

SISTEMÁTICA CIRÚRGICA EM PACIENTES EX-OBESOS

Surgical procedures in massive weight loss patients

ROBERTO KALUF¹, FERNANDO DE NÁPOLE AZEVEDO², LARISSA OLIVEIRA RODRIGUES²

RESUMO

A obesidade representa uma doença crônica. A perda de peso pós-cirurgia bariátrica varia de 40 a 60% do peso inicial, trazendo deformidades aos ex-obesos. Os autores apresentam, neste estudo, uma análise de 165 procedimentos cirúrgicos, realizados no Serviço de Cirurgia Plástica do Hospital Geral de Goiânia. Objetivou-se avaliar os resultados obtidos com as técnicas cirúrgicas adotadas, suas complicações e o perfil psicológico dos pacientes após as cirurgias plásticas. Conclui-se que a sistematização e classificação dos diversos tipos de deformidades norteiam o cirurgião na escolha da técnica cirúrgica a ser implementada. As complicações nos pacientes ex-obesos são maiores do que nas habituais. O alto grau de satisfação pessoal e a reintegração social são evidentes após as cirurgias plásticas.

Descritores: Obesidade mórbida. Perda de peso. Cirurgia plástica. Procedimentos cirúrgicos reconstrutivos.

SUMMARY

The obesity represents a chronic illness. The loss of weight after bariatric surgery varies from 40 to 60% of the initial weight, bringing deformities to the post-bariatric patients. The authors present, in this study, an analysis of 165 surgical procedures had been carried through at Service of Plastic Surgery of the General Hospital of Goiânia. They intended to evaluate the results gotten with the adopted surgical techniques, their complications and the psychological profile of the patients after the plastic surgeries. One concludes that the systematization and classification of the diverse types of deformities guide the surgeon in the choice of the surgical technique to be implemented. The complications in the post-bariatric patients are greater than in the habitual ones. The high degree of personal satisfaction and the social reintegration are evident after the plastic surgeries.

Descriptors: Obesity, morbid. Weight loss. Surgery, plastic. Reconstructive surgical procedures.

1. Membro Titular da Sociedade Brasileira de Cirurgia Plástica, Chefe e Regente do Serviço de Cirurgia Plástica do Hospital Geral de Goiânia.

2. Membro Aspirante da Sociedade Brasileira de Cirurgia Plástica, Residente do Serviço de Cirurgia Plástica do Hospital Geral de Goiânia.

Correspondência para: Roberto Kaluf

Rua 22, 396 – Setor Oeste – Goiânia – GO – CEP: 74120-130 – Tel: (62) 3214-1655 – E-mail: kalufr@bol.com.br

INTRODUÇÃO

A obesidade mórbida é uma doença endêmica de incidência mundial. Cerca de meio milhão de brasileiros são obesos graves¹. A gastroplastia veio proporcionar uma melhor qualidade de vida e redução importante dos fatores de risco. Sabe-se que a perda de peso pós-cirurgia bariátrica varia de 40 a 60% do peso inicial e que, a cada 10% de perda de peso, observa-se redução de 30% das co-morbidades do paciente obeso mórbido². A maior parte dos pacientes busca os cirurgiões plásticos após atingir o peso esperado.

MÉTODO

Foi realizado um estudo retrospectivo, que inclui 102 pacientes com grande perda ponderal, por dieta ou cirurgia bariátrica, totalizando 165 procedimentos cirúrgicos, no período de abril de 2000 a abril de 2006. Todos eles do Serviço de Cirurgia Plástica do Hospital Geral de Goiânia, sendo aprovado por seu Comitê de Ética. Incluíram-se os pacientes cujo índice de massa corpórea (I.M.C.) era de 30 a 35 kg/m², com estabilização ponderal por, no mínimo, seis meses e com liberação pelos Serviços de Nutrição, Psicologia, Cardiologia e Anestesiologia. Pacientes com I.M.C. acima de 35 kg/m², com comprometimento da deambulação ou com dermatites recorrentes, também foram incluídos. Excluíram-se aqueles com diabetes mellitus e hipertensão arterial sistêmica descontrolados ou sem liberação cardiológica.

