

Necrose de pele após abdominoplastia e mastopexia: relato de caso e revisão da literatura



FELIPE GUSTAVO GOMES ^{1*}

RICARDO ABREU VILELA ¹
VINÍCIUS NOBRE FLÁVIO ¹

DOI: 10.5935/2177-1235.2019RBCP0105

INTRODUÇÃO

A abdominoplastia é a sexta cirurgia estética mais frequente no mundo, realizada em aproximadamente 800 mil pacientes por ano. O objetivo principal desse procedimento é remodelar o contorno corpóreo, por meio da retirada de tecido e gordura redundantes na parede abdominal¹. A técnica é, frequentemente, combinada à lipoaspiração e à mastopexia, no intuito de maximizar os resultados desejados. Apesar do aperfeiçoamento das técnicas cirúrgicas e da condução clínica perioperatória, esses procedimentos continuam suscetíveis a raras e catastróficas complicações, cujo entendimento é imprescindível ao adequado manejo dos casos e à relação saudável entre médico e paciente.

RELATO DE CASO

A.C.A.S., 34 anos, feminina, G2P2A0, dois partos cesários (há 9 e 2 anos), ex-tabagista (há 9 anos), submetida a mastopexia + abdominoplastia + vibrolipoaspiração com enxertia, em outubro de 2018. Hipotireoideia, síndrome do intestino irritável, transtorno de ansiedade. Altura: 1,68 m; peso: 67 kg; IMC: 23,6 kg/m²; PGC: 34,4%; ASA II; Goldman I. Revisões laboratoriais, radiografia de tórax e Doppler de MMII sem achados.

- 6º DPO: início de flogose e drenagem de secreção em toda ferida operatória, evoluindo com necrose de ferida operatória, especialmente de região mamária, poupando aréolas. Foi reinternada e submetida a reabordagem cirúrgica em 10º DPO para desbridamento, retirada de prótese e nova sutura (gluconato → náilon) e biópsia/cultura. Solicitados exames complementares e parecer da infectologia.

- Culturas negativas, revisão laboratorial atípica, sem critérios infecciosos evidentes, anátomo não conclusivo, mas afastando pioderma gangrenoso. Iniciada antibioticoterapia (ceftriaxona e clindamicina) e terapia adjuvante com oxigenoterapia hiperbárica.

- A paciente evoluiu lenta e gradativamente bem após reabordagem cirúrgica. Mantida em observação clínica e feito

RESUMO

Introdução: A abdominoplastia é a sexta cirurgia estética mais realizada no mundo, sendo frequentemente associada a outros procedimentos, como mastopexia e lipoaspiração, no intuito de alcançar melhores resultados. Apesar do desenvolvimento de novas técnicas, ainda existem raras e catastróficas complicações, cujo entendimento é fundamental para o correto manejo clínico. **Objetivo e metodologia:** Por meio da apresentação de um caso clínico de necrose após abdominoplastia com mastopexia, este trabalho visa discutir sobre complicações cirúrgicas, especialmente as necróticas, detalhando sua evolução e esclarecendo a melhor condução em situações semelhantes. **Discussão e conclusão:** A necrose pós-operatória é uma complicação rara e temida, tanto devido à obscura definição etiológica, nem sempre alcançada, quanto à repercussão clínico-estética imediata e tardia. O correto manejo reduz danos, evita recidivas e, sobretudo, pode fortalecer ou resgatar a relação médico-paciente.

Descritores: Abdominoplastia; Mastopexia; Complicações pós-operatórias; Necrose; Pioderma gangrenoso.

registro fotográfico até 90º DPO. Percurso clínico pós-operatório registrado na Figura 1.

DISCUSSÃO

A abdominoplastia é frequentemente combinada a outras técnicas, sejam abdominais (como plicatura e rotação de musculaturas) ou em outros sítios (mamopexia, lipoaspiração e enxertia). A prática de cirurgias combinadas sabidamente aumenta a morbidade, levando a maior tempo de internação, maior índice de transfusão sanguínea no intra e pós-operatório, maior incidência de infecções graves e tromboembolismo². Entretanto, desde que bem programado, é seguro realizar cirurgias combinadas à abdominoplastia, sobretudo com bom senso para avaliar o custo-benefício do procedimento^{3,4,5}.

