

# Cirurgia Plástica Estética em portadores do Vírus da Imunodeficiência Humana (HIV) – existe consenso?

Richard Robadey<sup>1</sup>  
Fábio Coutinho<sup>2</sup>  
Ivo Pitanguy<sup>3</sup>

- 1] Pós-Graduando pelo Instituto de Pós-Graduação Carlos Chagas, Membro Residente da Sociedade Brasileira de Cirurgia Plástica.
- 2] Professor Assistente, Membro Titular da Sociedade Brasileira de Cirurgia Plástica.
- 3] Professor Titular, Membro Titular da Sociedade Brasileira de Cirurgia Plástica, da Academia Nacional de Medicina e da Academia Brasileira de Letras.

Centro de Estudos Ivo Pitanguy – Santa Casa da Misericórdia do Rio de Janeiro – 38ª Enfermaria – Serviço de Cirurgia Plástica do Professor Ivo Pitanguy – Pontifícia Universidade Católica do Rio de Janeiro e Instituto de Pós-Graduação Médica Carlos Chagas.

Endereço para correspondência:

Richard Robadey

R. Dona Mariana, 65  
Rio de Janeiro – RJ  
22280-020

Fone: (21) 2537-5812  
e-mail: ceip@visualnet.com.br

**Descritores:** Cirurgia plástica; estética; HIV; SIDA; exposição ocupacional.

## RESUMO

*Atualmente, um portador do HIV, em uso de anti-retrovirais e outras medicações capazes de prevenir infecções oportunistas, pode passar 15 anos até desenvolver a doença. A melhora na sobrevivência desses pacientes, sem doença clínica, proporciona uma mudança comportamental e os torna mais conscientes, mais bem esclarecidos sobre a enfermidade, em busca de uma vida “próxima do normal”. Os cirurgiões plásticos se deparam com pacientes soropositivos, ou mesmo com sinais iminentes de doença, que manifestam o desejo de rejuvenescer ou melhorar imperfeições físicas. Neste trabalho, procura-se identificar estudos e discussões recentes sobre o tema na literatura, dados estatísticos e epidemiológicos, além de cuidados na prevenção da contaminação pelo HIV no peroperatório. Foi realizada uma enquête junto a cirurgiões da Sociedade Brasileira de Cirurgia Plástica – Regional do Rio de Janeiro – para avaliar a conduta desses profissionais diante desses pacientes.*

## INTRODUÇÃO

Em 1993, o Center for Disease Control and Prevention – CDC, nos Estados Unidos, renovava os conceitos e definições sobre a Síndrome da Imunodeficiência Adquirida – SIDA. Vários fatores de evidência foram tomados como elementos de importância e presunção considerável para investigação diagnóstica. Algumas das infecções secundárias ocorrem com tão pouca frequência, ou são tão raras na população não-imunodeprimida, que passaram a fazer parte da classificação do CDC para diagnóstico de HIV/SIDA<sup>(1)</sup>. Uma das conseqüências dessa revisão foi que os portadores do HIV puderam ter diagnóstico mais cedo no curso da doença. De fato, os esforços na identificação mais acertada e precoce desses pacientes têm se refletido numa progressão mais tardia do estado de portador do vírus à sintomatologia ou SIDA propriamente dita. O uso elaborado de anti-retrovirais e outras medicações capazes de prevenir infecções oportunistas, somado ao incremento na identificação diagnóstica e epidemiológica, representou o diferencial na abordagem da SIDA nos últimos anos.

Atualmente, um paciente portador do HIV permanece assintomático por vários anos, podem-se passar até 15 anos entre exposição e desenvolvimento da doença. Nas diferentes fases da infecção pelo HIV, o paciente vem a ser submetido a diversos procedimentos cirúrgicos, desde biópsias linfonodais a tumorectomias mais extensas. Ainda, na quase totalidade, intervenções estas consideradas inquestionáveis pela necessidade diagnóstica ou com o intuito de nortear o tratamento, muitas vezes em caráter de urgência.

