

Complicações em gluteoplastia



**BRUNO ANTÔNIO BEZERRA
BARRETO** ^{1,2*}

FERNANDO SERRA ^{1,2}
JOSÉ HORÁCIO COSTA ABOUDIB JUNIOR ^{1,2}

DOI: 10.5935/2177-1235.2019RBCP0098

INTRODUÇÃO

Desde o primeiro relato de gluteoplastia de aumento por Bartels *et al.*, em 1969¹, utilizando implantes mamários para correção de deformidade glútea, muitos avanços surgiram neste campo da cirurgia plástica. Recentemente, com a popularização das diversas técnicas de gluteoplastia e com o incremento no número de pacientes procurando este tipo de procedimento, ocorreu um aumento considerável na incidência de complicações envolvendo o implante de glúteo².

As complicações mais frequentes são seroma, deiscência de ferida operatória, infecção, hematoma, assimetria, dor crônica e deslocamento dos implantes. O diagnóstico e tratamento destas complicações podem ser desafiadores para os cirurgiões plásticos.

OBJETIVO

Tendo em vista os relatos de colegas cirurgiões que encontraram dificuldades na condução de casos de complicações de gluteoplastias, desenvolvemos este artigo com o propósito de apresentar, de forma sucinta, uma revisão sobre as principais patologias que podem ser encontradas no pós-operatório recente ou tardio de cirurgias para implante de próteses glúteas.

MÉTODO

Deiscência de ferida operatória

Dentre as diversas complicações encontradas no pós-operatório das gluteoplastias de aumento, as mais frequentemente encontradas são as deiscências de ferida operatória e seromas (Figuras 1 e 2)^{3,4}. A alta prevalência destas complicações se deve, principalmente, ao posicionamento de ferida cirúrgica numa região de dobra cutânea constantemente submetida à tensão e forças de cisalhamento entre os planos profundos fixos e os planos superficiais móveis.

Algumas mudanças na técnica cirúrgica da gluteoplastia de aumento foram introduzidas com o propósito de prevenir este tipo de complicação³. Dentre as diversas alterações técnicas sugeridas, a diminuição das dimensões do túnel subcutâneo dissecado para introdução das próteses de silicone, a realização de pontos de adesão em subcutâneo e a preservação da vascularização dos retalhos dermogordurosos apresentaram os melhores resultados em estudos conduzidos pelos autores^{3,5}.

RESUMO

Recentemente, com a popularização das diversas técnicas de gluteoplastia e o incremento no número de pacientes procurando este tipo de procedimento, ocorreu um aumento considerável na incidência de complicações envolvendo o implante de próteses glúteas. As complicações mais frequentes são seroma e deiscência de ferida operatória. Infecção superficial ou profunda, hematomas, assimetrias, dor crônica e deslocamento dos implantes glúteos também estão descritas. A falta de familiaridade de uma parte dos cirurgiões plásticos com a gluteoplastia de aumento torna importante a discussão sobre o diagnóstico e tratamento de suas complicações.

Descritores: Gluteoplastia; Implante glúteo; Silicone; Complicações.



Figura 1. Deiscência parcial de ferida operatória.

Posicionamento da cicatriz

Deve-se prestar bastante atenção no planejamento da posição da incisão cutânea. O correto posicionamento da incisão no sulco interglúteo^{3,6} em posição mediana leva à uma cicatriz minimamente perceptível e agradável do ponto de vista estético.

Seromas

Os seromas são complicações relativamente comuns que devem ser tratadas por punção guiada por ultrassonografia ou tomografia⁵. Vale salientar a importância da dissecação do menor túnel subcutâneo possível para a introdução da prótese glútea

¹ Hospital Universitário Pedro Ernesto, Rio de Janeiro, RJ, Brasil.

² Universidade do Estado do Rio de Janeiro, Rio de Janeiro, RJ, Brasil.



Figura 2. Deiscência total de ferida operatória.

e a confecção de pontos de adesão na prevenção da formação de seromas.

Em casos de seroma intracapsular recidivado devemos suspeitar de infecção por micobactérias, e seguir os protocolos diagnóstico e terapêutico.

