

Suspensão composta glúteo-crural

Composed gluteal-crural lift

ANTONIO ROBERTO BOZOLA¹,
ITALO BOZOLA FILHO²,
RENATO FREITAS³

Trabalho realizado no
Hospital de Base da Faculdade
de Medicina de São José
do Rio Preto.

Artigo recebido: 03/12/2007
Artigo aceito: 15/08/2008

RESUMO

Introdução: Os autores propõem uma nova técnica de suspensão de nádegas e coxas em pacientes pós-grandes emagrecimentos, sobrepondo o volume das nádegas, elevando-as e projetando-as. **Método:** A região trocantérica e a face interna das coxas, quando necessário, são lipoaspiradas. Retira-se o excesso de pele por incisão que parte do sulco interglúteo, contorna a crista ilíaca posterior e anterior, desce pela prega inguinal até a face interna da coxa e, em “L”, desce até acima dos joelhos. As ressecções de pele são feitas sempre acima da *fascia superficialis*. Inicia-se a cirurgia em decúbito ventral para a suspensão das nádegas e conclui-se em decúbito dorsal com a suspensão das coxas.

Descritores: Cirurgia plástica/métodos. Nádegas/cirurgia. Coxas/cirurgia.

SUMMARY

Introduction: The authors propose a new technique of buttocks and thighs lift in massive weight loss patients, overlapping the volume of the buttocks, elevating and projecting them. **Methods:** The trochanteric area and the internal aspect of the thighs, when necessary, are liposuctioned. They remove the skin excess through an incision that initiates in the intergluteal furrow and outlines the posterior and anterior iliac crest. It goes down for the pleat of the groins until the internal face of the thigh and, in “L”, it goes down near the knees. The skin resections are always done above the *fascia superficialis*. The surgery begins in ventral decubitus for the suspension of the buttocks and it is completed in dorsal decubitus with the suspension of the thighs.

Descriptors: Surgery, plastic/methods. Buttocks/surgery. Thigh/surgery.

INTRODUÇÃO

Os pacientes após grandes emagrecimentos naturais, ou emagrecidos pós-cirurgia bariátrica, tornam-se um desafio ao cirurgião plástico que geralmente tem que retirar grandes excessos de pele e, às vezes, tecido gorduroso¹. Como são pacientes que requerem mais de um ato operatório, pode-se realizar cirurgias combinadas.

Geralmente, no 1º tempo, os autores realizam mamoplastia e abdominoplastia e, no 2º tempo, a suspensão glúteo-crural composta, deixando braços e face para o 3º tempo. Alguns autores¹⁻⁵ descreveram o tratamento da região glútea e ou das coxas, mas ainda existe muito a discutir².

Buscando oferecer uma nova abordagem cirúrgica para esses casos, que compõem um novo capítulo crescente na cirurgia plástica, propomos uma nova tática.

MÉTODO

Foram operados oito pacientes com a nova técnica proposta.

Com o paciente em posição ortostática marca-se desde 2 cm acima do sulco interglúteo uma incisão curvilínea logo acima da crista ilíaca, contornando-a (Figuras 1A e 2A). Anteriormente, esta desce mais ou menos 1 a 1,5 cm medial e superiormente à prega inguinal sobre a região pubiana até a face interna da coxa e, em ângulo reto na vertical (L), até a face interna do joelho ou logo acima dele, de acordo com a existência de flacidez de pele na região (Figuras 2A e 2B).

Com o paciente em decúbito ventral horizontal, incisa-se a pele e descola-se caudalmente em direção às nádegas, preservando o subcutâneo ou ressecando-o conforme a necessidade.

