

# DERMOLIPECTOMIA CRURAL COM PROLONGAMENTO MÉDIO-ANTERIOR NO PACIENTE PÓS-OBESIDADE

## *Crural dermolipectomy: medioanterior extension*

FRANCESCO MAZZARONE<sup>1</sup>, IVO PITANGUY<sup>2</sup>, JOÃO GABRIELE<sup>3</sup>, DANIEL NUNES<sup>4</sup>, ANDRÉ VARGAS<sup>4</sup>

### RESUMO

Com o aumento na incidência das gastroplastias redutoras, houve um incremento no número de pacientes apresentando grandes perdas ponderais que procuram a ajuda da cirurgia plástica para se reintegrar à sociedade. Uma das principais queixas destes pacientes é a flacidez da região femoral. Apresentamos, neste estudo, uma opção técnica de dermolipectomia crural com prolongamento médio-anterior. Sete pacientes foram submetidos à cirurgia proposta. Obtivemos altos índices de satisfação com poucas complicações.

**Descritores:** Lipodistrofia, cirurgia. Lipectomia, métodos. Coxas, cirurgia.

### SUMMARY

With the increase in restrictive gastroplasty performed for weight reduction, a growing number of patients displaying massive weight loss have been seeking treatment by means of plastic surgery for social acceptance. One of their major complaints is laxity at the thighs. In this study, a technical option of crural dermolipectomy with medioanterior extension is presented. Seven patients underwent the proposed surgical procedure. High satisfaction levels and few complications were observed.

**Descriptors:** Lipodystrophy, surgery. Lipectomy, methods. Thigh, surgery.

### INTRODUÇÃO

A obesidade é hoje considerada uma epidemia mundial. Devido aos avanços recentes nas gastroplastias redutoras, houve um significativo aumento no número de pacientes com grandes perdas ponderais. Muitos deles serão candidatos à correção das deformidades de contorno corporal através da cirurgia plástica<sup>1</sup>. Nestes pacientes, o excesso de tecido dermo-gorduroso representa um verdadeiro desafio para o cirurgião plástico<sup>1-3</sup>. Dentre as deformidades mais

comuns, as que acometem os membros inferiores trazem um alto grau de dificuldades técnicas. Na literatura, vários autores, como Pitanguy<sup>4-6</sup> e Regnault<sup>2,7</sup>, criaram os fundamentos da dermolipectomia crural. Recentemente, diferentes técnicas têm sido propostas com o objetivo de melhorar resultados<sup>8-10</sup>.

Este estudo pretende apresentar uma alternativa técnica para a dermolipectomia crural, associando melhores resultados, menor morbidade e alta satisfação dos pacientes.

1. Membro Titular da Sociedade Brasileira de Cirurgia Plástica; Professor Assistente de Cirurgia Plástica no Serviço do Prof. Ivo Pitanguy (38ª Enfermaria, SCM-RJ)
2. Professor Titular do Curso de Pós-Graduação em Cirurgia Plástica da Escola Médica de Pós-Graduação da Pontifícia Universidade Católica do Rio de Janeiro e do Curso de Pós-Graduação em Cirurgia Plástica do Instituto de Pós-Graduação Médica Carlos Chagas. Chefe da 38ª Enfermaria da Santa Casa da Misericórdia do Rio de Janeiro (SCM-RJ). Membro Titular da Sociedade Brasileira de Cirurgia Plástica. Membro Titular da Academia Nacional de Medicina e da Academia Brasileira de Letras. FACS, FICS, TCBC.
3. Cirurgião Plástico Especialista pela SBCP.
4. Pós-graduando de Cirurgia Plástica do Serviço do Professor Ivo Pitanguy.

**Correspondência para:** Francesco Mazzarone  
Rua Visconde de Pirajá, 152/601, Ipanema, Rio de Janeiro, RJ, Brasil – CEP: 22410-000 – Tel: 0xx21 2521-9395 – E-mail: mazzarone@uol.com.br

## MÉTODO

Neste estudo, os autores acompanharam prospectivamente sete pacientes do sexo feminino que foram submetidas à dermolipectomia crural com prolongamento médio-anterior, no Serviço de Cirurgia Plástica do Professor Ivo Pitanguy - 38ª Enfermaria da Santa Casa de Misericórdia do Rio de Janeiro. O período do estudo foi de janeiro de 2002 a janeiro de 2005. Foram avaliados as condições pré-operatórias, os resultados pós-operatórios e as complicações precoces e tardias, assim como o grau de satisfação das pacientes.