A evidente melhora na sobrevivência dos portadores do HIV, sem doença clínica, proporciona uma mudança comportamental nesses pacientes. Surge, claramente, a possibilidade de se viver mais e com qualidade infinitamente superior em relação a alguns anos. Dessa forma, o paciente mostra-se mais consciente e esclarecido sobre a doença, não subestima seus limites e sonha com uma vida objetivamente “próxima do normal”.

Relatos surpreendentes estão presentes na literatura. No ano passado, para cada 100.000 brasileiros, 207 foram operados com finalidade estética no país. Um grupo heterogêneo de pacientes é candidato às cirurgias. Não obstante, os cirurgiões plásticos se depararam com pacientes portadores do HIV, ou mesmo com

sinais iminentes de doença, que manifestam o desejo de rejuvenescer ou melhorar imperfeições físicas.

Neste contexto, o objetivo deste trabalho é identificar na literatura dados estatísticos e epidemiológicos recentes, além de condutas na prevenção da contaminação pelo HIV, que constitui tema atual e polêmico nos consultórios de cirurgia plástica. O paciente HIV positivo deve ser operado com finalidade estética? Quais as implicações do ato cirúrgico? Existe risco ocupacional para o cirurgião e a equipe? Por fim, propõe-se a realização de uma enquete junto a cirurgiões da Sociedade Brasileira de Cirurgia Plástica – Regional do Rio de Janeiro – para avaliar o posicionamento dos profissionais.

## MATERIAL E MÉTODOS

Foi desenvolvida uma procura computadorizada da literatura publicada nos últimos 15 anos, utilizando MEDLINE, sistema LILACS e a Internet. Artigos de jornais e revistas, apresentações de conferências científicas e exposições de *sites* na Internet foram apreciados e utilizados para identificação adicional de matéria afim.

Procedeu-se à aplicação de um questionário simples e prático, de perguntas rápidas com respostas objetivas, a cirurgiões da Sociedade Brasileira de Cirurgia Plástica – Regional do Rio de Janeiro, conforme observado adiante nos gráficos (Figs. 1 a 5).

## RESULTADOS

Um número extraordinário de pessoas em todo o mundo encontra-se infectado pelo HIV. Na evolução dessa complexa enfermidade, os cirurgiões estão tratando um contingente maior de pacientes portadores do vírus com problemas cirúrgicos, tanto os relacionados como os não relacionados à infecção pelo HIV<sup>(2)</sup>. A linfadenopatia generalizada é um exemplo comum, frequentemente encontrada no quadro sintomático dessa infecção. Biópsias linfonodais são procedidas diariamente nos hospitais gerais e produzem informações diagnósticas importantes. Pacientes com púrpura trombocitopênica associada à deficiência imunológica não respondem bem à corticoterapia como os pacientes HIV negativo com púrpura trombocitopênica idiopática<sup>(2)</sup>. Desta forma, esses pacientes são submetidos à esplenectomia para controle da trombocitopenia. Os procedimentos ano-retais são as operações mais comuns em pacientes homos-

sexuais masculinos e infectados pelo HIV<sup>(2)</sup>.

Nenhum estudo prospectivo, até o momento, foi capaz de avaliar a morbidade e mortalidade operatórias comparando-se pacientes HIV positivo e HIV negativo<sup>(2)</sup>. De forma geral, os trabalhos publicados mostram benefício nos diversos tratamentos cirúrgicos de pacientes infectados pelo HIV e nenhum aumento na incidência de complicações em feridas<sup>(3-5)</sup>. Uma boa história clínica, exame físico e exames laboratoriais fornecem informação adequada sobre o estado geral do paciente. Um indivíduo HIV positivo com boa massa muscular, provavelmente, tem o mesmo risco de complicações na cicatrização das feridas que um HIV negativo<sup>(2)</sup>. Estudos que tentaram correlacionar a contagem de CD<sub>4</sub> com complicações de cicatrização das feridas e *sepsis* foram controversos. Contudo, um trabalho realizado em Detroit, Michigan, USA, observou que pacientes com uma contagem de CD<sub>4</sub> inferior a 200 /ml apresentaram mortalidade peroperatória maior (38%), comparada a de pacientes com contagem de CD<sub>4</sub> relativamente mais elevada nas cirurgias abdominais de grande porte<sup>(6)</sup>.

