

# Cruroplastia medial após grandes perdas ponderais: técnica do retalho triangular

## Medial cruroplasty after large weight losses: triangular flap technique



JÚLIO CESAR MAGRI<sup>1\*</sup>

RAFAEL RESTON VIANA<sup>1</sup>

LEILANE DROPPA APPEL<sup>1</sup>

EMELYN ALTHOFF FERNANDES<sup>1</sup>

DAYSON LUIZ NICOLAU DOS SANTOS<sup>1</sup>

### RESUMO

**Introdução:** Dificuldades nas atividades diárias e o distúrbio na autoimagem são queixas frequentes em pacientes após grandes perdas ponderais. O objetivo do trabalho é compartilhar a experiência do Serviço de Cirurgia Plástica do Hospital Universitário Cajuru com a cruroplastia utilizando a técnica do retalho triangular. **Método:** Seleccionadas cinco pacientes em um total de dez coxas operadas utilizando a técnica do retalho triangular. Mantém-se um retalho cutâneo em forma de triângulo de base proximal na área da dermolipectomia. **Resultados:** Não houve casos de distopia vulvar ou migração distal significativa da cicatriz. Em 10% dos casos observou-se seroma com necessidade de reabordagem cirúrgica. Em 20% das coxas observou-se deiscência da ferida operatória. Uma paciente apresentou cicatrização retardada. Em duas das dez coxas observou-se nova ptose. **Conclusões:** A cruroplastia utilizando o retalho triangular pode ser uma alternativa para diminuir as complicações do procedimento.

**Descritores:** Coxas; Cirurgia bariátrica.

### ABSTRACT

**Introduction:** Difficulties in daily activities and self-image disorder are frequent complaints in patients after massive weight losses. The purpose of the paper is to share the experience of the Plastic Surgery Service of the University Hospital Cajuru with cruroplasty using the triangular flap technique. **Method:** Five patients were selected in a total of ten thighs operated using the triangular retail technique. A cutaneous flap is maintained in the form of a triangle of proximal base in the area of the dermolipectomy. **Results:** There were no cases of vulvar dystopia or significant distal migration of the scar. In 10% of the cases seroma was observed with the need for surgical re-boarding. In 20% of the thighs, surgical wound dehiscence was observed. One patient had delayed healing. In two of ten thighs, new ptosis was observed. **Conclusion:** Cruroplasty using the triangular flap may be an alternative to reduce the complications of the procedure.

**Keywords:** Lifting; Thigh; Plastic surgery.

DOI: 10.5935/2177-1235.2019RBCP0067

### INTRODUÇÃO

A cruroplastia é um procedimento para correção da flacidez de membro inferior com o objetivo de melhora estética e funcional da parte medial da coxa após grandes perdas ponderais<sup>1</sup>. As queixas decorrem principalmente da flacidez e ptose dos tecidos acumulados, levando a um prejuízo no contorno corporal, na dinâmica do movimento e gerando dificuldade de higiene da região (Figura 1). Descrito por Lewis em 1966, esse procedimento está relacionado a complicações como distorção da vulva, migração da cicatriz, recorrência da flacidez medial, entre outras<sup>2</sup>. Com o aumento no volume desse procedimento, decorrente principalmente do crescimento no número de cirurgias bariátricas, surge a necessidade de tentar minimizar as complicações relacionadas.

A fixação do retalho dermogorduroso na fásia de Colles<sup>3</sup>, a ancoragem de retalho dermogorduroso no músculo adutor longo<sup>4</sup>, associação de lipoaspiração à dermolipectomia<sup>5</sup>, entre

outras técnicas, já estão descritas como opções terapêuticas a serem utilizadas visando reduzir as complicações.

### OBJETIVO

O objetivo do artigo é compartilhar a experiência do Serviço de Cirurgia Plástica do Hospital Universitário Cajuru na dermolipectomia crural com a técnica do retalho triangular, descrito por Albuquerque e cols. em 2010<sup>6</sup>, comparando os resultados e complicações com a literatura.