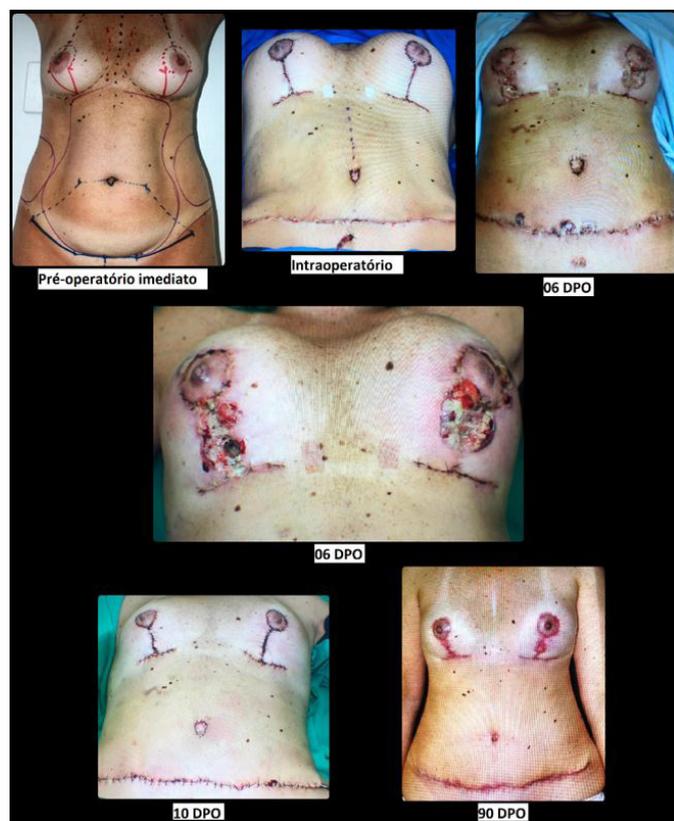
Dentre as complicações mais comuns associadas à abdominoplastia (simples ou combinada) (Tabela 1), são citados: seroma, infecção de ferida, deiscência de sutura, hematoma e trombose venosa profunda (TVP)¹. Sobre a necrose tecidual, esta tem menor incidência e é frequentemente causada por processo infeccioso adjacente, que leva à má perfusão do retalho. O principal fator de risco é a história de tabagismo, que aumenta o risco de necrose em três vezes. A epidermólise é uma variante de menor gravidade, em que seu curso natural é a reepitelização espontânea. Já o pioderma gangrenoso (PG), envolve derme e subcutâneo com diagnóstico difícil e fisiopatogenia ainda não entendida³. A evolução é arrastada e procedimentos cirúrgicos são contraindicados pelo risco de deflagrar mesma resposta necrótica. Retalhos também são evitados, pela mesma possibilidade de detonar processo similar na área doadora. A incidência de reoperações para atingir resultado estético aceitável nos quadros de necrose é menor que 1%, o que representa, felizmente, um bom indicador prognóstico ao paciente que adquire esta afecção⁶⁻⁸.

A paciente deste caso clínico apresentou evolução inicial rápida de necrose em ferida operatória, ectoscopicamente compatível com pioderma gangrenoso, uma vez que houve predileção pelo tecido mamário (mais traumatizado), com

¹ Hospital Governador Israel Pinheiro, Belo Horizonte, MG, Brasil.