A avaliação laboratorial e radiológica incluiu os seguintes exames: hemograma, coagulograma, eletrólitos, proteinograma, ferro, ferritina, glicemia de jejum, B-HCG, urina, radiografia de tórax, eletrocardiograma, risco cirúrgico e ultra-sonografia de abdome.

Os procedimentos cirúrgicos foram realizados, preferencialmente, nesta ordem: abdominoplastia, mamoplastia, flanco-plastia, braquioplastia, cruroplastia, torsoplastia e ritidoplastia.

A profilaxia antitrombótica foi realizada segundo os critérios preconizados pela Sociedade Brasileira de Angiologia e Cirurgia Vascular³.

Objetivou-se avaliar os resultados obtidos com as técnicas cirúrgicas adotadas, as complicações encontradas e o perfil psicológico dos pacientes após as cirurgias plásticas.

Técnica Cirúrgica Abdominoplastia

Realizaram-se, basicamente, duas técnicas: a paniclectomia higiênica e a abdominoplastia clássica; aquela para os pacientes com I.M.C. acima de 35kg/m² e esta para os com I.M.C. de 30 a 35kg/m².

A paniclectomia higiênica consiste na retirada do excesso de panículo adiposo com finalidade puramente funcional⁴. Fez-se a incisão arqueada suprapúbica a 6cm da rima vulvar, descolamento do retalho abdominal até o nível do umbigo,

ressecção parcelada do retalho, drenagem a vácuo e síntese da parede em três planos distintos.

Na abdominoplastia clássica, realizou-se a marcação do abdome conforme Callia⁵. O descolamento infra-umbilical foi médio-lateral, o supra-umbilical, em forma de túnel, com largura máxima de 6cm. Evitou-se a plicatura do músculo reto-abdominal em pacientes acima de 50 anos e naqueles com disfunção respiratória restritiva. Pontos de Baroudi foram confeccionados rotineiramente e a onfaloplastia foi em "Y"⁶. Não foi realizada lipoaspiração neste ato cirúrgico (Figura 1).

Mamoplastia

Na avaliação prévia, foi feita a opção entre o uso de prótese de silicone e/ou confecção de retalhos dermo-gordurosos para preenchimento e modelagem mamária.

A utilização da prótese de silicone é mandatária quando o retalho dermo-gorduroso for insuficiente para o preenchimento volumétrico das mamas. A marcação foi a de Arié-Pitanguy e as próteses foram alocadas, integralmente, no plano subglandular.

Nos casos em que foi utilizado o retalho dermo-gorduroso, utilizou-se a clássica marcação de Pitanguy, confecção e fixação de retalho tipo I de Liacyr Ribeiro^{7,8}, medindo 5 a 6cm de base, 10 a 12cm de altura e 3 a 4cm de espessura.

Braquioplastia

A marcação das áreas de ressecção foi linear e confeccionada por meio da pega bidigital⁷, tendo sido realizada com paciente em pé e com o membro em extensão (Figura 2). Seguiu-se o princípio do deslizamento do retalho lipoaspirado, preconizado por Juarez Avelar⁹. Após a lipoaspiração e o deslizamento do retalho, fez-se sua ressecção parcelada e a compensação do excedente de pele para a região axilar.

A classificação apresentada na Tabela 1 foi utilizada no planejamento da estratégia cirúrgica a ser adotada. No pacientes com redundância grau II, a cicatriz resultante

Figura 1 – Técnica Cirúrgica de Abdominoplastia.



Tabela 1 – Classificação e Conduta em Braquioplastia.		
Grau	Classificação	Tratamento
I	Excesso de gordura sem excesso de pele	Apenas lipoaspiração
II	Excesso de gordura com moderado excesso de pele	Lipoaspiração + ressecção de pele (cicatriz reduzida à axila)
III	Excesso de gordura com grande excesso de pele	Lipoaspiração + ressecção de pele
IV	Apenas redundância de pele	Ressecção de pele sem lipoaspiração

Figura 2 – Marcação de Braquioplastia.