Assimetrias

As assimetrias em gluteoplastias são complicações que podem causar grande incômodo tanto para o paciente quanto para o cirurgião. Geralmente, a assimetria é decorrente do deslocamento da prótese glútea, total ou parcialmente, do plano intramuscular^{4,6}.

O deslocamento da prótese de sua loja intramuscular deve ser suspeitado durante o exame físico. A conduta, nesses casos, deve ser guiada pela tomografia computadorizada em decúbito ventral, onde se identifica o posicionamento da prótese glútea e é feita medida da espessura do músculo glúteo máximo da paciente (Figuras 3 e 4). Nos casos onde o músculo apresenta espessura maior que 2 cm, a resolução pode ser feita em um único tempo cirúrgico, onde se confecciona uma nova loja intramuscular. Naquelas pacientes onde o músculo glúteo máximo apresenta espessura menor que 2 cm, a correção deve ser feita em dois tempos cirúrgicos, sendo o primeiro para retirada da prótese glútea e um segundo tempo, realizado após um intervalo de 4 a 6 meses, no qual se confecciona uma nova loja intramuscular.

Outros aspectos importantes na prevenção das assimetrias são a escolha correta do tipo e volume das próteses. Lembrando que as próteses texturizadas não devem ser utilizadas nas gluteoplastias de aumento, devido ao risco elevado de seroma intracapsular e deformidade no pós-operatório. Quanto à escolha do volume das próteses, aquelas de grande volume estão mais propensas a deslocamento da loja intramuscular levando à assimetria.

Infecções

As infecções de ferida operatória, comprometendo planos superficiais sem afetar a loja intramuscular, podem ser conduzidas de forma conservadora com drenagem

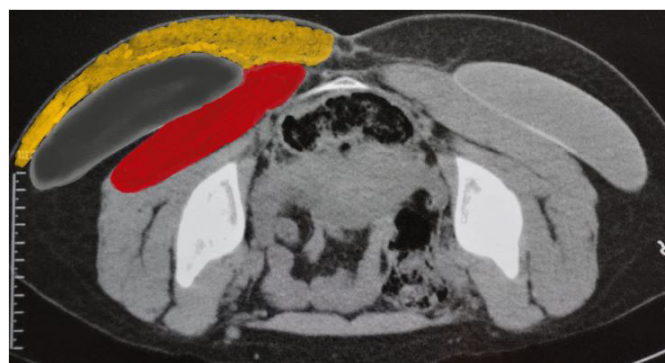


Figura 3. TC – medida da espessura muscular (> 2 cm).



Figura 4. TC – medida da espessura muscular (< 2 cm).

e antibioticoterapia. No entanto, os quadros infecciosos envolvendo o leito dos implantes devem ser tratados com a remoção das próteses, lavagem da cavidade, drenagem e antibioticoterapia.

Naqueles casos envolvendo complicações crônicas como seromas recidivados, fistulas e inflamação prolongada, devemos suspeitar de infecção por micobactérias. Infecções por esses agentes etiológicos também devem ser tratadas com a retirada das próteses.

Nesses casos, gluteoplastias de aumento secundárias devem respeitar o intervalo mínimo de 4 a 6 meses.

Fístulas

Seromas e infecções podem evoluir com fistulização para a pele. Estas complicações devem ser avaliadas com tomografia computadorizada e ressonância magnética para melhor definição do trajeto fistuloso. O estudo radiológico não só define o diagnóstico da patologia e sua extensão, como também orienta a ressecção cirúrgica de toda fistula.

Materiais aloplásticos

A injeção de material aloplástico, como o polimetilmetacrilato (PMMA) e o silicone líquido, nos glúteos pode levar a um vasto espectro de complicações. As pacientes que se submetem a este tipo de procedimento, geralmente executados em clínicas clandestinas, procuram o cirurgião plástico em vigência de quadros infecciosos ou para tratamento de suas sequelas.

Nesses casos, o tratamento indicado é a exérese direta do material injetado seguido de um *lifting* glúteo para correção da deformidade, após delimitado qualquer possível quadro infeccioso associado.

Retrações glúteas

As retrações glúteas (Figura 4) podem ser classificadas, dependendo do plano comprometido, em subcutâneas, fasciais, musculares ou mistas. Seu tratamento se baseia na lise das trabéculas (Figuras 5 e 6) responsáveis pela retração cutânea. Este procedimento deve ser executado durante a realização da gluteoplastia de aumento.

