

Apresentando a torsoplastia vertical

Introducing Vertical Torsoplasty

Luiz Henrique Benetti Favali¹ Flavio Henrique Mendes² Luis Fernando Spagnuolo Brunello²
Mauricio Orel¹

¹ Departamento de Cirurgia Plástica, Clínica Privada, São Paulo, SP, Brasil

² Disciplina de Cirurgia Plástica, Faculdade de Medicina de Botucatu, Universidade Estadual Paulista (UNESP), Botucatu, SP, Brasil

Rev Bras Cir Plást 2026;41:s00461822643.

Address for correspondence Flavio Henrique Mendes, Disciplina de Cirurgia Plástica, Faculdade de Medicina de Botucatu, Universidade Estadual Paulista (UNESP), Avenida Professor Mário Rubens Guimarães Montenegro s/n, Botucatu, SP, CEP: 18618-687, Brasil (e-mails: mendesmd@fhmendes.com.br; flaviomendesmd@gmail.com).

Resumo

Introdução A perda ponderal significativa pode causar deformidades no contorno corporal devido à frouxidão da pele e do sistema fascial superficial. A torsoplastia vertical é uma técnica inovadora que visa corrigir a flacidez dorsal sem cicatrizes horizontais ou oblíquas, utilizando ressecção tecidual vertical mediana.

Objetivo Demonstrar a experiência dos autores na correção da flacidez dorsal com a torsoplastia vertical.

Métodos Este estudo retrospectivo analisou prontuários de pacientes submetidos à torsoplastia vertical entre março de 2022 e março de 2024. Incluíram-se pacientes de todas as idades e sexos, com queixas de flacidez dorsal. A técnica envolve ressecção vertical e suspensão tecidual, buscando cicatrizes camufladas pelo sulco mediano posterior.

Resultados Foram analisados 17 pacientes (16 mulheres, 1 homem), com idade média de 37 anos. A maioria apresentava flacidez classificada como Pittsburgh 1 ou 2. O tempo médio de cirurgia foi de 90 minutos, sem complicações maiores. Complicações menores incluíram deiscência cicatricial e seroma, tratadas conservadoramente. A satisfação com os resultados foi alta, com cicatrizes camufladas no sulco mediano posterior que teve preservada sua boa definição anatômica.

Discussão A torsoplastia vertical oferece uma alternativa eficaz para o tratamento da flacidez dorsal, com cicatrizes camufladas e resultados estéticos satisfatórios. A filosofia da tática é comparável à da abdominoplastia em âncora, mas com foco na região dorsal e vetores inversos, de aperto e suspensão.

Conclusão A torsoplastia vertical é um procedimento seguro e eficaz para corrigir a flacidez dorsal leve a moderada, proporcionando bom ajuste corporal e preservando a definição anatômica da região.

Palavras-chave

- ▶ contorno corporal
- ▶ cirurgia plástica
- ▶ tronco
- ▶ redução de peso
- ▶ lipectomia

Abstract

Introduction Significant weight loss can lead to body contour deformities due to skin and superficial fascial system laxity. Vertical torsoplasty is an innovative technique aimed at correcting dorsal loosens without horizontal or oblique scars, using median vertical tissue resection.

recebido
19 de dezembro de 2024
aceito
14 de dezembro de 2025

DOI <https://doi.org/10.1055/s-0046-1822643>.
ISSN 2177-1235.

Editor-chefe: Dov Charles
Goldenberg.

© 2026. The Author(s).

This is an open access article published by Thieme under the terms of the Creative Commons Attribution 4.0 International License, permitting copying and reproduction so long as the original work is given appropriate credit (<https://creativecommons.org/licenses/by/4.0/>)
Thieme Revinter Publicações Ltda., Rua Rego Freitas, 175, loja 1, República, São Paulo, SP, CEP 01220-010, Brazil

Objective To present the authors' experience in correcting dorsal flaccidity using vertical torsioplasty.

Methods This retrospective study analyzed medical records of patients who underwent vertical torsioplasty between March 2022 and March 2024. The study included patients of all ages and genders with complaints of dorsal flaccidity. The technique involves vertical resection and tissue suspension, with scars camouflaged by the posterior median sulcus.

Results The analysis included 17 patients (16 women, 1 man), with a mean age of 37 years. Most presented flaccidity classified as Pittsburgh 1 or 2. The average surgery time was 90 minutes, with no major complications. Minor complications included scar dehiscence and seroma, which were treated conservatively. Patient satisfaction was high, with scars camouflaged in the posterior median sulcus, preserving its good anatomical definition.

Discussion Vertical torsioplasty is an effective alternative for treating dorsal flaccidity, with concealed scars and satisfactory aesthetic results. Although its tactical philosophy is comparable to that of anchor abdominoplasty, it focuses on the dorsal region and employs inverse tightening and suspension vectors.

Conclusion Vertical torsioplasty is a safe and effective procedure for correcting mild to moderate dorsal laxity. It promotes improved body contour while preserving the anatomical definition of the region.

Keywords

- body contouring
- plastic surgery procedures
- torso
- weight loss
- lipectomy

Introdução

Os episódios de médias e grandes perdas ponderais geralmente estabelecem uma cadeia de eventos que resulta em deformidades específicas e generalizadas do contorno corporal, cuja fisiopatologia já é bem definida. O esvaziamento volumétrico do tecido adiposo no espaço subcutâneo expõe uma situação de desequilíbrio pela redundância e frouxidão, tanto da pele como do sistema fascial superficial (SFS), ambos previamente distendidos e adelgaçados pelo ganho ponderal durante a obesidade.