1. Chefe de Cirurgia Plástica da Faculdade de Medicina de São José do Rio Preto.

2. Assistente de Cirurgia Plástica da Faculdade de Medicina de São José do Rio Preto.

3. Assistente Voluntário de Cirurgia Plástica da Faculdade de Medicina de São José do Rio Preto.

Na altura da metade da nádega, a incisão aprofunda-se obliquamente para baixo até o músculo glúteo maior, terminando 3 a 4 cm acima do sulco infraglúteo, preservando a inervação maior da área glútea^{6,7}, e os vasos perfurantes glúteos que irrigam a superfície. A porção superior da nádega é tracionada para baixo e suturada e a porção inferior é tracionada para cima e suturada sobre aquela, remontando-as e remodelando-as (Figuras 1B, 1C e 1D). O excesso de pele é removido sob tração súpero-medial.

Muda-se a posição do paciente para o decúbito dorsal horizontal e a incisão prolonga-se na virilha até a posição pósteromedial da coxa. Se necessário, a região medial das coxas é lipoaspirada e a pele é descolada acima da *fascia superficialis*, somente na extensão que vai ser removida

(igual à nádega) e a tração é súpero-medial. Se necessário lipoaspira-se também os culotes.

A marcação da ressecção vertical de pele da coxa é feita por manobra bidigital após a lipoaspiração, sem descolamentos, resultando com a incisão da prega inguinal um L invertido. A tração agora é no sentido horizontal (Figuras 2A e 2B).

RESULTADOS

Os resultados foram satisfatórios (Figuras 3 a 5) em 8 casos operados. As cicatrizes, em geral, alargam-se porque não há nenhum descolamento e o peso das nádegas e coxas em geral é grande nesses pacientes.

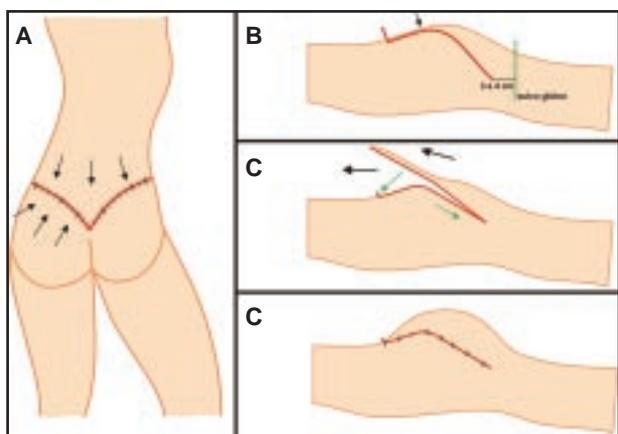


Figura 1 – A: Incisão posterior e posicionamento final da cicatriz após ressecção da pele e tração súpero-medial.

B: Plano de descolamento até a metade da nádega (somente pele), depois divisão dela em duas partes com incisão oblíqua até 3 a 4 cm acima do sulco glúteo.

C e D: Tração da porção superior para baixo e da porção inferior para cima, suturando-as entre si (pontos de Baroudi).

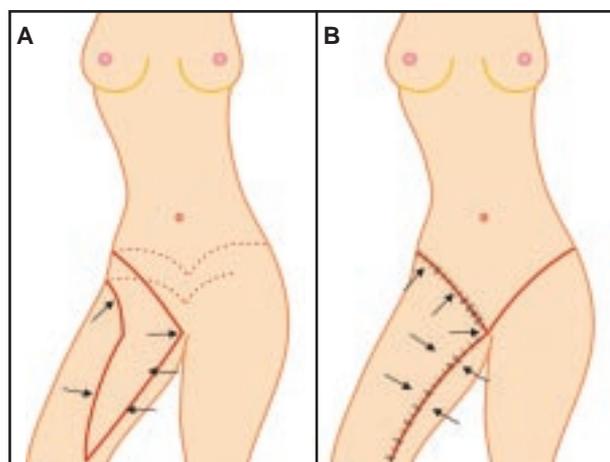


Figura 2 – A: Posição da incisão crural e coxa em L invertido e ressecção de pele acima da *fascia superficialis*, testado por manobra bidigital após lipoaspiração de culotes, quando necessário. **B:** Tração súpero-medial na região inguino-crural e circular na coxa e sutura final, testado por manobra bidigital após lipoaspiração da face interna da coxa.