### Técnica Operatória

A marcação é realizada com a paciente em posição ortostática e, posteriormente, confirmada em decúbito

dorsal com os membros inferiores em abdução (Figuras 1 e 2). Uma manobra bimanual permite verificar o excesso de tecido na face interna da coxa (Figura 3). Em seguida, marcam-se os pontos **A**, **B**, **C**, **D** e **E**, conforme demonstrado no desenho (Figura 4). O ponto **A** fica na linha média do sulco gênito-femoral, equidistante aos pontos **B** e **C**. As linhas paralelas **BD** e **CE** são os limites da ressecção vertical. A partir dos pontos **D** e **E** desenhamos o prolongamento médio-anterior. Duas linhas confluentes contornam a região posterior do joelho e encontram-se na região ântero-medial, sem ultrapassá-la, simulando o sulco da inserção da musculatura medial no terço superior da perna.

Figura 1 - Desenho esquemático da marcação.

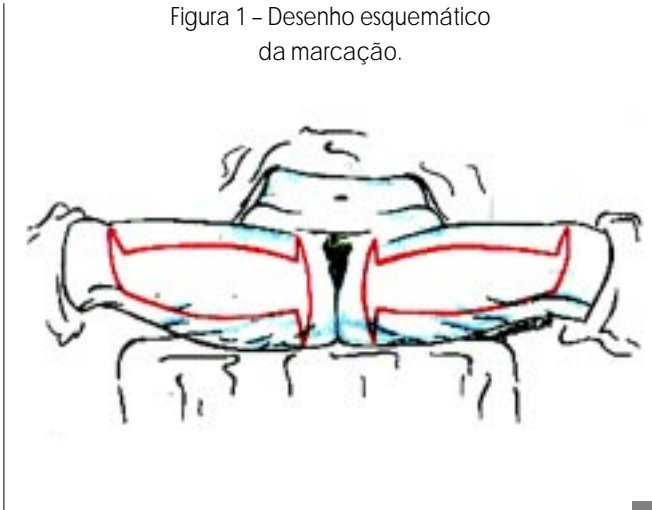


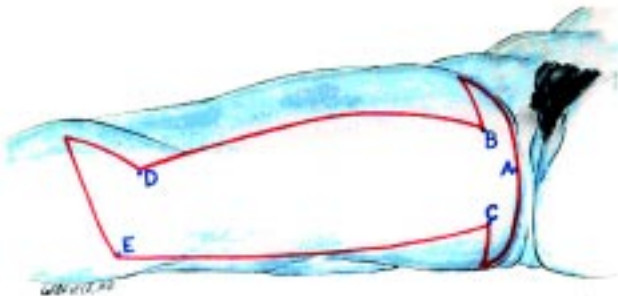
Figura 2 - Marcação em decúbito dorsal e abdução dos membros.



Figura 3 - Manobra bimanual, verificando o excesso de tecido.



Figura 4 - Ponto de referência A na prega gênito-femoral é equidistante aos pontos B e C, que se estendem paralelamente até o segmento D e E, destes dois pontos partem duas linhas que formam o prolongamento médio-anterior.



O retalho é incisado na borda posterior – linha **CE** - e descolado, no plano do tecido celular subcutâneo, até a marcação anterior – linha **BD** (Figura 5). Antes da ressecção, confirma-se sua extensão com a pinça de Pitanguy<sup>11</sup> (Figura 6), exercendo uma tração no sentido póstero-superior em toda a área do retalho. O descolamento do retalho não ultrapassa os limites da marcação e, tampouco, associa-se lipoaspiração

neste procedimento. Profundamente ao ponto **A**, identifica-se o ligamento de Colles, que é um espessamento da fáscia perineal aderido ao ramo ísquio-púbico. Com fio de sutura forte (por exemplo, nylon 2-0) fixam-se os pontos **A**, **B** e **C** no ligamento de Colles (Figura 7). Sutura-se os pontos **D** e **E** com nylon 3-0. O restante da sutura é realizado com fio nylon 4-0 (Figuras 8 a 10).

Figura 5 – Elevação do retalho dermo-gorduroso no plano subcutâneo.

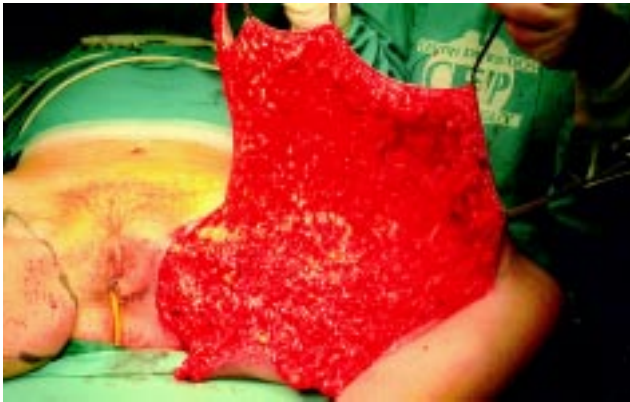


Figura 6 – Pinça de Pitanguy conferindo a área de ressecção.