Tabela 1. Incidência de complicações pós-operatórias na abdominoplastia².

| Incidência de Complicações na abdominoplastia – Literatura | |
|--|------------|
| Complicação | Incidência |
| Seroma | 1,0-4,2% |
| Hematoma | 5,0-6,1% |
| Deiscência | 3,0-5,4% |
| Necrose | 4,8-6,0% |
| TVP | 1,0-1,1% |
| Transfusão sanguínea | 3,4-17,6% |
| Epidermólise | 5,5-12,82% |
| Infecção | 2,2-7,3% |
| Embolia pulmonar | 0,5-0,8% |
| Óbito | 0,0-0,0% |

**Figura 1.** Percurso clínico – registro fotográfico².

preservação de aréolas, sem secreções tipicamente infecciosas. Entretanto, após cuidadosa avaliação por três infectologistas, esse diagnóstico foi afastado, devido à histologia negativa para dermatose neutrofilica (característica do PG), culturas negativas e ausência de piora da lesão após reabordagem cirúrgica com desbridamento. Após exclusão desse diagnóstico, foi aventada a hipótese de reação alérgica, seja ao fio absorvível (Monosyn® – gliconato: 72% de ácido glicolida, 14% de carbono de trimetileno, 14% de caprolactona) ou ao curativo (Durafiber® – 80% de fibras de etilsulfonato de celulose, 20% de fibras de celulose, 0,35-1,20 mg/cm² de nitrato de prata). Por outro lado, estas hipóteses também não foram mantidas, uma vez que a paciente tem história de exposição prévia ao mesmo fio cirúrgico e a área de necrose foi evidentemente menor que a área de exposição epidérmica ao curativo.

CONCLUSÃO

As necroses após abdominoplastia (simples e combinada a mastopexia) são raras, mas acabam por representar situação catastrófica ao doente e à equipe médica, uma vez que o procedimento é eletivo e de caráter predominantemente estético. O diagnóstico etiológico é difícil e, como demonstrado, nem sempre pode ser alcançado, mesmo durante prolongada e onerosa propedêutica. Nesse manejo, torna-se imprescindível o cuidado do cirurgião em afastar as principais causas (como infecção de sítio cirúrgico, respostas alérgicas e pioderma gangrenoso), mantendo o paciente sempre amparado no processo, em meio ao contato clínico direto e ao suporte propedêutico contínuo e imediato, no intuito de garantir uma relação saudável médico-paciente e, não menos importante, se resguardar quanto aos aspectos éticos e profissionais.

REFERÊNCIAS

- Vidal P, Berner JE, Will PA. Managing complications in abdominoplasty: a literature review. *Arch Plast Surg*. 2017; 44:457-68.
- Jatene PRS, Jatene MCV, Barborá ALD. Abdominoplastia: experiência clínica, complicações e revisão da literatura. *Rev Soc Bras Cir Plást*. 2005; 20(2):65-71.
- Furtado JG, Furtado GB. Pioderma gangrenoso em mastoplastia e abdominoplastia. *Rev Soc Bras Cir Plást*. 2010; 25(4):725-7.
- Porchat CA, Santos EG, Neto GPB. Complicações pós-operatórias em pacientes submetidos à abdominoplastia isolada e combinadas a outras cirurgias do abdome. *Col Bras Cir*. 2004; 31(6):368-72.
- Rosseto M, Costa SC, Narváez PLV, Nakagawa CM. Pioderma gangrenoso em abdominoplastia: relato de caso. *Ver. Bras. Cir. Plást*. 2015; 30(2):654-7.
- Winocour J, Gupta V, Ramirez JR, Shack RB, Grotting JC. Abdominoplasty: risk factors, complication rates and safety of combined procedures. *Am Soc Plast Surg*. 2015; 136:597-606.
- Santos M, Rabelo RF, Chirano CA. Pioderma gangrenoso – apresentação clínica de difícil diagnóstico. *An Bras Derm*. 2011; 86(1):153-6.
- Neligan PC, Gurtner GC. *Cirurgia plástica: princípios*. Rio de Janeiro: Elsevier; 2015.

*Endereço Autor:

Felipe Gustavo Gomes
Rua São Paulo, nº1950 - Belo Horizonte, MG, Brasil
CEP 30170-132
E-mail: fggomes@live.com