Como consequência, essa rede tridimensional de sustentação torna-se incompetente em sua função precípua de manter o tegumento firme e intimamente aderido às estruturas musculares mais profundas, causando uma grande frouxidão tecidual com mobilidade e deslizamento cutâneo exagerados. Enquanto a queda dos tecidos mais frouxos ocorre pelo efeito gravitacional, as chamadas zonas de aderência profunda do subcutâneo estabelecem uma ancoragem seletiva de restrição, resultando nas deformações características pela formação de sulcos e dobras em áreas específicas, observadas especialmente na posição ortostática.^{1,2}

Considerando a conformação essencialmente cilíndrica do tronco e dos membros, o aspecto de “queda tecidual” mais pronunciado em determinadas áreas ocorre por força de uma menor limitação local das zonas de aderência em comparação a outras mais intensas, denotando diferentes padrões de restrição à mobilidade tegumentar. Assim, as chamadas dermolipectomias horizontais ou mesmo circunferenciais promovem a necessária “suspensão” dos tecidos (*lifting*), enquanto as ressecções verticais ou longitudinais promovem o também fundamental “aperto” tecidual (*tigh-*

tening), como apresentado na ►**Fig. 1**. Essa combinação estratégica entre os efeitos de suspensão e aperto estabelece o conceito de “reajuste corporal”, identificando e contemplando os vetores necessário e indicados para corrigir as deformidades advindas dessa nova biodinâmica dos tecidos submetidos a médias e grandes perdas ponderais.³

Várias táticas têm sido apresentadas na literatura a fim de promover esse reajuste corporal empregando dermolipectomias com diferentes vetores de tracionamento cutâneo, sendo que as cicatrizes resultantes também constituem uma variável importante na busca pelos melhores resultados e maior satisfação dos pacientes.

Mais especificamente no tronco, a necessidade de promover o aperto tecidual tem orientado para a realização de ressecções longitudinais com cicatrizes verticais ou oblíquas em associação às ressecções tradicionais. No corpo inferior, a abdominoplastia com abordagem anterior composta, também conhecida como âncora ou *leur de lis*, tem alcançado grande popularidade em nosso meio. A cirurgia, associada ou não à dermolipectomia circunferencial transversa (*belt lipectomy*), oferece vantagens significativas, promovendo melhor reajuste e definição de cintura. Entretanto, a cicatriz vertical anterior mediana mais aparente.⁴⁻⁸

Com os mesmos objetivos, a região lateral do tronco foi abordada com ressecções longitudinais desde o nível axilar passando pelos flancos com bons resultados de aperto corporal, também a despeito de cicatrizes verticais mais aparentes.⁹⁻¹² Finalmente, para correção das dobras e do excesso tecidual na região posterior, a literatura mostra classicamente a “suspensão” do dorso pela abordagem torácica transversal com cicatriz horizontal posicionada na linha do sutiã (torsioplastia horizontal).¹³⁻¹⁷ Mais recentemente, foi

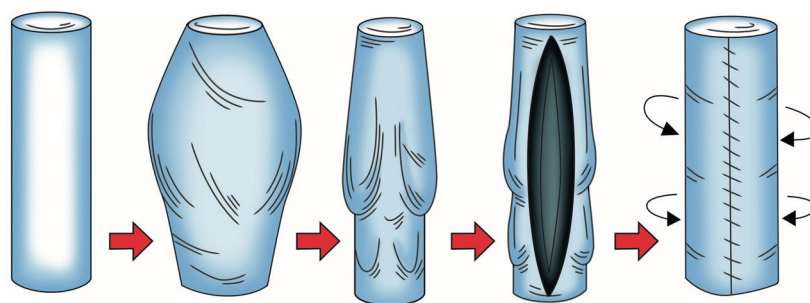


Fig. 1 Esquema ilustrativo da expansão circunferencial do contorno corporal durante o processo de ganho e perda ponderal massiva. Nota-se que o efeito de “queda” dos tecidos ocorre por conta da ação da gravidade e das áreas de aderência localizadas, o que não invalida a necessidade de ressecção longitudinal de tecido para promover o reajuste da cobertura com aperto em torno da estrutura. Com autorização da publicação original: Mendes et al.¹

apresentada uma abordagem oblíqua na altura dos flancos (flancoplastia em J), procurando promover um “aperto” pela ressecção no plano mais longitudinal do tronco.¹⁸

Tendo em vista a solicitação de diversas pacientes que buscavam corrigir as dobras e flacidez posterior mas não desejavam cicatrizes horizontais ou oblíquas na região dorsal, idealizamos uma tática inovadora. Realiza-se a ressecção tecidual posterior através de uma dermolipectomia vertical mediana, com aperto e suspensão dos tecidos pelo avançamento concêntrico dos retalhos laterais no sentido medial e cranial, com uma dermolipectomia horizontal alta complementar para adaptar e distribuir os tecidos recrutados superiormente pela tração no sentido cranial. Este procedimento foi denominado torsoplastia vertical. Resulta em uma cicatriz longitudinal (maior), posicionada na linha mediana posterior e outra cicatriz transversal (menor), na transição entre a região cervical e o tórax posterior. Nosso levantamento bibliográfico prévio nas bases de dados LILACS e PubMed não identificou, até a presente data, qualquer publicação na literatura médica com a referida abordagem.