O risco de transmissão do HIV após lesão por uma agulha com pertuito e contaminada com sangue infectado pelo HIV é de 0,3%<sup>(7-9)</sup>. Contudo, o risco após lesão com uma agulha de sutura é desconhecido. O risco de transmissão aumenta de acordo com determinadas circunstâncias:

- ◆ 5 vezes, se houver sangue visível na agulha ou o procedimento envolver a colocação da agulha numa artéria ou veia;
- ◆ 6 vezes, se o paciente tiver SIDA avançada (e presumivelmente uma alta carga viral);
- ◆ 16 vezes, se a ferida provocada pela agulha com pertuito nos tecidos moles for profunda.

A despeito de um receio mais expressivo com relação a procedimentos em pacientes HIV positivo, o risco de contaminação ocupacional diante de portadores de vírus da hepatite C e hepatite B é 10 vezes e 100 vezes maior, respectivamente<sup>(10, 11)</sup>.

Tokars *et al.*<sup>(12)</sup> mostraram que lesões percutâneas com agulhas e lâminas durante procedimentos operatórios ocorrem regularmente em 6,9% de 1.382 cirurgias avaliadas.

A administração profilática de zidovudine ao profissi-

onal de saúde que sofrer o acidente com material contaminado reduz em 80 vezes o risco de transmissão do HIV após lesão por agulha com pertuito<sup>(13)</sup>.

Um estudo de grande porte em pacientes cirúrgicos mostrou que 16,7 % de todas as amostras submetidas ao *screening* para transfusão ou prova cruzada tinham evidência sorológica de infecção viral (HIV, HBV, HCV), sendo 5,6% HIV positivo<sup>(14)</sup>. Sabe-se, pois, que, quanto maior a soroprevalência nos pacientes e quanto maior o número de “espetadas” com as agulhas, maior o risco de transmissão ocupacional do HIV.

Dentre as estratégias de prevenção para o profissional de saúde, destacam-se:

1. Precauções no controle da infecção: o sangue deve ser tratado como uma substância tóxica<sup>(8)</sup>. O contato do sangue dos pacientes com a pele e mucosas dos profissionais de saúde é inaceitável. Óculos de proteção, máscaras, capotes impermeáveis e propés são acessórios básicos. O uso de dois pares de luvas de látex reduz o risco de exposição relacionado a defeitos da própria luva em aproximadamente 17%<sup>(8)</sup>.
2. Mudanças na técnica cirúrgica: a redução na incidência da exposição ocupacional intra-operatória requer cuidado e atenção aos detalhes. Evitar a passagem de “mão em mão” dos instrumentos pontiagudos ou cortantes, adequado posicionamento desses instrumentos na mesa de materiais e o uso de grampeadores, em vez de suturas nas áreas de difícil manipulação, são métodos que reduzem as chances de acidentes. Alguns cirurgiões utilizam os próprios dedos para proteger tecidos ou vísceras subjacentes ao plano cirúrgico. Tal prática encontra-se obsoleta e é extremamente perigosa. Ainda assim, as técnicas cirúrgicas variam para cada cirurgia e são aplicadas de modo a se obter o melhor resultado para cada paciente individualmente.
3. Teste anti-HIV pré-operatório: a despeito das infinitas discussões sobre o assunto, inclusive em relação à possibilidade de discriminação no tratamento dos pacientes HIV positivo, atualmente os estudos demonstraram que a profilaxia e terapia das infecções oportunistas beneficiaram os pacientes

assintomáticos ou minimamente sintomáticos. Assim, os argumentos a favor do teste pré-operatório suplantaram qualquer outro argumento contra. Na realidade, o conhecimento prévio do teste oferece pouca proteção para a equipe cirúrgica, porque ele não revela a existência de outros agentes infecciosos (vírus das hepatites, por exemplo). A princípio, todos os pacientes devem ser tratados como se estivessem infectados, de modo que os resultados do teste não alterem o comportamento na sala de cirurgia<sup>(2)</sup>.