Figura 3 – Técnica Cirúrgica de Braquioplastia.



limitou-se à região axilar, com formato em "T" ou em "L" (Figura 3). Nos graus III e IV, a cicatriz resultante foi longitudinal e estendeu-se do cotovelo à axila, ao nível do sulco braquial interno (Figuras 4 a 7).

Cruroplastia

No *lifting* de membros inferiores, destacou-se que a marcação da área de incisão devesse ser realizada com o paciente em pé. Utilizou-se a técnica das mãos espalmadas para determinar a área a ser ressecada¹⁰.

Obedeceu-se à classificação apresentada na Tabela 2 para orientação da técnica cirúrgica a ser adotada. Nos pacientes grau I, procedeu-se à desepitelização da área a ser ressecada, hemostasia e síntese. Nos pacientes graus II e III, fizeram-se o descolamento e a ressecção do retalho dermogorduroso. Procedeu-se à fixação da fásia areolar ao ligamento de Cooles e à síntese dos demais planos. A cicatriz resultante limitou-se à prega inguinal nos graus I e II, e toda extensão, da coxa ao joelho, no grau III (Figura 8).

Flancoplastia

A incisão foi marcada conforme descrito por Baroudi¹¹. Inicia-se anteriormente, a partir da crista ilíaca, e dirige-se à região posterior, paralelamente à borda ilíaca, podendo estender-se até a linha média sacro-vertebral (Figura 9). O retalho a ser ressecado foi mensurado por meio do pinçamento bi-digital.

Após a incisão, o retalho foi descolado e ressecado o seu excedente, com posterior sutura por planos (Figura 10).

Em todos os procedimentos cirúrgicos realizados, utilizou-se a drenagem a vácuo, sendo retirado apenas quando seu débito estivesse abaixo de 50mL/dia. A síntese foi feita em três planos: o fascial com fio 3.0, inabsorvível, monofilamentar, e o subdérmico e intradérmico com absorvível 4.0, monofilamentar. A antibioticoterapia foi feita por sete dias. As cintas elásticas e a microporagem foram mantidas por três meses. As cirurgias foram realizadas em, no mínimo, um ano após a cirurgia bariátrica, com um intervalo entre ela de, no mínimo, seis meses. Não foram realizadas cirurgias associadas.

Lifting de face

A face é a região do corpo menos comprometida pela perda ponderal excessiva¹⁰. A técnica utilizada é variável e não se distingue das ritidoplastias convencionais. O tratamento das bandas platísmas é quase sempre necessário no ex-obeso.

RESULTADOS

Cento e dois pacientes foram submetidos às cirurgias plásticas propostas. Destes, 81 eram do sexo feminino e 21 do sexo masculino. Sua idade média foi de 44 anos, variando de 15 a 70.

Figura 4 - Grau I - Excesso de Gordura sem Excesso de Pele.



Figura 5 - Grau II - Excesso de Gordura com Moderado Excesso de Pele.



Figura 6 - Grau III - Excesso de Gordura com Grande Excesso de Pele.



Figura 7 - Grau IV - Apenas Redundância de Pele.



Tabela 2 - Classificação e Conduta em Cruroplastia.

Grau	Classificação	Tratamento
I	Excedente de pele sem gordura	Ressecção do excedente de pele com cicatriz em prega inguinal
II	Excedente de pele + gordura até 1/3 próximo a coxa	Descolamento + ressecção de pele e cicatriz em prega inguinal
III	Membros com lipodistrofia em toda extensão	Dermolipectomia de coxa

O emagrecimento foi obtido às custas de gastroplastia a Fobbi-Capella em 80 pacientes (78,1% dos pacientes) e por meio de orientação dietética em 22 pacientes (21,8% dos pacientes).