Objetivo

O objetivo deste trabalho é demonstrar a experiência dos autores na correção da flacidez dorsal utilizando a tática da torsoplastia vertical.

Métodos

Foi realizado um estudo retrospectivo aberto com análise dos prontuários médicos dos pacientes submetidos à torsoplastia vertical pelos autores, durante o período de março de 2022 a março de 2024. De acordo com esse parâmetro observacional, não houve critério de exclusão e todos os

pacientes que apresentavam queixas de dobras e flacidez no dorso foram submetidos ao procedimento e incluídos no levantamento.

Todos os pacientes receberam informações detalhadas acerca das possibilidades e limitações da cirurgia, incluindo a extensão e o posicionamento das cicatrizes, possíveis intercorrências, bem como o tipo de resultados esperados com a referida abordagem. Tudo foi amplamente descrito e documentado formalmente, a partir da assinatura do Termo de Consentimento Livre e Esclarecido. Da mesma forma, os pacientes também autorizaram documentalmente a utilização de suas imagens para fins acadêmicos e científicos. O presente estudo foi submetido à Plataforma Brasil sob o CAAE: 88882225.3.0000.5411. Além disso, foi aprovado pelo Comitê de Ética em Pesquisa da Faculdade de Medicina de Botucatu, Universidade Estadual Paulista (FMB/UNESP).

Marcação pré-operatória

O desenho desta marcação tem a conformação fundamental de um fuso vertical de pele, cujo maior eixo coincide com a linha mediana posterior, mais especificamente o sulco longitudinal posterior, uma área negativa linear que se estende da região cervical até a região sacral. Com o paciente em posição ortostática, inicialmente marcamos a linha mediana posterior e então promovemos o pinçamento digital dos bordos laterais a serem mobilizados em face da ressecção vertical, levando em consideração dois importantes vetores de tração destes tecidos aos seus respectivos pontos de ancoragem na linha mediana:

1. Vetor lateromedial bilateral, no eixo transversal, que desloca medialmente a pele redundante do dorso, desde o tórax lateral em direção à linha mediana posterior, promovendo o “aperto” tecidual.

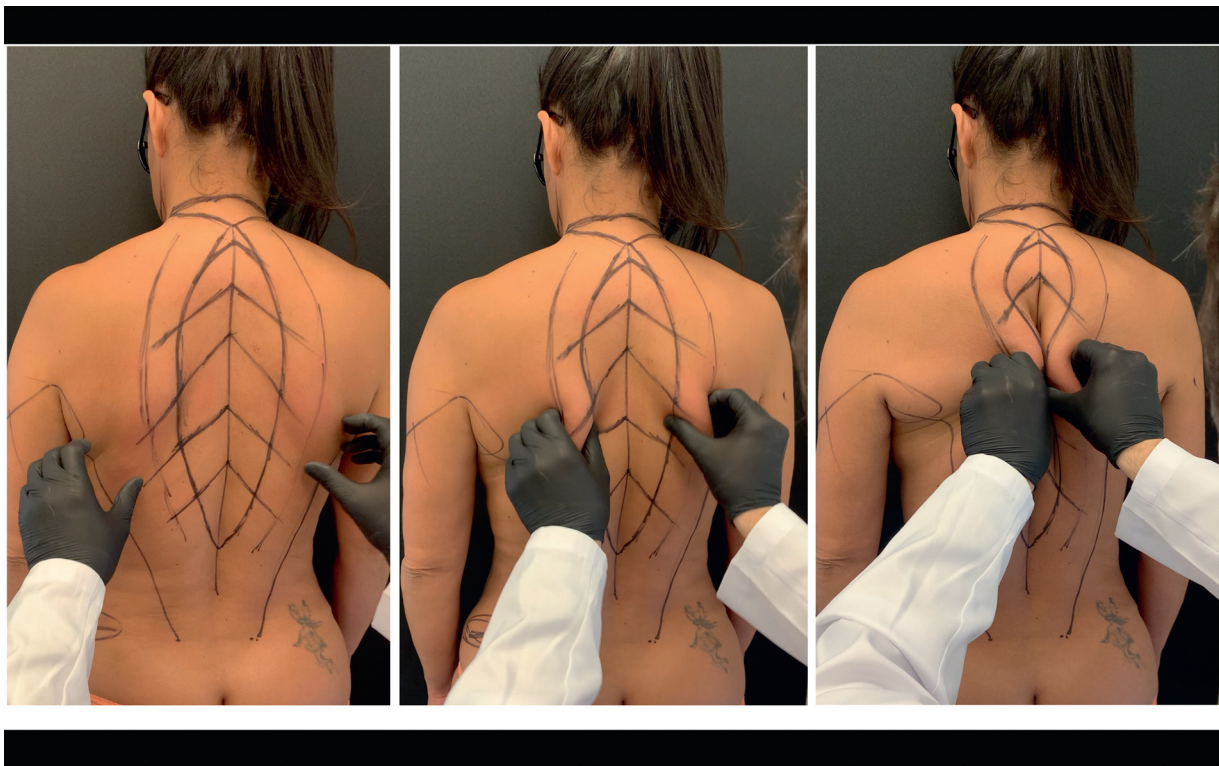


Fig. 2 Sequência da marcação cirúrgica para torsoplastia vertical. (A) Pinçamento bidigital; (B) tracionamento lateromedial para simular a ressecção no plano transversal (aperto); (C) tracionamento superior dos retalhos para simular a ancoragem superior (suspensão).