4. Tratamento não-operatório: ao planejar o tratamento, os cirurgiões devem pesar os riscos em relação ao benefício potencial da cirurgia. Se o cirurgião concluir e acreditar que o procedimento terá um efeito positivo para a vida do paciente, deve oferecer o tratamento cirúrgico planejado<sup>(15)</sup>.

Setenta e cinco cirurgiões plásticos responderam ao questionário proposto, sendo que 45 exercem atividades na especialidade há mais de 10 anos. O resultado da enquete é mostrado nas figuras 1 a 5.

## DISCUSSÃO E CONCLUSÃO

Em setembro de 1991, no Encontro Anual do "American Society of Plastic and Reconstructive Surgeons", chegou-se à seguinte decisão:

"Discriminação contra pacientes infectados por HIV que requerem cirurgia plástica eletiva não pode ser apoiada... Pacientes aos quais são negados procedimentos, baseando-se na testagem imunológica para o HIV, serão legalmente defendidos em acusações de discriminação contra o médico"<sup>(16, 17)</sup>.

Este posicionamento gerou uma série de questionamentos e conseqüente descontentamento de uma parcela substancial de membros daquela sociedade. Smith<sup>(18)</sup> discutiu a ética e a moral do exposto, alegando que se coloca em risco a segurança dos componentes da equipe cirúrgica, assim como a do cirurgião e sua família, para a realização de um "procedimento desnecessário". Petro<sup>(19)</sup> chama a atenção para a importância da cirurgia plástica estética enquanto promotora do bem-estar, contribuindo para o sucesso individual em nossa sociedade. Dessa forma, o cirurgião plástico aumenta a auto-estima e melhora a qualidade de vida, o que coloca a especialidade na mesma condição de outras. Outros argumentos tam-

bém foram levantados, tais como a sobrevivência do paciente portador do HIV e a posição de especialistas de outras áreas sobre o tema.

No Brasil, o Ministério da Saúde, as Secretarias de Estado e os Conselhos Federal e Estaduais de Medicina postularam leis, emitiram diversos pareceres e resoluções sobre SIDA. Entre esses, destacam-se os que se referem aos critérios diagnósticos<sup>(20, 21, 22)</sup>, normas de biossegurança, sigilo, atendimento integral do pa-



Fig. 1 – Na rotina pré-operatória, você solicita exame laboratorial anti-HIV?

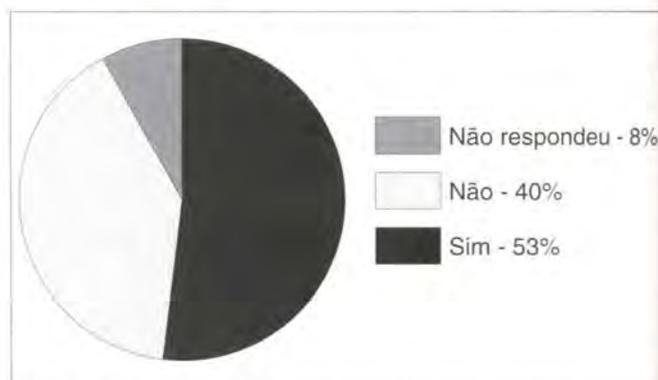


Fig. 2 – Já foi procurado por paciente HIV positivo (sem doença)?

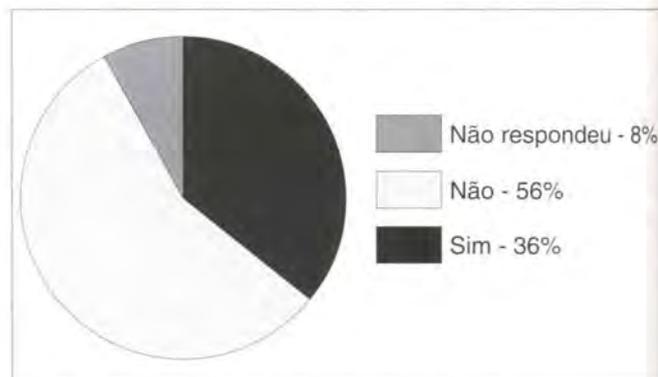


Fig. 3 – O paciente HIV positivo tem maior risco de infecção no pós-operatório?

ciente portador do HIV, sendo imperativo moral da profissão médica e instituições de saúde<sup>(21, 22)</sup>. Também, identificou-se conteúdo sobre a doença na gestação e no recém-nato<sup>(23)</sup>. Contudo, não foi possível identificar qualquer manifestação daqueles órgãos em relação à cirurgia plástica estética e HIV/SIDA.