A anestesia geral endovenosa foi realizada em 90 pacientes (88% dos pacientes) e, nos demais, a anestesia peri-dural contínua.

A avaliação subjetiva do perfil psicológico dos pacientes revelou um aumento de 55% da freqüência semanal de sua atividade sexual. Observou-se uma melhora de 55% no seu convívio social. A melhora na qualidade de vida foi relatada por 100% dos pacientes. O distúrbio de humor (ansiedade, depressão, compulsão e outros) caiu de 80% para 42%.

Figura 8 – Técnica Cirúrgica de Cruroplastia.



Figura 9 – Marcação de Flancoplastia.

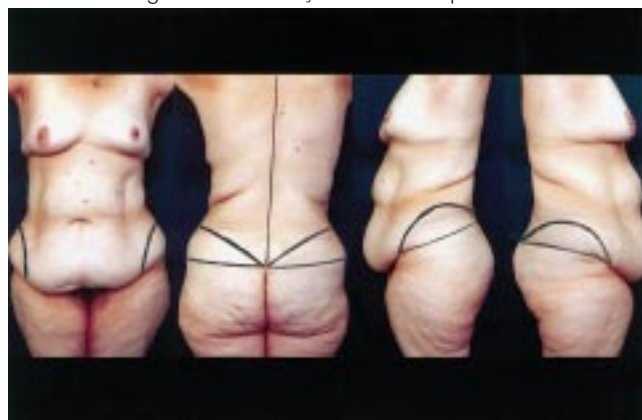


Figura 10 – Técnica Cirúrgica de Flancoplastia.



DISCUSSÃO

A realização de dermolipectomia abdominal clássica, com incisão horizontal, permitiu bom posicionamento da cicatriz abdominal e manteve a naturalidade conformacional do ex-obeso (Figura 11). A vaidade dos pacientes e sua exigência em relação à inexistência de cicatrizes abdominal vertical ou combinadas^{1,10}, notadamente naqueles que emagreceram por dieta, estimulou a manter a

conduta de realizar a abdominoplastia clássica à Callia. As cirurgias complementares, tais como flancoplastia e lipoaspiração, são primordiais para o melhor contorno corporal.

A mamoplastia com retalho de pedículo inferior tipo I permitiu a manutenção da harmonia da mama a curto e longo prazo, ratificando, assim, o previsto por seus idealizadores^{7,8} (Figuras 11 e 12).

Resultados imediatos e tardios satisfatórios foram conseguidos com a técnica de flancoplastia.

O resultado imediato da cruroplastia foi surpreendente (Figura 13). Contudo, em longo prazo, observou-se um posicionamento inadequado da cicatriz inguinal, apesar do cuidado de se fixar a fáscia superficial ao ligamento de Colles. Evitou-se a realização de lipoaspiração dos membros inferiores devido ao risco de linfedema persistente¹².

A técnica de braquioplastia permitiu a obtenção de resultados naturais (Figura 14). O excesso de tecido dermogorduroso na porção lateral da mama é corrigido durante a mamoplastia ou a torsoplastia com incisão torácica transversa, acompanhando as pregas que se formam no paciente obeso. Conforme preconizado por Baroudi¹³, evitou-se o posicionamento da cicatriz acima do sulco braquial interno ou 2cm abaixo dele, o que levaria à cicatriz visível na face posterior do braço.

A casuística mostra que os maiores índices de complicações estão relacionados à deiscência de sutura, apesar de realizar a síntese em três planos distintos. A extensão e localização das cicatrizes favorecem os descuidos com a higienização local, prejudicando a cicatrização.

A presença de seroma em oito casos (4,8% dos operados) foi condizente com a incidência de até 10% apontada pela literatura¹⁴. Foram tratados com punção abdominal a cada dois dias. Dois pacientes eram diabéticos. Evoluíram com formação de abscesso, drenado cirurgicamente.