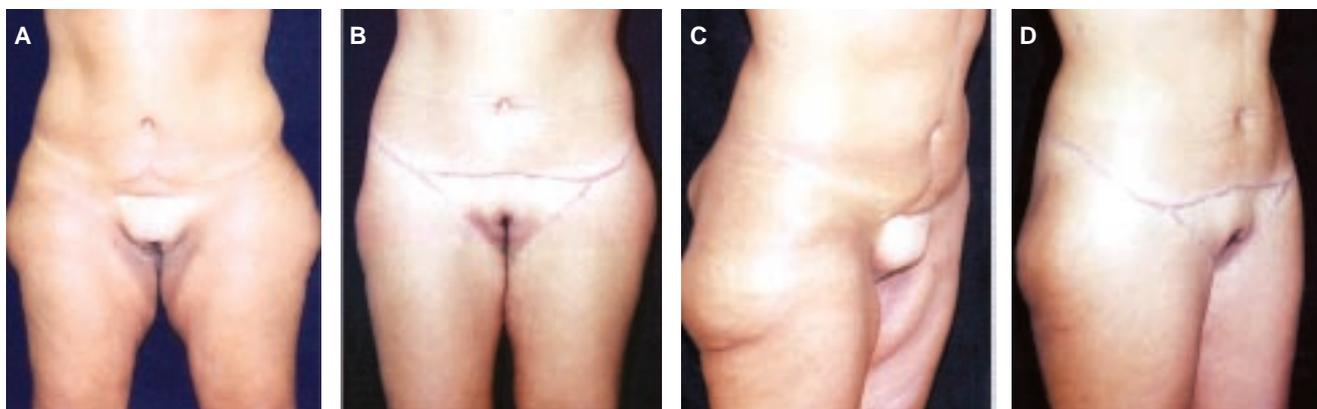


Figura 3 – Resultado possível, pré e pós-operatório em posição de frente e oblíqua.

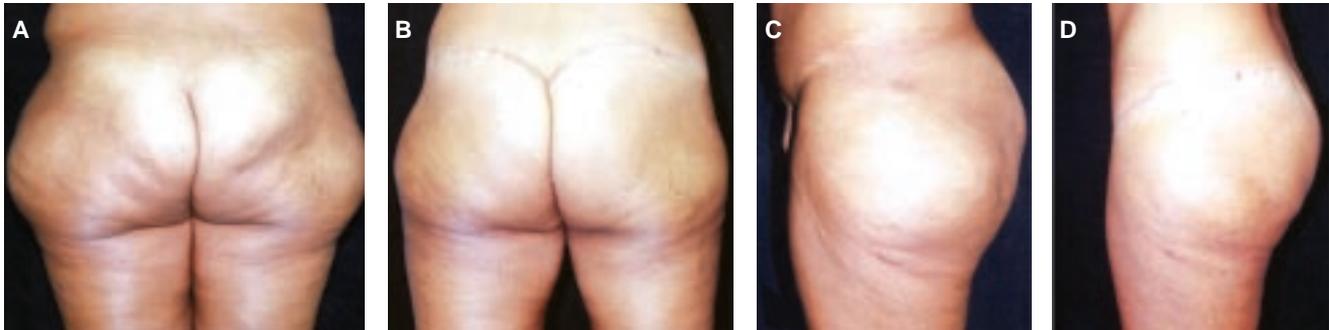


Figura 4 – Pré e pós-operatório em posição posterior e perfil.