2. Vetor caudocranial, no eixo longitudinal, que desloca a pele redundante do dorso no sentido superior e contrário à ação da gravidade, promovendo a “suspensão” tecidual.

Essa definição do fuso de ressecção vertical com ambos os vetores de tração deve ser realizada com manobra bidigital, simultânea e simétrica, ponto a ponto, para determinar não apenas o aperto – pela distância lateral dos bordos da ressecção cutânea, a serem aproximados –, mas também a suspensão tecidual pela ancoragem superior na própria linha mediana. A somatória destes vetores determina não apenas a quantidade de tecido a ser ressecado, mas também o vetor resultante de tração das bordas da ferida operatória, as quais serão levadas aos respectivos pontos de ancoragem ao longo da linha mediana (►Fig. 2).

A depender da quantidade de tecido redundante, o tracionamento superior dos bordos da elipse de pele determinará uma sobra tecidual próxima à região cervical posterior, razão pela qual marcamos um triângulo compensatório de ressecção dermogordurosa, de base superior alta, coincidindo com as linhas de Langer, entre o pescoço e o tronco, com seu vértice central coincidindo com a linha mediana, ficando de 2 a 3 cm aquém da extremidade cervical do fuso (►Fig. 3). Esta discontinuidade tem por objetivo evitar a confluência das suturas transversal e longitudinal, como profilaxia de deiscência cicatricial numa eventual junção em “T” da cicatriz final. Já na extremidade lombar do fuso, esta marcação deve terminar aquém da região sacral, evitando invadir esta unidade anatômica.

Técnica cirúrgica

Os pacientes foram submetidos a anestesia geral endovenosa, posicionados em decúbito ventral horizontal com todos os cuidados de proteção postural, além de manta térmica e massagem pneumático dos membros inferiores durante o procedimento anestésico. Após antisepsia com clorexidina alcoólica 1% de toda região dorsal e lateral do tronco, tracionamos o tecido redundante lateral – possivelmente aprisionado anteriormente pela posição do decúbito –, a fim de liberar a mobilidade normal desses tecidos e diminuir a tensão na linha da sutura mediana. O cirurgião deve se posicionar cranialmente ao paciente, para o melhor domínio da simetria durante as manobras de incisão, descolamento, ressecção e aproximação dos bordos da ferida cirúrgica. Novas manobras de palpação nessa posição podem confirmar a adequação do planejamento e a possibilidade de aproximação dos bordos marcados (►Fig. 4A).

Realizamos a incisão do tecido dermogorduroso sobre toda a marcação elíptica mediana, com profundidade aquém da fáscia muscular dos músculos superficiais do dorso. Após a incisão bilateral, iniciamos o descolamento e a ressecção do fuso de pele, preservando a fáscia muscular subjacente. Com a retirada do fuso vertical cutâneo, é possível observar a anatomia da camada superficial da musculatura dorsal (trapézios e latíssimos do dorso), além de palpar os processos espinhosos da coluna vertebral, que se encontram recobertos pelos ligamentos interespinhosos e a decussação central das fáscias musculares direita e esquerda (►Fig. 4B). Este reparo

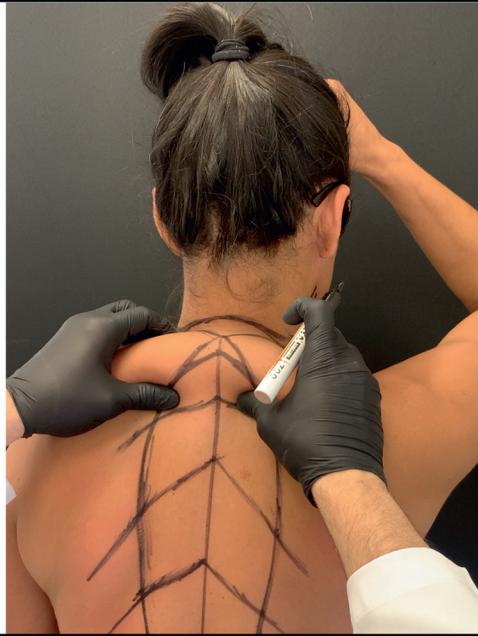


Fig. 3 Marcação cirúrgica para torsoplastia vertical: triângulo de compensação superior.



Fig. 4 Sequência cirúrgica da torsoplastia vertical. (A) Fuso de ressecção vertical posterior marcado; (B) tecido do fuso levantado e ressecado; (C) sutura por planos com tracionamento central e superior dos retalhos laterais (suspensão e aperto). (D) retalhos laterais e superiores já suturados, seguidos do início do curativo.

anatômico linear será o ponto de ancoragem para a sutura mediana dos retalhos laterais.

Após hemostasia rigorosa, procedemos ao descolamento lateral de cerca de 5 a 7 cm, a partir das bordas da ferida

operatória e com o mesmo cuidado de preservar as fâscias musculares, para diminuir as tensões na linha de sutura e não tracionar medialmente as fâscias musculares subjacentes, evitando assim disfunção motora e deformidades inestéticas

na superfície ou alterações de volume visíveis. Realizamos então nova hemostasia rigorosa das porções descoladas.

A sutura destes retalhos laterais se inicia no sentido caudocranial com pontos internos de orientação por fio de náilon 2-0, unindo a camada profunda da fáscia superficial dos retalhos laterais ao ponto mediano de ancoragem superior. Essa fixação é direcionada à estrutura fascio-ligamentar rígida, promovendo os vetores de tração (aperto e suspensão) estabelecidos na marcação pré-operatória (→Fig. 4C).