O volume de serosidade drenada chegou a 1000mL/punção, em alguns casos, por um período de uma semana. Daí a importância de se realizar os pontos de Baroudi com rigor, repouso relativo no pós-operatório precoce, uso ponderado do bisturi eletrônico, uso rigoroso das cintas elásticas e descolamento restrito do retalho abdominal.

Apenas um caso de seroma foi refratário ao tratamento por punções repetidas. Necessitou-se realizar escarificação cirúrgica da porção adiposa do retalho abdominal e do assoalho da parede. Dois casos de hematoma foram tratados mediante drenagem cirúrgica. Os outros dois, tardios, foram tratados clinicamente.

Três pacientes foram submetidos a reparo ambulatorial de cicatrizes inestéticas.

A avaliação subjetiva do grau de satisfação dos pacientes demonstrou alto índice de satisfação pessoal dos pacientes e sua maior reintegração à sociedade¹⁵.

Figura 11 - Resultado de Mamoplastia Redutora com Mastopexia e Dermolipectomia Clássica.



Figura 12 – Resultado de Inclusão de Prótese de Silicône.

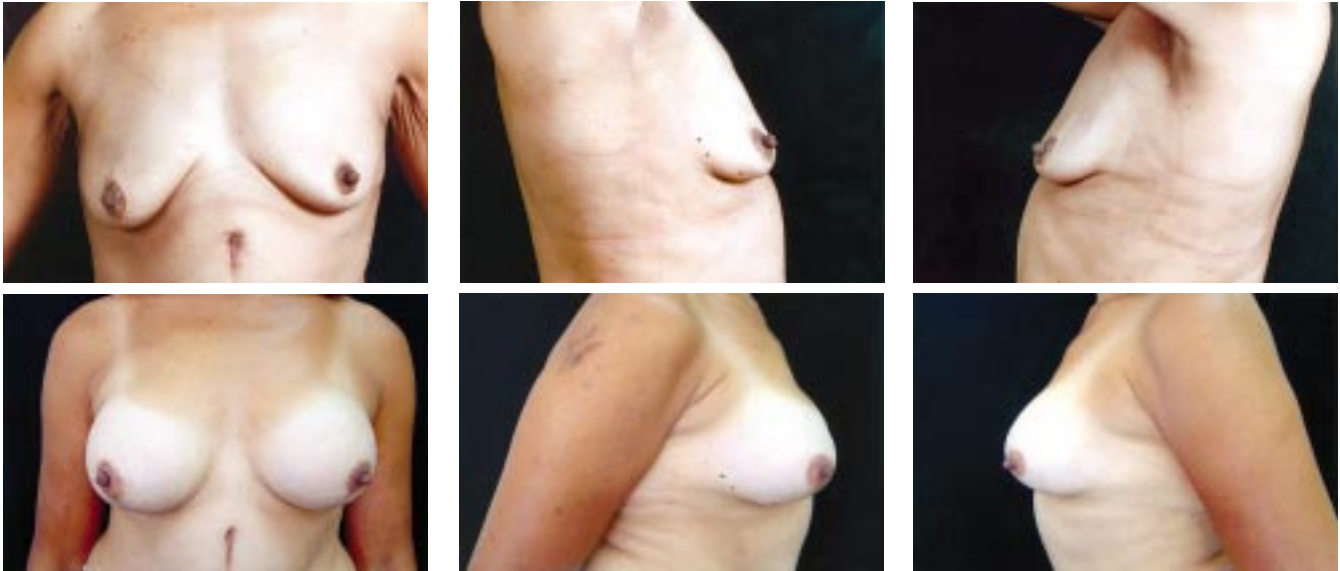


Figura 13 – Resultado de Braquioplastia.

