

Braquioplastias após grandes perdas ponderais

LUCIANA BORSOI MORAES, MIGUEL LUIS MODOLIN, WILSON CINTRA JUNIOR, MAIRA MARQUES, MARCUS CASTRO FERREIRA

Introdução

Uma das deformidades que acompanham as dismorfias consequentes a grandes perdas ponderais é a alteração do contorno braquial à custa de ptose da pele, formando uma dobra que pode estender-se para a parede lateral do tórax após cruzar a axila.

Objetivo

Apresentar a experiência adquirida no tratamento das deformidades braquiais enquadradas no estágio 4 e naquelas que se prolongam para a axila e tórax, bem como avaliar a satisfação das pacientes após este procedimento.

Material e Métodos

Foram tratadas 18 pacientes não fumantes, todas do sexo feminino, com idades entre 23 e 66 anos (média etária 49,2 anos); com IMC de 21,1 a 43,7 kg/m² (IMC médio 28,3 kg/m²) mantido pelo menos durante 12 meses após a gastroplastia e que equivale a uma perda de peso entre 52 e 151 kg (média de 77,6 kg). Todas as pacientes foram enquadradas no estágio 4 da classificação de Khatib, sendo que, em 9 pacientes, a deformidade não ultrapassava a axila e, nas demais, prolongava-se para parede lateral do tórax após cruzar axila. Procedeu-se à retirada de um fusão contendo todo excesso dermocutâneo até a fáscia superficialis exclusivamente. Tal fusão é demarcado, medialmente, com a paciente sentada, 1 a 2 cm acima e paralelo ao sulco braquial; com manobra de pinçamento e sem trações exageradas, estando o braço em abdução de 90° e o cotovelo com 80° de flexão, marca-se a linha posterior. Ambas estendem-se desde o epicôndilo do úmero até a margem anterior da zona pilosa da axila, onde se delimita um fusão transversal, entre as linhas axilares anterior e posterior, contendo o excesso dermocutâneo local. Excisa-se sobre as linhas demarcadas, cujo aspecto é semelhante a uma cauda de peixe voltada para a axila, retirando-se o excesso dermocutâneo, porém, sem incluir a fáscia superficialis



Figura 1 – Esquema e ilustração da demarcação das incisões no braço e cavo axilar, semelhantes à cauda de peixe.



Figura 3 – Esquema e ilustração da plástica em Z no cavo axilar.



Figura 2 – Esquema e ilustração da demarcação do fusão desde o braço até a parede lateral do tórax.

da axila. Nas pacientes, cuja deformidade estende-se para a parede lateral do tórax, prolonga-se o fusão para esta região, contendo todo excedente. Na axila, a linha de sutura é decomposta por uma plástica em Z. Após a excisão dos excessos dermocutâneos demarcados, sutura-se a fáscia superficialis do braço à fáscia axilar, de forma a fazer uma suspensão de toda a região posterior do braço, à custa de pontos separados de poliamida 4.0. Os demais planos, o subdérmico com pontos separados, e o intradérmico com sutura contínua com fios absorventes de poliglicaprone 4 e 5.0, respectivamente. O curativo é com fitas adesivas microporosas esterilizadas trançadas como uma treliça sobre a cicatriz operatória protegida por gaze untada em pomada bactericida. Todas as cirurgias foram executadas sob anestesia geral e procedeu-se à antibioticoterapia profilática. Foram realizadas entrevistas nas pacientes com 3 meses a 11 anos de pós-operatório, com um período médio de 31,7 meses, procurando-se avaliar qualitativamente os seguintes itens: melhora da movimentação, sensação de leveza, agilidade para exercícios, facilidade para vestir-se, aparência estética, melhora do contorno corporal, qualidade da cicatriz, alteração de sensibilidade e simetria.

Resultados

As figuras ilustram aspectos do pré e pós-operatórios, respectivamente, das ressecções braquial e braquial que se estendem até o tórax.

Conclusão

Os graus de satisfação foram considerados bons ou muito bons pela maioria das pacientes. Todavia, para uma das pacientes, o resultado final não atendeu às expectativas por alguma sobra dermocutânea, que comprometeu o resultado estético. A bibliografia atinente tem dados muito semelhantes, embora com menção a complicações, como abscessos, deiscências cicatriciais e edema, que não foram observadas na presente casuística, exceto seroma e parestesia, como foram mencionados anteriormente. A execução da plástica em Z na axila pode ser questionada com alegação de se transpor pele glabra para a pilosa e vice versa. Ora, a plástica em Z é efetuada no meio do cavo axilar após ressecção de considerável quantidade de pele contendo pelos, de modo que esta transposição é minimamente perceptível, sobretudo em mulheres como nos casos compulsados, que mantêm o hábito da depilação. Sua execução melhora a qualidade de vida, porquanto proporciona movimentação mais ampla dos membros superiores; permite higiene mais efetiva, evitando, assim, infecções recorrentes, principalmente nas axilas. Sob aspecto estético, a permuta da redução dos volumes braquiais por uma cicatriz longa é compensadora, visto que permite o uso de vestimentas com mangas curtas, que antes constringiam as pacientes, dada as deformidades dos braços.