Após esta primeira aproximação com cinco ou seis desses pontos internos em toda a extensão da elipse, que visam o aperto e a suspensão dos tecidos, promovemos a sutura complementar contínua por planos, interessando a gordura profunda e a linha de fixação mediana profunda, com fio Stratafix 0 (Medical Device Business Services, Inc.), em toda a extensão caudo-cranial da ferida operatória. Espera-se que essa fixação profunda preserve o sulco longitudinal mediano, embora sua profundidade seja variável de indivíduo para indivíduo, de acordo com a espessura do tecido celular subcutâneo, trofismo dos músculos paravertebrais, zonas de aderência cutânea e curvaturas fisiológicas da coluna vertebral.

O plano subdérmico é suturado, também de maneira contínua com fio Stratafix 3-0, e o plano intradérmico com Stratafix 4-0, sempre no sentido caudocranial (→Fig. 4D). Ao final deste tempo cirúrgico, avaliamos a quantidade de sobretecidual superior e a necessidade de ressecção transversal na região cervical. Nesta topografia, deve-se manter um plano cuidadoso, superficial e restrito ao subcutâneo, aquém do triângulo posterior do pescoço onde a pele é mais fina e aderida à fáscia do músculo trapézio, que deve ser preservada. Essas precauções evita sangramentos inconvenientes e possibilidade de lesão segmentar do nervo acessório, cujo componente motor está relacionado com a motricidade dos músculos esternocleidomastóideos e trapézios, os quais contribuem com a rotação e estabilidade da cabeça, bem como elevação das escápulas, ombros e braços.

Como descrito na marcação pré-operatória, a base e a cicatriz final do triângulo cervical a ser ressecado devem ser orientadas de modo a coincidir com as linhas de Langer da transição cervicotorácica posterior. Após a ressecção dermogordurosa a este nível, promovemos a hemostasia de maneira cuidadosa, evitando lesão térmica ao subjacente nervo acessório, e sutura contínua por planos com os mesmos fios já descritos anteriormente. Todas as suturas receberam uma aplicação adesiva complementar (cola Dermabond Prineo, J&J MedTech) e curativo secundário oclusivo.

Acompanhamento e avaliação pós-operatória

Os pacientes foram submetidos a consultas periódicas de retorno para curativos, documentação fotográfica seriada e orientação quanto ao repouso e liberação das atividades rotineiras. A análise retrospectiva de todos os prontuários levantou a ocorrência, evolução e consequências das complicações apresentadas.

A qualidade dos resultados foi acessada pela análise também retrospectiva das fotografias padronizadas com 3

a 12 meses de evolução, realizada de forma subjetiva pelos autores e por um observador independente, membro da equipe de enfermagem. A pontuação foi dirigida para demonstrar a satisfação pessoal dos profissionais com a melhoria do contorno corporal obtida ao final do tratamento, numa graduação subjetiva dos resultados atribuída por escala visual analógica (EVA) simples classificada como insatisfatória, regular, boa ou ótima.

Foi realizado o tratamento estatístico desses achados com análise pelo coeficiente kappa de Cohen, com o programa SAS (Statistical Analysis System, SAS Institute), versão 9.4, para verificar a concordância das avaliações feitas pelos dois profissionais da saúde.

Resultados

Observou-se um grupo de 17 pacientes que foram operados durante o período, com seus prontuários sendo analisados retrospectivamente, totalizando 16 mulheres e 1 homem, com idade média geral de 37 (29–54) anos. Todos eles apresentavam queixa pré-operatória de flacidez com sobras e dobras na região dorsal. Foram observados 4 casos (23,5%) classificados como Pittsburgh 1 (adiposidade) e 13 (76,5%) como Pittsburgh 2 (dobras cutâneas).¹⁹

Observou-se também um histórico prévio de variação ponderal negativa, entre 9 e 50 (média: 20) kg, sendo 3 (17,6%) por cirurgia bariátrica e 14 (82,3%) por dieta e exercícios. O Índice de Massa Corporal (IMC) pré-cirúrgico médio dos pacientes foi de 27 (26–29). A maioria não apresentava cicatrizes ou cirurgias prévias na região dorsal, com exceção de uma paciente que já havia sido submetida a torsoplastia horizontal clássica e ainda se queixava de desconforto e flacidez no local. As condições gerais dos pacientes foram avaliadas com exames de avaliação clínica e laboratorial, que revelaram não haver alterações dignas de nota ou contraindicações aos procedimentos.

O tempo médio de cirurgia durou 90 (70–120) minutos, considerando-se exclusivamente o tempo de atuação na torsoplastia vertical dorsal. Alguns pacientes tiveram outros procedimentos associados, que não entraram na análise de tempo de cirurgia. Não foram observadas intercorrências intraoperatórias relevantes, seja no aspecto anestesiológico como também na execução cirúrgica. A recuperação pós-operatória teve evolução normal e satisfatória, com a alta hospitalar ocorrendo em média 30 (24–48) horas após a internação.

O tempo de acompanhamento variou de 3 a 12 meses de pós-operatório, com os pacientes sendo avaliados e fotografados seriadamente. Complicações pós-operatórias estão registradas na →Tabela 1. Não foram observados eventos adversos maiores como infecções, necroses, hematomas ou fenômenos tromboembólicos.