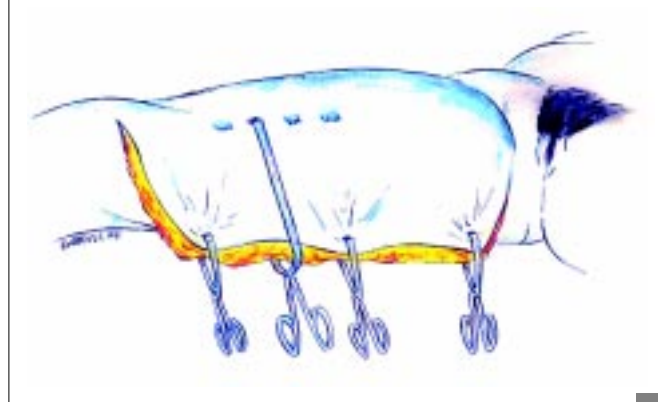


Figura 7 – Fixação dos pontos A, B e C no ligamento de Colles.

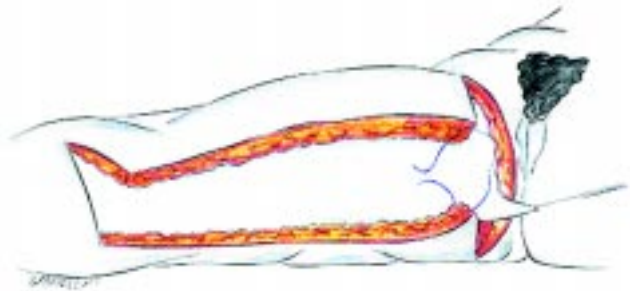


Figura 8 – Distribuição do retalho.



Figura 9 – Resultado pós-operatório imediato.



Figura 10 – Resultado final.



Não se utilizam drenos e o curativo é compressivo. A paciente recebe alta no 2º dia de pós-operatório, com orientação de não permanecer sentada por muito tempo e de evitar abduzir ou fletir os membros inferiores. O curativo com ataduras é mantido até a retirada dos pontos, que será iniciada no sétimo dia de pós-operatório. Após esse período é introduzido o uso de meia elástica compressiva. A sutura que uniu os pontos **A**, **B** e **C** é retirada no 21º PO.

## RESULTADOS

Todos os pacientes estudados foram do sexo feminino, com idade de 30 a 49 anos. As perdas ponderais variaram de 30 a 57 kg. Em todas as pacientes, havia uma importante flacidez e redundância de tecido nos membros inferiores.

O acompanhamento pós-operatório variou de 10 meses a três anos. Os resultados obtidos foram avaliados como excelentes por 6 pacientes e satisfatórios por uma paciente (Figuras 11 a 18).

Figura 11 – Pré-operatório, visão frontal.



Figura 12 – Pré-operatório, visão lateral.



Figura 13 – Pós-operatório, visão frontal.



Figura 14 – Pós-operatório, visão lateral.





Figura 15 - Pré-operatório, visão frontal.



Figura 16 - Pré-operatório, visão dorsal.



Figura 17 - Pós-operatório, visão frontal.



Figura 18 - Pós-operatório, visão dorsal.



Foram observados baixos índices de complicações: uma paciente apresentou pequenos focos de deiscência entre os pontos **A**, **B** e **C** e uma paciente apresentou cicatriz alargada na região anterior do sulco gênito-femoral.

As intercorrências foram tratadas conservadoramente e evoluíram satisfatoriamente. Não evidenciamos infecção, necrose, trombose, edema, linfedema ou presença de distopias genitais.

## DISCUSSÃO

Com a maior realização das gastroplastias redutoras houve um aumento na procura pela dermolipectomia crural<sup>12,13</sup>. Entretanto, o tratamento efetivo do excesso de tecido nos membros inferiores dos ex-obesos é uma tarefa árdua<sup>1-3</sup>. A excessiva flacidez tecidual e a má qualidade da pele prejudicam os resultados. Devido ao quadro clínico dos pacientes e à magnitude do procedimento, complicações como infecção, seroma, deiscência, alargamento e migração das cicatrizes não são eventos raros<sup>2,10,12,14</sup>.