### MÉTODO

Foram seleccionadas cinco pacientes do sexo feminino submetidas a dermolipectomia crural bilateral pós-cirurgia bariátrica pela técnica do retalho triangular em 2018, totalizando dez coxas. A média de idade foi 51 anos. A abordagem ocorreu após uma média de 61 meses após a bariátrica com as pacientes apresentando ao momento do procedimento um índice de massa corporal (IMC), medido pelo peso (kg) dividido pelo quadrado da

<sup>1</sup> Hospital Universitário Cajuru, Curitiba, PR, Brasil.

altura (m), entre 28 e 31 kg/m<sup>2</sup>. Média de seguimento de 6 meses no pós-operatório. A hipertensão arterial e o diabetes estavam presentes em duas pacientes. Todas as pacientes negaram histórico de tabagismo.

Técnica cirúrgica: a variação proposta em 2010 por Albuquerque e cols. das técnicas clássicas de cruroplastia trata-se de uma dermolipectomia crural medial com a manutenção de um retalho cutâneo triangular proximal associada à ressecção de pele e tecido gorduroso para tratamento da flacidez medial da coxa após grandes perdas ponderais. Marcação: paciente em pé para a delimitação da linha medial da coxa, tendo como referência o tendão do músculo adutor. O excesso de pele para ressecção é estimado pelo *pinch test*. Um retalho cutâneo triangular de 4,5×4 cm com a base no limite superior da área abordada e a altura coincidindo sobre a linha medial da coxa é marcado e mantido fixo aos planos profundos. No nosso serviço, optamos por ampliar as medidas do triângulo para 6×6 cm na tentativa de diminuir a tensão final da ferida operatória. Pacientes são submetidas a sondagem vesical de rotina, uso de meias compressivas e botas pneumáticas. Posicionamento da paciente em decúbito dorsal com coxas abduzidas e joelhos fletidos (Figura 2). Realiza-se infiltração em plano subdérmico no limites da marcação com solução de adrenalina 1:300.000. Incisa-se a pele na marcação anterior e segue-se com a ressecção de pele e gordura em sentido anterior para posterior, com a profundidade da ressecção de pele e gordura se limitando ao plano da veia safena magna, mantendo a camada profunda de gordura. O retalho triangular é fixado na fáscia do músculo adutor com fio absorvível poliglactina 3.0. Confirmação da ressecção dos retalhos anterior e posterior por meio da tração e contração.

Fixação dos retalhos na fáscia de Colles com náilon 2.0 e fixação dos retalhos anterior e posterior ao retalho triangular com fios inabsorvíveis. Fechamento da pele realizado por planos com fios inabsorvíveis (Figura 3). Drenos são posicionados com saída por contra-abertura distalmente à cicatriz. O paciente recebe malha elástica compressiva no pós-operatório imediato, estimula-se a deambulação precoce e realiza-se profilaxia da trombose venosa com enoxaparina 40 mg subcutâneo. Alta hospitalar após 24 horas. Drenos retirados após débito menor que 100 mL em 24 horas. Pacientes seguem acompanhamento ambulatorial, no qual se aplica um questionário sobre a satisfação da paciente frente ao procedimento.

## RESULTADOS

Do total de dez coxas operadas, não houve casos de distopia vulvar ou migração distal significativa da cicatriz (Figura 4). Dez por cento dos casos evoluíram com seroma importante com necessidade de reabordagem cirúrgica. Em 20% das coxas observou-se deiscência da ferida operatória, com necessidade de debridamento e resutura. Uma paciente apresentou cicatrização retardada, levando mais de um mês para o fechamento completo da ferida (Gráfico 1). Uma das dez coxas apresentou ptose precoce, com plano para retoque. Quatro das cinco pacientes consideram-se satisfeitas ou muito satisfeitas com o procedimento.

## DISCUSSÃO

Restabelecer a autoimagem do paciente e melhorar a interação com o meio são os principais ganhos com a cirurgia



Figura 1. Flacidez Medial da Coxa após grande perda ponderal.



Figura 2. Marcação Cirúrgica da Cruroplastia com a Técnica do Retalho Triangular.



Figura 3. Ferida Operatória da Cruroplastia com a Técnica do Retalho Triangular.