Observamos dois casos de deiscência cicatricial (7–8 cm), que ocorreram já no 7º dia de pós-operatório. O tratamento inicial ocorreu por curativos seriados e nova sutura no 15º dia de pós-operatório, com evolução favorável. Entretanto, os dois casos se desenvolveram com alargamento cicatricial e foram submetidos a revisão cicatricial cirúrgica após 6 meses

Tabela 1 Ocorrência de complicações e avaliação da qualidade dos resultados pelos dois observadores (insatisfatório; regular; bom; ótimo)

Número	Sexo	Complicação	Avaliação 1	Avaliação 2
1	Feminino	Não	Ótima	Ótima
2	Feminino	Não	Ótima	Boa
3	Feminino	Não	Boa	Ótima
4	Feminino	Não	Boa	Boa
5	Feminino	Seroma – deiscência	Boa	Boa
6	Feminino	Deiscência e cicatriz alargada	Boa	Boa
7	Feminino	Não	Ótima	Ótima
8	Feminino	Cicatriz alargada	Boa	Boa
9	Feminino	Não	Ótima	Ótima
10	Feminino	Não	Boa	Ótima
11	Feminino	Não	Ótima	Ótima
12	Feminino	Não	Ótima	Ótima
13	Feminino	Não	Ótima	Ótima
14	Feminino	Não	Ótima	Ótima
15	Feminino	Não	Ótima	Ótima
16	Masculino	Não	Ótima	Ótima
17	Feminino	Cicatriz alargada	Boa	Ótima

da nova sutura. Observamos também um caso de seroma localizado na região interescapular com aproximadamente 20 dias de pós-operatório. Em seguida, evoluiu com drenagem espontânea e formação de um óstio por deiscência localizada de aproximadamente 2 cm na linha de cicatriz mediana. Foi tratada em nova abordagem cirúrgica por exposição da loja, hemostasia, aproximação e sutura dos bordos com fixação dos retalhos laterais aos planos mais profundos, com curativo por pressão negativa na nova cicatriz de aproximadamente 15 cm.

Na maioria dos casos, algum procedimento adicional de contorno corporal foi acrescentado ao planejamento cirúrgico, com maior ou menor impacto na possível avaliação do resultado final obtido isoladamente pela torsoplastia vertical. A observação das fotografias seriadas mostrando a evolução clínica das pacientes e a percepção dos resultados obtidos com a técnica empregada atingiu uma pontuação alta e convergente de satisfação subjetiva, tanto pelo autor como pelo observador independente (► **Figs. 5–7**). Embora tenha sido utilizado um número relativamente pequeno de casos para a avaliação ($n = 17$), o coeficiente Kappa de 0,4925 representou uma ferramenta importante para confirmar a concordância moderada entre os avaliadores (► **Gráfico 1**).

Discussão

O tratamento cirúrgico da frouxidão tegumentar determinada por variados níveis de perda ponderal tem sido classicamente realizado através das dermolipectomias, cujo planejamento estabelece não apenas a quantidade da remoção dos tecidos em excesso, mas também os vetores indica-

dos para a mobilização ideal dos retalhos. Nesse contexto, reajuste corporal do contorno do tronco nestes pacientes pressupõe uma combinação de movimentos para suspensão e aperto tecidual, com cicatrizes resultantes posicionadas no sentido horizontal e/ou vertical no tronco.³

As cicatrizes verticais, anteriores e laterais, embora sejam mais evidentes e produzam uma percepção estética negativa, resultam em uma melhor e desejável adequação do revestimento conforme a estruturação cilíndrica tóraco-abdominal. Na região dorsal, diferentemente do que acontece na linha mediana anterior e lateral, existe uma intensa zona de aderência da pele às estruturas profundas, que constitui, inclusive, uma linha negativa e bem pronunciada caracterizada pelo sulco mediano posterior. Trata-se de um elemento anatômico considerado fundamental por alguns autores, que sugerem inclusive a preservação dessas estruturas nas dermolipectomias horizontais ou oblíquas do dorso, a fim de preservar as nuances de beleza e naturalidade da região.²⁰ Talvez por essa percepção, não se tenha encontrado na literatura médica a descrição de abordagens verticais para tratamento da flacidez posterolateral.

Em nossa perspectiva, o posicionamento de uma cicatriz vertical no sulco mediano posterior possibilitaria produzir vetores mais adequados para o reajuste tecidual, além de resultar em uma cicatriz mais escondida e camuflada por uma dobra ou sulco natural do corpo. Assim, o grande desafio dessa abordagem nos parecia ser a manutenção da anatomia de superfície, evitando um apagamento do sulco mediano posterior com a possível perda da definição osteomuscular no plano tridimensional. Além disso, ficava clara a necessidade de se promover não apenas o aperto no sentido



Fig. 5 Paciente do sexo feminino, 43 anos de idade, submetida a grande perda ponderal pós-bariátrica (Pittsburgh 2); tratamento da flacidez dorsal pela torsoplastia vertical. (A,C) Pré-operatório; (B,D) pós-operatório de 8 meses.



Fig. 6 Paciente do sexo feminino, 50 anos de idade, submetida a moderada perda ponderal após dieta e exercícios (Pittsburgh 2); tratamento da flacidez dorsal pela torsoplastia vertical. (A,C) Pré-operatório; (B,D) pós-operatório de 6 meses.