As alternativas expostas na literatura visando à correção deste problema apresentam indicações limitadas e resultados, muitas vezes, desapontadores. A técnica de eleição não está definida<sup>7,8</sup>.

A lipoaspiração da coxa, isoladamente, apresenta resultados insatisfatórios nos pacientes com flacidez tecidual importante, geralmente não sendo a primeira escolha para a correção desta deformidade nos ex-obesos.

Da mesma forma, as técnicas que preconizam apenas incisões horizontais na região inguinal não são adequadas para grandes excessos teciduais. Além disso, elas frequentemente estão associadas à migração inferior da cicatriz, à distorção lateral da genitália ou à recidiva precoce<sup>10</sup>.

A dermolipectomia crural com prolongamento médio-anterior, aqui descrita, respeita as bases anatômicas da região, apresenta baixos índices de complicações e é bem aceita pelos pacientes. Acreditamos que o descolamento restrito do retalho e a não realização de lipoaspiração são aspectos importantes da técnica. Com isso, preservamos a vascularização da face medial da coxa, o que determina a maior viabilidade dos tecidos e a redução no edema, resultando em uma recuperação pós-operatória mais rápida<sup>1,3</sup>. A fixação profunda no ligamento de Colles e a tração do retalho no sentido pósterosuperior diminuem o risco de migração e o alargamento das cicatrizes, assim como as distopias genitais<sup>10,15</sup>. A marcação

horizontal, seguindo a prega gênito-femoral e o sulco glúteo, camufla e reduz as cicatrizes<sup>10</sup>. A incisão vertical não permite a visualização da cicatriz nas posições anterior e posterior. O prolongamento médio-anterior, no nível do joelho, mantém o segmento inferior da cicatriz menos visível, simulando um sulco cutâneo.

Assim, entendemos que a dermolipectomia crural com prolongamento médio-anterior associou os benefícios das técnicas de Pitanguy e de Regnault, mostrando-se efetiva, de fácil execução, com baixa morbidade e com resultados satisfatórios.

## REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS

1. Furtado IR, Nogueira CH, Lima Jr EM. Cirurgia plástica após a gastroplastia redutora: planejamento das cirurgias e técnicas. *Rev Soc Bras Cir Plast.* 2004;19(2):35-40.
2. Regnault P, Daniel RK. *Aesthetic plastic surgery.* Boston: Little, Brown Co;1984. p.655-78.
3. Grazer FM. Body contouring. In: McCarthy JG, Littler JW, eds. *General principles of plastic surgery.* Philadelphia: Saunders;1990. p.3964.
4. Pitanguy I. Trochanteric lipodystrophy. *Plast Reconstr Surg.* 1964;34:280-6.
5. Pitanguy I. Dermolipectomies crurales. *Ann Chir Plast.* 1972;17(1):40-6.
6. Pitanguy I. Dermolipectomy of the abdominal wall, thigh, buttocks and upper extremity. In: Converse IM, ed. *Plastic and reconstructive surgery.* 2<sup>nd</sup> ed. Philadelphia: Saunders;1977. p.3800.
7. Regnault P. Lipectomy. In: Grabb WC, Smith JW, eds. *Plastic surgery.* Boston:Little, Brown Co;1979. p.838-51.
8. Lockwood T. Lower body lift with superficial fascial system suspension. *Plast Reconstr Surg.* 1993;92(6):1112-25.
9. Baroudi R. Comentario: Lockwood T. Lower body lift with superficial fascial system suspension. *Plast Reconstr Surg.* 1993;92(6):1112-25.
10. Lockwood TE. Fascial anchoring technique in medial thigh lifts. *Plast Reconstr Surg.* 1988;82(2):299-304.
11. Pitanguy-Large flap demarcator, 10 1/4in,ss PDGETT, Instruments Inc.
12. Le Louarn C, Pascal JF. The concentric medial thigh lift. *Aesthetic Plast Surg.* 2004;28(1):20-3.
13. Costa LF, Manta AM, Manta AS, Cavalcante HA, Nahon M. Abdominoplastia modificada em pacientes ex-obesos. *Rev Soc Bras Cir Plast.* 2003;18(3):67-74.
14. Spirito D. Medial thigh lift and the DE.C.LI.VE. *Aesthetic Plast Surg.* 1998;22(4):298-300.
15. Candiani P, Campiglio GL, Signorini M. Fascio-fascial suspension technique in medial thigh lifts. *Aesthetic Plast Surg.* 1995;19(2):137-40.