Figura 4. Pós Operatório 4 Meses Cruroplastia com a Técnica do Retalho Triangular.



**Gráfico 1.** Complicações dos Pacientes após a Cruroplastia com a Técnica do Retalho Triangular.

do contorno corporal em pacientes após grandes perdas ponderais. Além do aspecto estético, problemas funcionais para as tarefas diárias e prática de exercícios físicos são comuns<sup>9</sup>. Nesse contexto, o tratamento dos tecidos em excesso após grandes perdas ponderais é fundamental. A cruroplastia nesses pacientes historicamente tem sido associada a grandes taxas de complicações. Em 2016, uma análise com mais de 1.400 pacientes realizada por Afshari e cols. na Universidade de Oxford mostra uma taxa de deiscência da ferida em até 50% das pacientes e uma taxa de seroma em até 25%<sup>7</sup>. Em uma metanálise de 2015 com um total 447 pacientes, Sisti e cols. evidenciaram um índice de deiscência na ferida operatória em 18,34% dos casos e 3,57% de migração distal da cicatriz<sup>8</sup>.

Variações das técnicas inicialmente descrita por Lewis e Lockwood têm sido empregadas na tentativa de minimizar as complicações. Aboueldahab e cols., em 2013, mostra a associação da lipoaspiração na cruroplastia em 25 pacientes sem distopia vulvar, seroma ou necrose de pele no pós-operatório<sup>5</sup>.

Blugerman e cols. descrevem uma variação da técnica de Lockwood com a ancoragem de um retalho dermogorduroso no tendão comum dos adutores<sup>4</sup>. Albuquerque e cols., em 2010, publicaram a variação com o retalho triangular em 36 coxas, mostrando 8% das feridas evoluindo com deiscência, 25% de retardo na cicatrização e nenhuma paciente apresentando distopias vulvares ou migração cicatricial<sup>6</sup>.

## CONCLUSÃO

Ao comparar os resultados da literatura com os encontrados nessa série de casos, observa-se que a dermolipectomia crural medial com técnica do retalho triangular pode ser uma alternativa para a tentativa de diminuir as complicações inatas ao procedimento, principalmente a distopia vulvar e a migração distal da cicatriz.

## REFERÊNCIAS

1. Afshari A, Gupta V, Nguyen L, Shack RB, Grotting JC, Higdon KK. Preoperative Risk Factors and Complication Rates of Thighplasty: Analysis of 1,493 Patients. *Aesthet Surg J.* 2016; 36(8):897-907. doi:10.1093/asj/sjv275. DOI: <https://doi.org/10.1093/asj/sjv275>
2. Lewis JR Jr. Correction of ptosis of the thighs: the thigh lift. *Plast Reconstr Surg.* 1966; 37:494-8. DOI: <https://doi.org/10.1097/00006534-196606000-00003>
3. Lockwood TE. Fascial anchoring technique in medial thigh lifts. *Plast Reconstr Surg.* 1988; 82:299-304. DOI: <https://doi.org/10.1097/00006534-198808000-00015>
4. Blugerman G, Schavelzon D, Galfrascoli A, Chomyzsyn A, Markowsky A, D'angelo, J, et al. The Deep Anchored Inner Thigh Lift. *Am J Cosm Surg.* 2011; 28. doi:10.5992/0748-8068-28.3.177. DOI: <https://doi.org/10.5992/0748-8068-28.3.177>
5. Aboueldahab AK. Liposuction-assisted medial thigh lift in obese and non obese patients. *J Cutan Aesthet Surg.* 2013; 6(4):217-25. DOI: <https://doi.org/10.4103/0974-2077.123410>
6. Albuquerque LMM, et al. Técnica do retalho triangular para cruroplastia medial pós-grandes perdas ponderais em mulheres. São Paulo: *Rev Bras Cir Plást.* 2010 dez; 25(4):700-4.

### \*Endereço Autor:

**Júlio Cesar Magri**

Rua Padre Giacomo Cusmano, nº 177- Campina do Siqueira, Curitiba, PR, Brasil.

CEP 80730-230

E-mail: [jcmagri2@gmail.com](mailto:jcmagri2@gmail.com)