Fig. 7 Paciente do sexo feminino, 40 anos de idade, emagrecimento moderado por dieta mais flacidez localizada por sequela de crioterapia prévia no dorso (hiperplasia adiposa paradoxal; Pittsburgh 2); tratamento da flacidez.

lateromedial, mas também uma efetiva suspensão dos tecidos no sentido cranial. Para tanto, o direcionamento de aproximação dos bordos laterais do fuso vertical posterior foi planejado especificamente para exercer ambos os vetores de aperto e suspensão dos tecidos, com ancoragem nos

planos mais profundos coincidindo com a linha mediana posterior.

Em boa parte dos nossos casos, esse tracionamento superior recrutou bilateralmente tecido em direção à base cervical posterior. Por essa razão, indicamos a decomposição dessa sobra torácica alta através da ressecção de um “triângulo invertido” de base cervical, cuja retirada e fechamento posicionam uma cicatriz final horizontal bem camuflada entre o pescoço e o tórax superior.

Em nossa casuística, a ressecção desse triângulo compensatório superior foi indicada na maioria dos casos, dependendo, portanto, da magnitude das sobras dorsais e do acúmulo tecidual ao nível do vértice superior do fuso vertical. Sempre que possível, a manutenção de uma faixa cutânea entre a cicatriz vertical e a cicatriz horizontal alta ajuda a prevenir a ocorrência de deiscência cicatricial por conta da junção em “T” dos três retalhos posteriores.

A tática da torsoplastia vertical reproduz, até certo ponto e de forma invertida, os vetores observados anteriormente numa abdominoplastia em âncora, promovendo o reajuste pela combinação de suspensão e aperto tecidual posterolateral. Na nossa casuística, a abordagem vertical posterior foi realizada em casos iniciais e intermediários de flacidez dorsal (Pittsburgh 1 e 2). Além disso, as manobras de marcação e execução da tática cirúrgica se mostraram relativamente simples e reproduzíveis, com baixo índice de complicações menores e ausência total de eventos adversos maiores. Praticamente na totalidade dos casos, foi possível corrigir a flacidez e as dobras laterodorsais desde os flancos até a extensão posterolateral, com bom posicionamento e

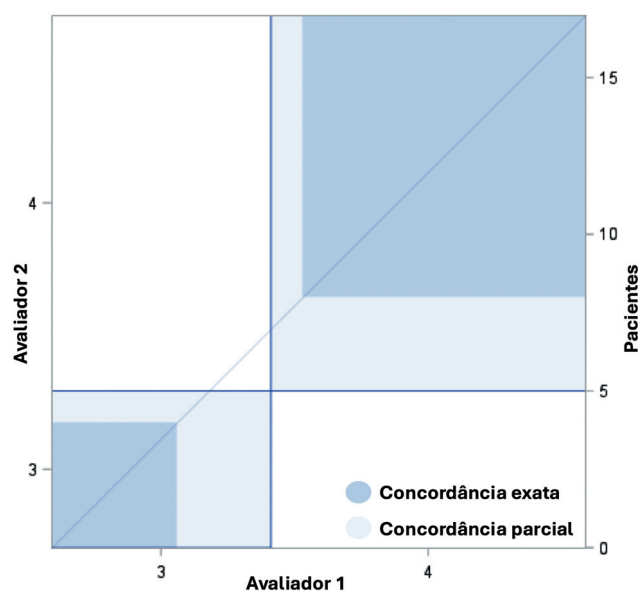


Gráfico 1 Demonstração da concordância entre os dois avaliadores pelo coeficiente Kappa projetado na classificação da qualidade dos resultados como Boa (3) e Ótima (4), como apresentado na ►Tabela 1.

qualidade da cicatriz vertical mediana, preservando a beleza e normalidade anatômica do dorso com boa definição estrutural ao nível do sulco mediano posterior.

A motivação deste trabalho foi apresentar retrospectivamente os achados da experiência inicial dos autores com uma abordagem específica de dermolipectomia vertical posterior ainda não apresentada, ao menos nas plataformas de publicações acessadas. Como limitação do nosso método, entendemos que o número de pacientes ainda seja restrito para se chegar a conclusões mais apuradas, inclusive quanto à possível eficácia da abordagem nos casos mais graves de frouxidão dorsal (Pittsburgh 3), uma vez que não tratamos pacientes dessa categoria. Da mesma forma, novos estudos serão necessários para se compreender melhor as possíveis indicações, intercorrências e reais possibilidades de utilização dessa técnica, com maior tempo de seguimento pós-operatório, incluindo também a pesquisa cientificamente validada de satisfação dos pacientes, bem como da comparação formal e controlada com os resultados obtidos pelas abordagens alternativas já publicadas anteriormente.

Conclusão

A tática cirúrgica apresentada de torsoplastia vertical para tratamento de pacientes com frouxidão dorsal leve a moderada se mostrou um procedimento simples, seguro e reproduzível, com bom posicionamento e qualidade das cicatrizes. Também promove um reajuste corporal por aperto e suspensão tecidual, e preservando a boa definição anatômica das estruturas envolvidas na composição do sulco mediano posterior.

Disponibilidade dos Dados

Os dados serão disponibilizados mediante solicitação ao autor correspondente.