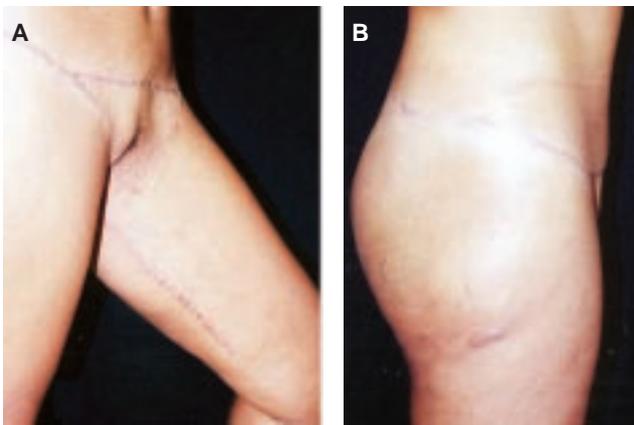


Figura 5 – A: Posição das cicatrizes e qualidade após 90 dias.

B: Posição lateral da cicatriz e forma da nádega.

Não foram observadas complicações importantes nesta série de doentes, exceto o posicionamento e a qualidade das cicatrizes.

DISCUSSÃO

Todas as ressecções de pele devem ser feitas acima da *fascia superficialis*, evitando-se lesões do sistema profundo de drenagem linfática³⁻⁵. Às vezes, é necessário lipoaspirar também as regiões trocântéricas ou culotes e outras áreas.

O retalho de pele da virilha deve ser suturado na origem tendinosa dos músculos adutores da coxa para evitar que a cicatriz desça como observado também em outras técnicas⁶. A superposição de um retalho dermogorduroso nas nádegas oferece um amplo ganho de volume, excelente mobilidade e boa vascularização⁷.

A associação com o *lifting* lateral e medial de coxas, o qual permite remover o excedente de pele, proporciona melhor contorno à região glútea. Como a pele descolada é somente a removida, o pós-operatório é simples, devendo-se apenas utilizar vestes compressivas.

Foram operados 8 casos sem complicações maiores, exceto o posicionamento e a qualidade das cicatrizes, situação comum em pacientes pós-cirurgia bariátrica e grandes perdas ponderais¹⁻³. As cicatrizes das nádegas, as laterais e das virilhas sofrem constante tração para baixo devido ao peso dos tecidos, à força da gravidade e também pela ressecção de pele. As suturas com fios inabsorvíveis fortes, subcutâneas e subdérmicas, de acordo com a experiência dos autores, ajudam na qualidade final das cicatrizes, mas é interessante prever com o paciente a possibilidade de retoque das mesmas.

É possível e conveniente realizar a cirurgia com dois cirurgiões e dois auxiliares, operando uma equipe de cada lado, ao mesmo tempo, para reduzir o tempo operatório à metade, também de acordo com a experiência dos autores.

REFERÊNCIAS

1. Sozer SO, Agullo FJ, Wolf C. Autoprosthesis buttock augmentation during lower body lift. *Aesthetic Plast Surg.* 2005;29(3):133-40.
2. Baroudi R, Carvalho CGS. Lifting of the inner third of the thighs. An analysis of immediate and mediate results. *Cir Plast Iber Lat Am.* 1981;7:275.
3. Morales Gracia HJ. Circular lipectomy with lateral thigh-buttock lift. *Aesthetic Plast Surg.* 2003;27(1):50-7.
4. Navarro RJ, Fajardo M, Mariscal R, Pérez R. Levantamiento de glúteos con hamaca subdérmica. *Cir Plást.* 2002;12(2):80-4.
5. Pascal JF, Le Louarn C. Remodeling bodylift with high lateral tension. *Aesthetic Plast Surg.* 2002;26(3):223-30.
6. Testut L, Jacobs O. Tratado de anatomia topográfica. Barcelona:Salvat Editores;1952.
7. Koshima I, Moriguchi T, Soeda S, Kawata S, Ohta S, Ikeda A. The gluteal perforator-based flap for repair of sacral pressure sores. *Plast Reconstr Surg.* 1993;91(4):678-83.

Correspondência para:

Antonio Roberto Bozola
Avenida Jose Munia, 7075 – São José do Rio Preto – SP – CEP: 15085-350
Email-bozola@bozola.com.br