

Tratamento da hérnia do implante em gluteoplastias

FERNANDO SERRA, JUAN VISSER CEDROLA, DANIEL FABIANO FERREIRA, GABRIEL DUARTE SANTOS BASÍLIO DE SOUZA, JOSE HORÁCIO COSTA ABOUDIB JUNIOR, CLAUDIO CARDOSO DE CASTRO

Introdução

A gluteoplastia de aumento com implantes torna-se mais frequente a cada ano no Brasil. A técnica intramuscular, assim como o desenvolvimento de novos implantes, proporcionou grande melhoria nos resultados, com baixos índices de complicações. As principais são seroma e deiscência, que em sua maioria não alteram o resultado estético. Tal fato não ocorre com a hérnia do implante e seu mal posicionamento, que geram resultados ruins, necessitando frequentemente de reoperação. Esta complicação acomete 3 a 5% dos pacientes operados, segundo as principais séries, e representa um desafio ao cirurgião assistente, que deve decidir entre o tratamento em dois tempos operatórios, deixando a paciente sem implantes durante quatro a seis meses ou tratamento em tempo único, sob o risco de recidiva com poucas chances de uma nova correção.

Objetivo

Dividir nossa experiência no tema e propor uma sistemática de avaliação dos pacientes acometidos de hérnia ou mal posicionamento do implante, para que possamos oferecer um tratamento planejado, seguro e com bons resultados.

Material e Métodos

Para avaliação de assimetrias, hérnias ou mal posicionamento dos implantes utilizamos tomografia computadorizada ou ressonância nuclear magnética. Nos pacientes que foram previamente submetidos a gluteoplastia com técnicas diferentes da intramuscular, propomos a troca do implante para o plano

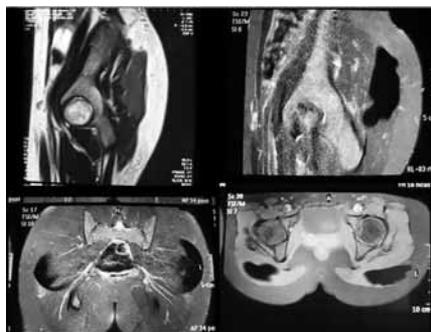


Figura 1

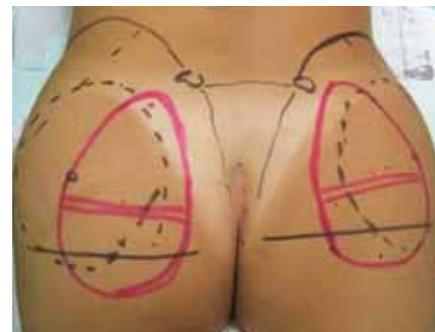


Figura 2

intramuscular. Pacientes com hérnia do implante secundariamente à técnica intramuscular são avaliados quanto a espessura do músculo glúteo máximo remanescente. Caso este músculo tenha 2,5 cm ou mais de espessura, é possível a dissecação de nova loja intramuscular profundamente à capsula para introdução do novo implante no mesmo tempo cirúrgico. Naqueles casos aonde o músculo glúteo máximo abaixo do implante encontra-se demasiadamente delgado (<2,5cm), é mais seguro retirar o implante e aguardar 4 a 6 meses para nova operação com a via intramuscular. Finalmente, em pacientes que apresentem a musculatura gravemente afetada pela cirurgia prévia, aonde não é possível a utilização da via intramuscular, utilizamos a técnica submuscular, espeitando o nível do cóccix com limite inferior do implante por corresponder a emergência do nervo ciático.

Resultados

Com esta metodologia, conseguimos oferecer tratamento em tempo único para a maior parte dos pacientes com segurança e sem recidiva da hérnia. Todas

as pacientes operadas em tempo único seguindo os critérios acima evoluíram bem e foram submetidas a tomografia de controle. As pacientes com alto risco de recidiva mostraram-se insatisfeitas com a decisão da retirada do implante, desistindo da segunda cirurgia em 50% dos casos. A hérnia do implante glúteo, quando presente, tende a piorar com o tempo, pois como a loja intramuscular possui maior pressão que o tecido celular subcutâneo, é natural que o implante ganhe progressivamente este espaço. Uma vez no subcutâneo, as bordas do implante tornam-se visíveis e palpáveis, além da tendência de ptose por falta de sustentabilidade. Não existe consenso ou critérios objetivos para avaliação e tratamento desta complicação.

Conclusão

Propomos uma avaliação objetiva do paciente com hérnia do implante glúteo e planejamento cirúrgico baseados em critérios definidos por exames de imagem (TC ou RNM). Acreditamos que este algoritmo minimiza o risco de recidiva da complicação e permite tratamento em tempo único, sempre que possível.