiro O, Almeida D. Abdominoplastia multifuncional. *Rev Soc Bras Cir Plast.* 2004;19(3): 53-74.
10. Baroudi R, Ferreira CAA. Seroma: how to avoid it and how to treat it. *Aesthetic Plast Surg.* 1998;18(6):439-41.
11. Silva AL, Pimenta LG. Hérnia incisional. São Paulo: Medsi;2004.
12. Furtado IR, Nogueira CH, Lima Júnior EM. Cirurgia plástica após a gastroplastia redutora: planejamento das cirurgias e técnicas. *Rev Soc Bras Cir Plast.* 2004;19(2):29-40.
13. Avelar J. Abdominoplasty without panniculus underming and resection: analysis and 3-year follow-up of 97 consecutive cases. *Aesthetic Plast Surg.* 2002; 22(1):76-87.
14. Grace DM. Metabolic complications following gastric restrictive procedures. In: Deitel M, ed. *Surgery for the morbidly obese patient.* Philadelphia:Lea & Febiger; 1989. p.339-50.

---

Trabalho apresentado para Exame Titular no Congresso Brasileiro de Cirurgia Plástica realizado em Recife, novembro de 2006. Trabalho realizado no Hospital Universitário de Brasília, Brasília, DF.

Artigo recebido: 21/05/2007

Artigo aprovado: 28/06/2007