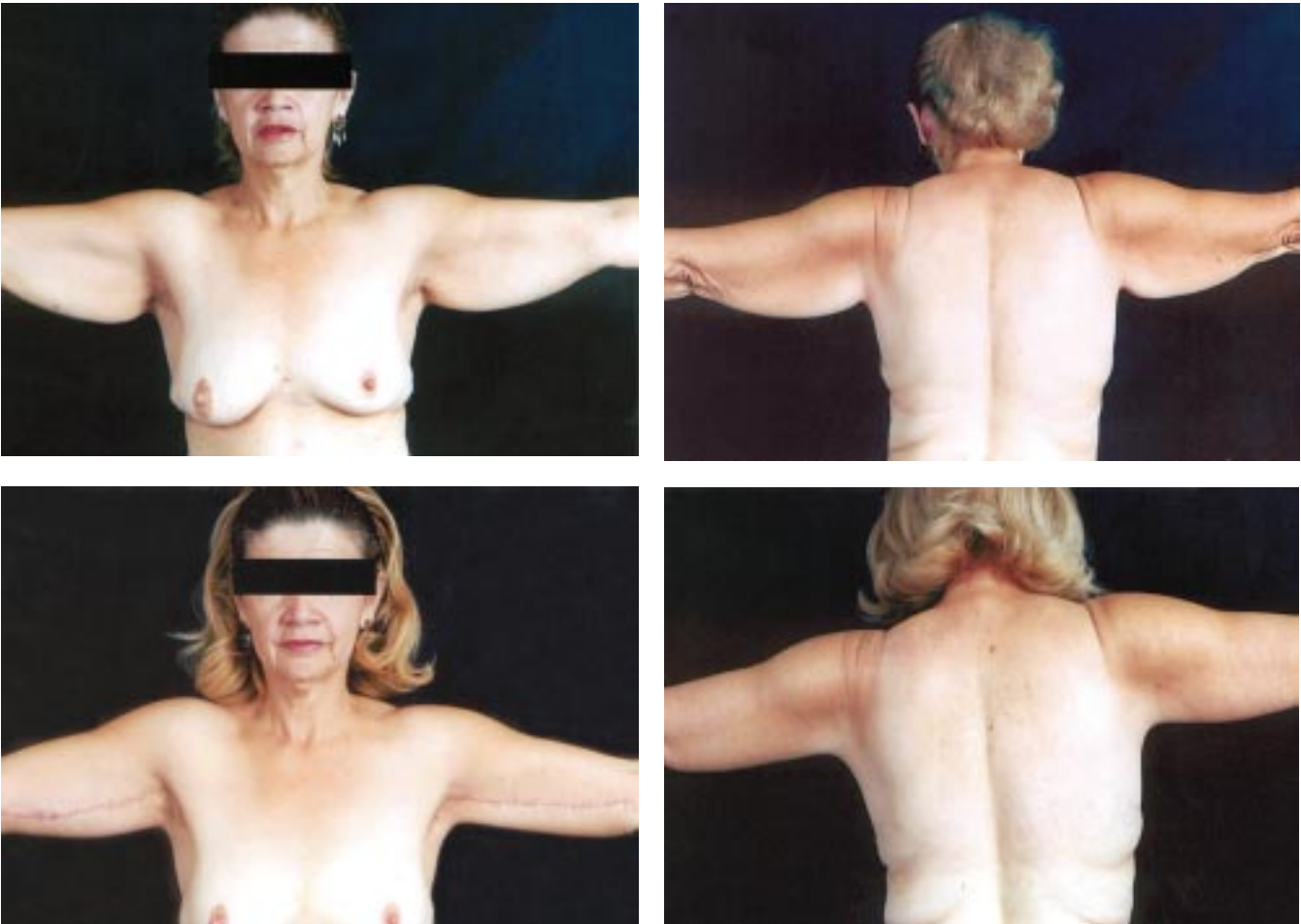