Não é intenção deste trabalho definir um consenso a respeito da abordagem do paciente portador do HIV frente à cirurgia plástica estética. O objetivo, em si, caminha para a necessidade de se discutir o assunto de forma clara e objetiva para que se torne mais fácil chegar a uma postura dentro dos preceitos éticos e profissionais da medicina.

A enquete, a despeito da simplicidade e amostragem, revelou aspectos muito interessantes. O teste anti-HIV, aparentemente, não tem dirigido a conduta dos cirurgiões plásticos entrevistados, já que uma porcentagem pequena desses inclui o teste na avaliação pré-operatória de rotina. Ainda assim, muitos tendem a realizá-lo conforme indícios clínico-epidemiológicos observados na avaliação inicial do candidato à cirurgia. Foi possível também notar que a ocorrência de pacientes portadores do HIV nos consultórios de cirurgia plás-

tica tem sido significativa. Uma porcentagem expressiva dos cirurgiões, neste breve estudo, já se deparou com o fato, e a grande maioria concorda que o paciente pode ser submetido a uma cirurgia estética. Em acordo com os trabalhos consultados e citados anteriormente, talvez a experiência diária sugira que o paciente HIV positivo não tem incidência de complicações pós-operatórias diferente daquele dito normal. Pouco mais que a metade dos entrevistados não acredita num maior risco de infecção pós-operatória.

Os achados na literatura mostram a complexidade do assunto. A SIDA ainda é doença temerosa e de curso inexorável. Tende à cronicidade e mantém-se incurável.

Os riscos ocupacionais são estimados. As estatísticas ainda são tímidas, pois, sobretudo, as variáveis são muito diversificadas. Não foram identificados dados estatísticos específicos para pacientes submetidos à cirurgia plástica.

O teste anti-HIV (com consentimento) pode ser melhor para o paciente do que propriamente para a equipe, pois, conforme descrito anteriormente, o teste não revela a presença de outros agentes infecciosos de maior risco de contaminação peroperatória. No que se refere à profilaxia para o cirurgião, o mais sensato é seguir as estratégias de prevenção e tratar todos os pacientes como se fossem potencialmente infectados, considerando o teste anti-HIV se esses pacientes apresentarem fatores de risco para a infecção, ou se eles se manifestarem espontaneamente a favor da realização do exame. O paciente pode ser operado para fins estéticos, contudo deve ser amplamente avaliado de forma multidisciplinar. É fundamental que o paciente tenha boa condição clínica, plano cirúrgico e que haja expectativa compatível com suas reais possibilidades.

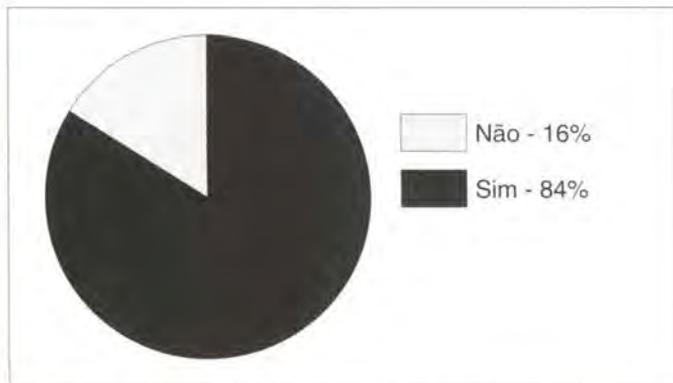


Fig. 4 – O paciente HIV positivo pode se submeter à cirurgia estética?