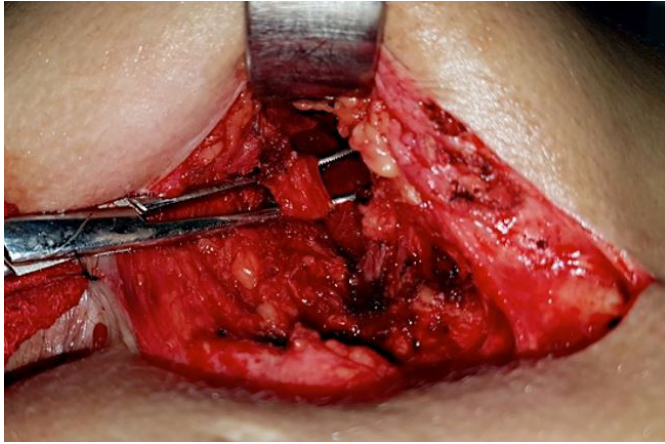


Figura 5. Aderência musculocutânea.

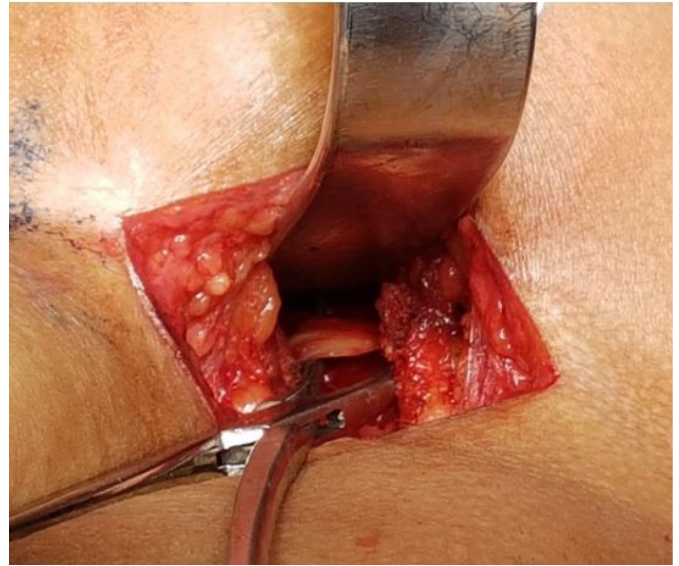


Figura 6. Aspecto após lise da aderência.

CONCLUSÃO

A gluteoplastia de aumento deve ser realizada por cirurgiões com experiência no tema. A maior parte das complicações advém do ato cirúrgico e podem ser evitadas. Quando presentes, estas possuem tratamento conservador na maioria dos casos³.

REFERÊNCIAS

1. Bartels RJ, O'Malley JE, Douglas WM, Wilson RG. An unusual use of the Cronin breast prosthesis: case report. *Plast Reconstr Surg.* 1969; 44:500.
2. Gonzalez-Ulloa M. Gluteoplasty: a ten-year report. *Aesthetic Plast Surg.* 1991; 15:85-91.
3. Serra F, Aboudib JH, Marques RG. Reducing wound complications in gluteal augmentation surgery. *Plast Reconstr Surg.* 2012; 130(5):706e-13e.
4. Serra F, Aboudib JH, Marques RG. Intramuscular technique for gluteal augmentation: determination and quantification of muscle atrophy and implant position by computed tomographic scan. *Plast Reconstr Surg.* 2013; 131:253e-9e.
5. Baroudi R, Ferreira CA. Seroma: how to avoid it and how to treat it. *Aesthetic Surg J.* 1998; 18:439-41.
6. Serra F, Aboudib JH, Cedrola JP, de Castro CC. Gluteoplasty: anatomic basis and technique. *Aesthet Surg J.* 2010; 30:579-92.

*Endereço Autor:

Bruno Antônio Bezerra Barreto

Av. Afonso Arinos de Melo Franco, 191, Apto. 1214 - Barra da Tijuca - Rio de Janeiro, RJ, Brasil
CEP 22631-455

E-mail: bruno.a.b.barreto@gmail.com