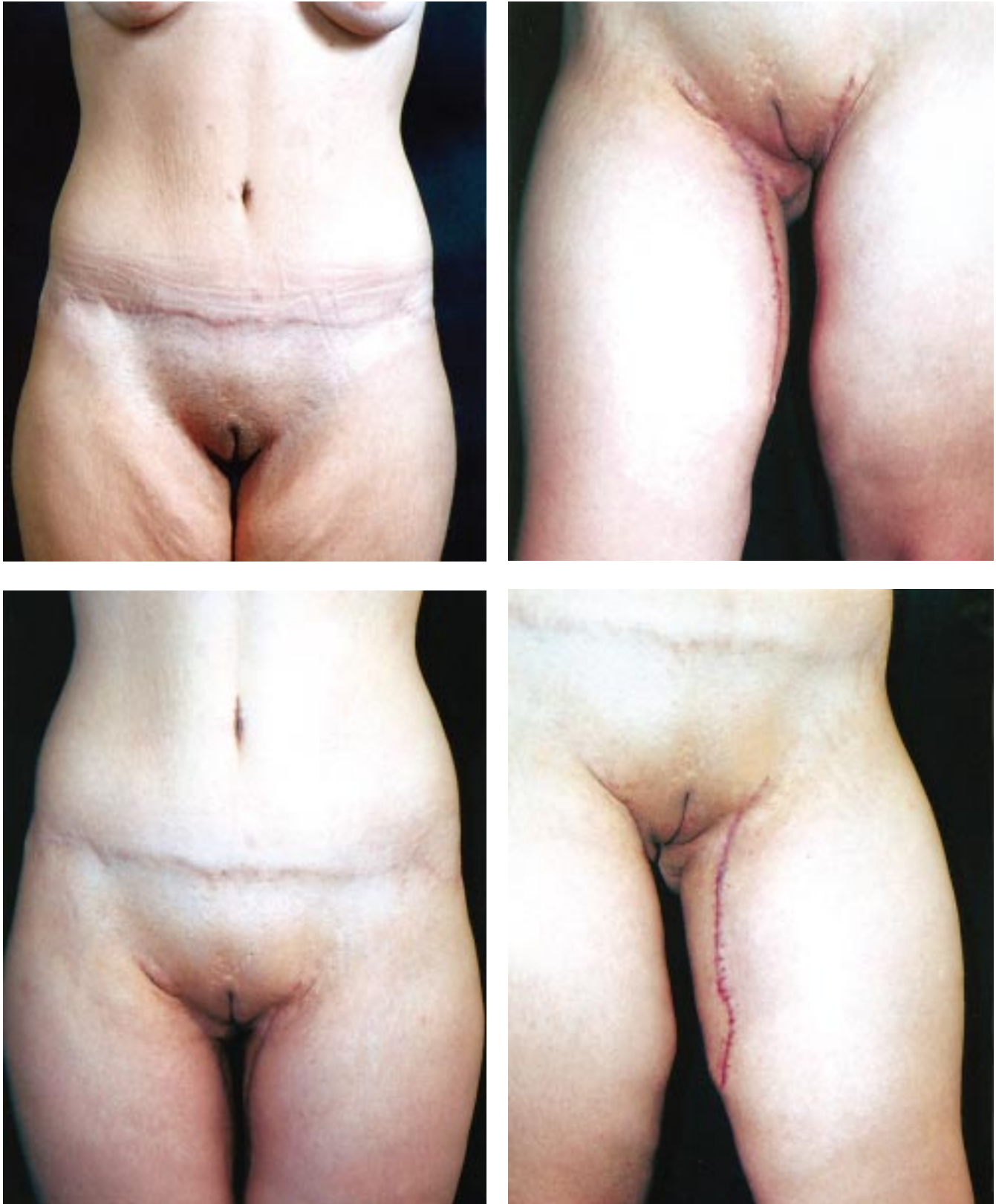