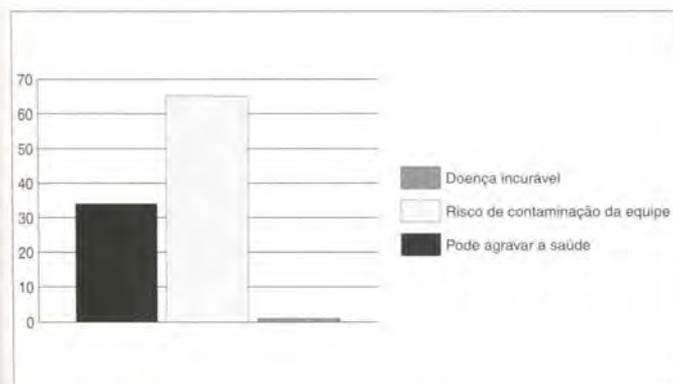


Fig. 5 – A cirurgia estética não deve ser feita porque...

## BIBLIOGRAFIA

1. Lewin-Smith MR, Klassen MK, Frankel SS, Nelson AM. Pathology of human immunodeficiency virus infection: infectious conditions. *Ann Diagn Pathol.* 1998; 2(3):181-94.
2. Schecter, W. Surgery in Patients with HIV. From: URL: <http://www.hivinsite.com> - University of California, San Francisco; 1997.
3. Hewitt WR, Sokol TP, Fleishner PR. Should HIV status alter indications for hemorrhoidectomy? *Dis Colon Rectum.* 1996; 39:615-8.

4. Burke EC, Orloff SL, Freise CE, et al. Wound healing after anorectal surgery in HIV-infected patients. *Arch Surg.* 1991; 126:1267-70.
5. Buehrer JL, Wever DJ, Meyer AA, et al. Wound infection rates after invasive procedures in HIV-1 seropositive versus HIV-1 seronegative hemophiliacs. *Ann Surg.* 1990; 211:492-8.
6. Albaran RG. CD<sub>4</sub> cell counts predict abdominal surgery outcome in HIV-positive patients. *Arch Surg.* 1998; 133:626-31.
7. Henderson DK, Saah AJ, Zak BJ, et al. Risk of nosocomial infection with human T-cell lymphotropic virus (Type III/lymphadenopathy-associated virus) in a large cohort of intensively exposed health care workers. *Ann Intern Med.* 1987; 104:644-7.
8. Gerberding JL, Little C, Tarkington A, et al. Risk of exposure of surgical personnel to patients blood during surgery at San Francisco General Hospital. *N Engl J Med.* 1990; 322:1788-93.
9. Centers For Disease Control: Update: Acquired immunodeficiency syndrome and human immunodeficiency virus infection among health-care workers. *MMWR.* 1988; 37:229-39.
10. URL: <http://www.riscobiologico.org/>
11. Updated U.S. Public Health Service Guidelines for the Management of Occupational Exposures to HBV, HCV, and HIV and Recommendations for Postexposure Prophylaxis. June 29, 2001 / 50(RR11); 1-42.
12. Tokars JL, Bell DM, et al. Percutaneous injuries during surgical procedures. *JAMA.* 1992; 267(21):2899-904.
13. Centers For Disease Control: Case control study of HIV seroconversion in health care workers after percutaneous exposure to HIV infected blood – France, United Kingdom, and the United States. *MMWR.* 1995; 44:929-33.
14. Montecalvo MA, Lee MS, De Palma H, et al. Seroprevalence of human immunodeficiency virus-1, hepatitis B virus, in a Brooklyn maintenance hemodialysis unit: Preliminary observations. *ASAIO J.* 1995; 34:194-5.
15. Schecter W. HIV and Surgery. Occupational risk and responsibility. *San Francisco Med.* 1990; 63:14-6.
16. Board of Directors of the American Society of Plastic and Reconstructive Surgeons. *Plast Surg News.* 1992; Janeiro, p.3.
17. Goldwyn RM. AIDS, Aesthetic Surgery, and the Plastic Surgeon. *Plast Reconstr Surg.* 1992; 90 (6):1061-4.
18. Smith C. AIDS policy should reflect conviction of membership. *Plast Surg News.* 1992; March.
19. Petro J. Reply. *Plast Surg News.* 1992; March.
20. Parecer CFM 10/1987.
21. Resolução CREMERJ 35/1991.
22. Resolução CFM 1359/1992.
23. Parecer CFM 11/1992.