

Braquioplastia: experiência do Serviço de Cirurgia Plástica do HC-UFPE com a utilização da técnica em “L”

ANNE MICHELLE RESENDE LACERDA, GUILHERME TORREÃO, PEDRO PITA, RAFAEL HENRIQUE COUTINHO BARRETO, ANDERSON DA SILVA RAMOS, JOSÉ ROMERO DE ALMEIDA FERREIRA FILHO

Introdução

A braquioplastia é um procedimento muito solicitado pelos pacientes que apresentam perda ponderal significativa, principalmente após cirurgias bariátricas. A deformidade resultante nos braços desses pacientes, conhecida como “asa de morcego”, tem relevância ímpar para os pacientes, porque não podem escondê-la, causa desconforto nas atividades físicas diárias, com o vestuário, além de estar relacionada a dermatites. As técnicas de braquioplastia são diversas, sendo as mais utilizadas as técnicas em “T”, em “L”, em “S” e em “W”, que podem ser posicionadas no sulco braquial (medial) ou posteriormente. O maior problema das braquioplastias está na qualidade das cicatrizes e o quanto elas ficam disfarçadas, devido à sua localização.

Objetivo

Demonstrar a experiência do Serviço de Cirurgia Plástica do Hospital das Clínicas da Universidade Federal de Pernambuco com a técnica em “L” posicionando a cicatriz no sulco braquial.

Método

Durante o período de 2006 a 2011, 12 pacientes foram submetidos a braquioplastia com a técnica em “L”, resultando em cicatriz no sulco braquial. Foram 12 pacientes do sexo feminino, com média de idade de 43 anos e IMC médio de 26,5. Os critérios de inclusão foram: pacientes com peso estável por período mínimo de seis meses e flacidez cutânea com pouco acúmulo gorduroso nos membros superiores. Apresentavam exame físico dos membros superiores sem outras alterações, além da dermocalasia, com IMC < 30. As cirurgias realizadas pelo staff

do serviço, duraram em média cerca de 1 hora e 45 minutos, sendo realizadas sob anestesia geral, peridural e local com sedação. A técnica de braquioplastia empregada foi aquela já descrita na literatura e preconizada por Franco e Rebello. Técnica Cirúrgica: Paciente em posição ortostática, braços abduzidos a 90°, realiza-se a marcação pré-operatória: iniciando-se com a marcação do ponto A (no ângulo anterior da axila) e do ponto B (região medial da fossa antecubital), traça-se uma linha unidos esses dois pontos passando 2 cm superior ao sulco braquial, para que com a tensão da sutura final a cicatriz resultante localize-se nesse sulco. O ponto C localiza-se no pólo inferior da axila. Um ponto D é marcado pelo teste do pinçamento digital, avaliando-se a flacidez de pele que alcança o ponto A. Após infiltração com solução anestésica, a incisão é feita na marcação anterior, com dissecação subcutânea em direção posterior acima da fáscia superficial do tecido subcutâneo do braço. O limite posterior da dissecação é avaliado continuamente, por meio de tração anterior do retalho. Após determinação do fim da dissecação, são realizadas incisões transversas no retalho e são dados pontos para avaliar a tensão da ressecção. O ponto “D” é suturado ao ponto “A” na extremidade ântero-superior da linha axilar anterior. Este primeiro ponto realizado norteia a distribuição para melhor posicionamento das linhas de incisão, culminando com uma cicatriz em “L”, sendo um ramo no sulco braquial e um ramo na axila. Após medida intraoperatória, retira-se o excesso dermogorduroso. A sutura subdérmica é confeccionada com pontos simples de nylon 4.0 e a intradér-

mica poliglecaprone 3.0. Não utilizamos drenos. Ataduras elásticas foram usadas no pós-operatório imediato, por um período mínimo de 15 dias. Todos os pacientes foram orientados quanto à deambulação precoce, no mesmo dia, e receberam alta hospitalar no dia seguinte à cirurgia.

Resultados

Foram operados 24 membros superiores. Ocorreram duas infecções localizadas, uma celulite que se entendeu até antebraço, duas deiscências, sendo uma de 1 cm e outra de 4 cm, de ângulo axilar e uma linfocele, num total de três pacientes, representando 25% das pacientes e 12,5% dos membros operados. As infecções foram tratadas com drenagem local e antibióticos orais, a paciente com celulite necessitou internação e antibióticos endovenosos após falha terapêutica com antibioticoterapia oral. A paciente com linfocele foi tratada com punções seriadas em consultas ambulatoriais semanais. As deiscências foram solucionadas com curativos. Não registramos nenhum caso de linfedema. Todas essas pacientes obtiveram sucesso em suas cirurgias apesar dessas intercorrências. As cicatrizes ficaram bem posicionadas no sulco braquial, na região medial do braço. Ocorreu um caso de alargamento de cicatriz que ainda está em acompanhamento ambulatorial. Não tivemos nenhum caso de retração no pós-operatório.

Conclusão

A técnica em “L”, tem sido eficaz na correção da deformidade braquial resultante da perda de peso, com taxas de complicações aceitáveis e resultados estéticos satisfatórios.