Figura 14 - Resultado de Cruroplastia.



CONCLUSÃO

A sistematização e classificação dos diversos tipos de deformidades nos pacientes ex-obesos auxiliam e norteiam o cirurgião na formatação da estratégia cirúrgica a ser implementada.

O sucesso dos resultados depende de técnica cirúrgica apurada, com descolamentos parcimoniosos e hemostasia rigorosa.

As complicações nos pacientes ex-obesos são maiores do que nas operações habituais.

A avaliação subjetiva dos pacientes demonstrou alto grau de satisfação pós-cirurgia plástica e sua favorável reinserção social.

REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS

1. Viola JC. Abdominoplastia pós-obesidade mórbida. In: Stocchero IN, Tournieux AA, eds. SBCP, regional SP - Atualização em Cirurgia Plástica Estética e Reconstructiva. São Paulo: Santa Isabel; 2006. p.509-12.
2. Ferreira VA, Magalhães R. Obesidade e pobreza: o aparente paradoxo. Um estudo com mulheres da favela da Rocinha, Rio de Janeiro, Brasil. *Cad Saúde Pública*. 2005;21(6):1792-800.
3. Maffei FHA, Caiafa JS, Ramacciotti E, Castro AA para o Grupo de Elaboração de Normas de Orientação Clínica em Trombose Venosa Profunda da SBACV. Normas de orientação clínica para prevenção, diagnóstico e tratamento da trombose venosa profunda (revisão 2005). Salvador: SBACV; 2005. Disponível em: URL: <http://www.sbacv-nac.org.br>
4. Kenkel JM. Body contouring surgery after massive weight loss. *Plast Reconstr Surg*. 2006;117(1 Suppl):3S-4S.
5. Sinder R. Abdominoplastia. In: Carreirão S, Cardim V, Goldenberg D, eds. Cirurgia Plástica – Sociedade Brasileira de Cirurgia Plástica. São Paulo: Atheneu; 2005.
6. Franco T, Silva CSC, Boghossian LC. Abdominoplastia estética. In: Franco T, ed. *Princípios em Cirurgia Plástica*. São Paulo: Atheneu; 2002. p.721-51.
7. Ribeiro L. Cirurgia Plástica da Mama. Rio de Janeiro: Medsi; 1989.
8. Ribeiro L, Pessoa MCM, Júnior AA, Buss A. Redução mamária – técnica com retalho de pedículo inferior. In: Mélega JM, Baroudi R, eds. *Cirurgia Plástica: Fundamento e Arte – Cirurgia Estética*. São Paulo: Medsi; 2003. p.527-36.
9. Leão C, Tavares LFR, Neto LP, Pinheiro A. Braquioplastia com incisão vertical. In: Stocchero IN, Tournieux AA, eds. SBCP, regional SP - Atualização em Cirurgia Plástica Estética e Reconstructiva. São Paulo: Santa Isabel; 2006. p.477-9.
10. Resende JHC, Nobre DF, Mauro V, Ern AL. Quantas cirurgias plásticas após uma cirurgia bariátrica? In: Stocchero IN, Tournieux AA, eds. SBCP, regional SP - Atualização em Cirurgia Plástica Estética e Reconstructiva. São Paulo: Santa Isabel; 2006. p.653-63.
11. Baroudi R, Ferreira CAA. Flancoplastias e torsoplastias. In: Mélega JM, Baroudi R. *Cirurgia Plástica Fundamento e Arte – Cirurgia Estética*. São Paulo: Medsi; 2003. p.651-86.
12. Filho DH, Haddad APK, Castiglioni M, Anger M, Alonso N. Avaliação infocintilográfica dos membros inferiores pós-lipoaspiração: resultados preliminares. *Rev Soc Bras Cir Plast. Anais*; 2005.
13. Baroudi R, Ferreira CAA. Braquioplastias. In: Mélega JM, Baroudi R, eds. *Cirurgia Plástica Fundamento e Arte – Cirurgia Estética*. São Paulo: Medsi; 2003. p.709-25.
14. Furtado RI, Nogueira HC, Júnior EML. Cirurgia plástica após gastroplastia redutora: planejamento das cirurgias e técnicas. *Rev Soc Bras Cir Plast*. 2004;19(2).
15. Kaluf R, Júnior DF, Nascimento CL. Perfil psicológico dos pacientes submetidos à terapia cirúrgica para obesidade. In: Heck JN, Ribeiro BG, et al., eds. *Estudos vida e saúde – Universidade Católica de Goiás*. Goiânia: Editora da UCG; 2005.