Contribuições dos Autores

Todos os autores aprovaram o manuscrito final. LHBf: Análise formal, recursos, conceitualização, administração do projeto, investigação, metodologia, escrita – esboço original, escrita – revisão e edição, supervisão, validação, visualização. FHM: Análise formal, conceitualização, recursos, administração do projeto, investigação, metodologia, escrita – esboço original, escrita – revisão e edição, supervisão, validação, visualização. LFSB: Análise formal, conceitualização, recursos, escrita – esboço original, escrita – revisão e edição, supervisão, validação, visualização. MO: Análise formal, conceitualização, investigação, metodologia.

Suporte Financeiro

Os autores declaram que não receberam suporte financeiro de agências dos setores público, privado ou sem fins lucrativos para a realização deste estudo.

Conflito de Interesses

Os autores não têm conflito de interesses a declarar.

Referências

- Mendes F, Viterbo F, Gaiotto JA. Particularizando as deformidades no paciente pós-bariátrico. In: Mendes FH, Viterbo F, editores. Cirurgia plástica pós-bariátrica. Rio de Janeiro: Di Livros; 2016:110–128
- Strauch B, Herman CK. Describing the Deformities. In: Rubin JP, Jewell ML, Richter DF, Uebel CO, editores. Body Contouring and Liposuction. Filadélfia: Elsevier/Saunders; 2012:580–584
- Mendes F, Viterbo F, Alves AL. Reajuste corporal pós-bariátrico – conceitos e tendências. In: Mendes FH, Viterbo F, editores. Cirurgia plástica pós-bariátrica. Rio de Janeiro: Di Livros; 2016:87–101
- Costa LF, Manta AM, França AS, Cavalcante HA, Nahon M. Abdominoplastia vertical modificada em pacientes ex-obesos. Rev Soc Bras Cirurgia Plast 2003;18(03):71–74. Disponível em: <https://www.rbcp.org.br/Content/imagebank/pdf/18-03-07-pt.pdf>
- Kaluf K, Salgado AMF. Abordagem anterior composta. In: Mendes FH, Viterbo F, editores. Cirurgia plástica pós-bariátrica. Rio de Janeiro: Di Livros; 2016:292–300
- Cintra W Jr, Modolin M, Rocha RI, Gemperli R. Abordagem circunferencial. In: Mendes FH, Viterbo F, editores. Cirurgia plástica pós-bariátrica. Rio de Janeiro: Di Livros; 2016:301–318
- Mendes FH, Viterbo F, Luna ALAP. Inner scar umbilicus: New horizons for vertical abdominoplasty. Plast Reconstr Surg 2018; 141(04):507e–516e. Doi: 10.1097/PRS.0000000000004258
- Mendes FH, Viterbo F, Moragas WR. Finesse in fleur-de-lis abdominoplasty. Clin Plast Surg 2024;51(01):81–93. Doi: 10.1016/j.cps.2023.09.001
- Pianguy I. Correction of lipodystrophy of the lateral thoracic aspect and inner side of the arm and elbow dermosenescence. Clin Plast Surg 1975;2(03):477–483
- Clavijo-Alvarez JA, Hurwitz DJ. J torsoplasty: a novel approach to avoid circumferential scars of the upper body lift. Plast Reconstr Surg 2012;130(02):382e–383e. Doi: 10.1097/PRS.0b013e31825903e5
- Richter DF, Stoff A. Upper Body Lift with Lateral Excision. In: Rubin JP, Jewell ML, Richter DF, Uebel CO, editores. Body Contouring and Liposuction. Filadélfia: Saunders/Elsevier; 2012:167–175
- Rahban SR, Gross JE. A new approach to correction of truncal redundancy after massive weight loss—the lateral thoracoabdominoplasty. Aesthet Surg J 2007;27(05):518–523. Doi: 10.1016/j.asj.2007.06.003
- Richter DF, Stoff A. Back and Lateral Fold Contouring. In: Nahai F, editor. The Art of Aesthetic Plastic Surgery: Principles and Techniques. 2nd ed. St. Louis: Quality Medical Publishing; 2010
- Hunstad JP, Repta R. Bra-line back lift. Plast Reconstr Surg 2008; 122(04):1225–1228. Doi: 10.1097/PRS.0b013e3181858fa4
- Rubin JP, Michaels J. Upper Body Lift for Correction of Back Rolls. In: Strauch B, Herman CK, editores. Encyclopedia of Body Sculpting After Massive Weight Loss. Nova York: Thieme; 2011:224–229
- Strauch B, Rohde C. Back Contouring. In: Strauch B, Herman CK, editores. Encyclopedia of Body Sculpting After Massive Weight Loss. Nova York: Thieme; 2011
- Hunstad JP, Knotts CD. Transverse upper body lift. In: Rubin JP, Jewell ML, Richter DF, Uebel CO, editores. Body Contouring and Liposuction. Filadélfia: Saunders/Elsevier; 2012:159–165
- Hurwitz DJ, Beidas O, Wright L. Reshaping the oversized waist through oblique flankplasty with lipoabdominoplasty. Plast Reconstr Surg 2019;143(05):960e–972e. Doi: 10.1097/PRS.0000000000005574
- Song AY, Jean RD, Hurwitz DJ, Fernstrom MH, Scott JA, Rubin JP. A classification of contour deformities after bariatric weight loss: the Pittsburgh Rating Scale. Plast Reconstr Surg 2005;116(05):1535–1554; discussion 1545–1546. Doi: 10.1097/01.prs.0000182606.92069.13
- Hurwitz DJ. Aesthetic refinements in body contouring in the massive weight loss patient: trunk. Plast Reconstr Surg 2014; 134(06):1185–1195. Doi: 10.1097/PRS.0000000000000759