

Revista Brasileira de Cirurgia Plástica



Brazilian Journal of Plastic Surgery
Official Journal of Brazilian Society of Plastic Surgery

SUPLEMENTO 2

13

Simpósio MINEIRO de INTERCORRÊNCIAS de CIRURGIAS PLÁSTICAS

Termo Contratura Prontuário ÓBITO CFM Ruptura Fotografia DEVER TROMBOSE Dismorfofobia Mídia INFEÇÃO TJ JUSTIÇA Lipo DEFESA PROFISSIONAL

Paciente DIREITO SEROMA Sofrimento Hematoma de Deiscência CRM STJ TYP Necrose MAMA

PERITO Informação CONSUMIDOR STF MORTE ERRO Embolia Cliente

CENTRO DE CONVENÇÕES UFOP - OURO PRETO - MG
24 E 25 DE MAIO DE 2019



SOCIEDADE BRASILEIRA DE
CIRURGIA PLÁSTICA

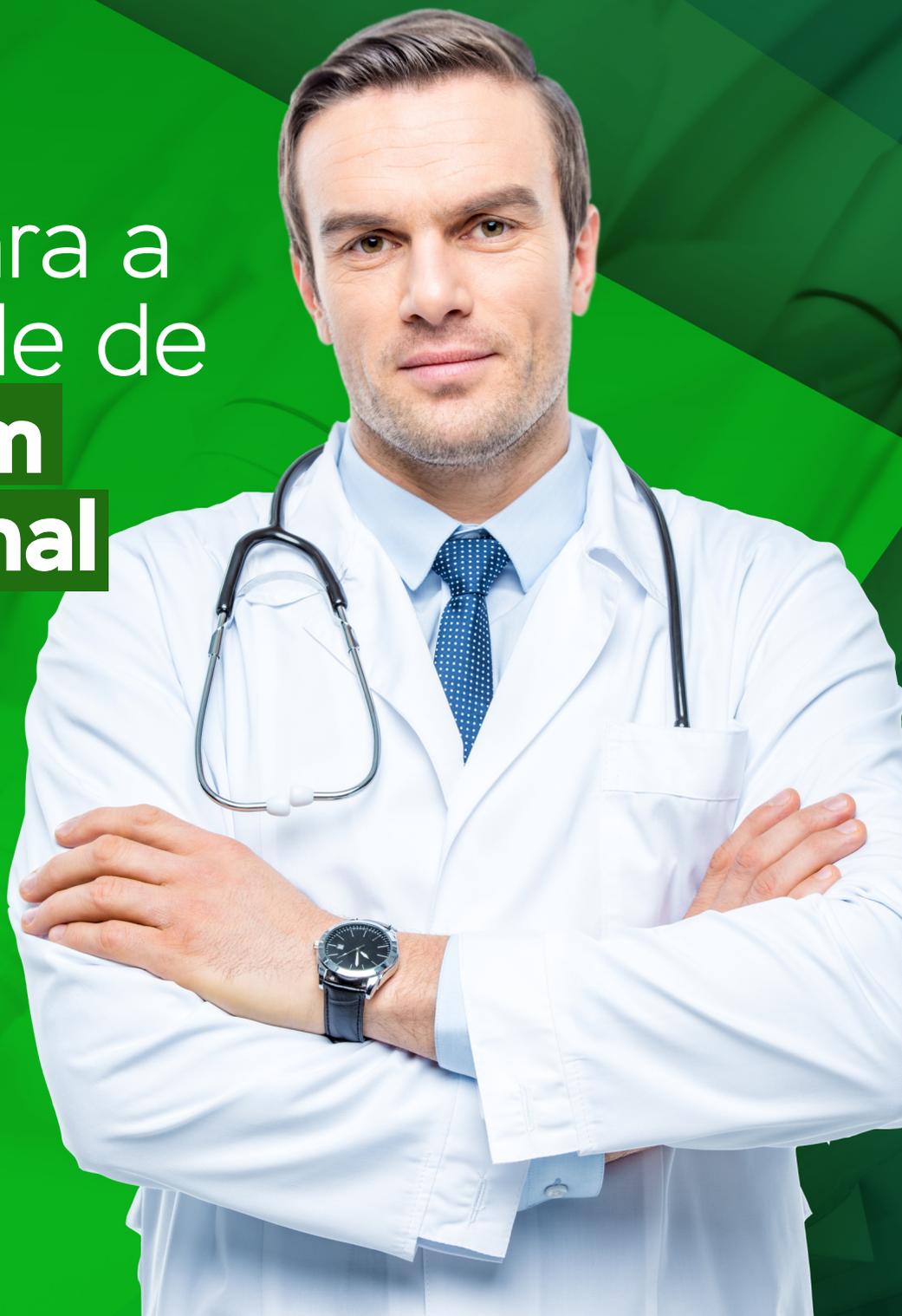
FUNDAÇÃO

ideaH

INSTITUTO DE ENSINO E AÇÃO HUMANITÁRIA
DA SOCIEDADE BRASILEIRA DE CIRURGIA PLÁSTICA

Venha para a
maior rede de
blindagem
profissional
do Brasil

Acesse nosso
site e confira
as condições
de filiação.



www.anadem.org.br

ANADEM
SOCIEDADE BRASILEIRA DE DIREITO MÉDICO E BIOÉTICA



EDITOR CHEFE

Dov Charles Goldenberg - Hospital das Clínicas da Faculdade de Medicina da Universidade de São Paulo - São Paulo, SP, Brasil

COEDITOR

Antonio Roberto Bozola - Hospital de Base da Faculdade Estadual de Medicina de São José do Rio Preto - São José do Rio Preto, SP, Brasil
Hugo Alberto Nakamoto - Hospital das Clínicas da Faculdade de Medicina da Universidade de São Paulo - São Paulo, SP, Brasil
Jorge Bins Ely - Universidade Federal de Santa Catarina - Florianópolis, SC, Brasil
Rolf Gemperli - Faculdade de Medicina da Universidade de São Paulo - São Paulo, SP, Brasil

EDITORES ASSOCIADOS

Fábio Xerfan Nahas - Universidade Federal de São Paulo, São Paulo, SP, Brasil
José Horácio Costa Aboudib Junior - Universidade do Estado do Rio de Janeiro, Rio de Janeiro, RJ, Brasil
Kátia Torres Batista - Rede Sarah de Hospitais do Aparelho Locomotor de Brasília - Brasília, DF, Brasil
Marcelo Sacramento Cunha - Faculdade de Medicina da Universidade Federal da Bahia - Salvador, BA, Brasil
Mareus Vinícius Martins Collares - Faculdade de Medicina Universidade Federal do Rio Grande do Sul - Porto Alegre, RS, Brasil

CONSELHO EDITORIAL

Alessandra Grassi Salles - Hospital das Clínicas da Faculdade de Medicina da Universidade de São Paulo, São Paulo, SP, Brasil
Alexandre Mendonça Munhoz - Hospital das Clínicas da Faculdade de Medicina da Universidade de São Paulo - São Paulo, SP, Brasil
Carlos Alberto Komatsu - Clínica Komatsu, São Paulo, SP, Brasil
Carlos Eduardo Guimarães Leão - Fundação Hospitalar do Estado de Minas Gerais - Belo Horizonte, MG, Brasil
Carlos Lacerda de Andrade Almeida - Hospital Agamenon Magalhães do Estado de Pernambuco - Recife, PE, Brasil
Carlos Oscar Uebel - Hospital São Lucas da Pontifícia Universidade Católica do Rio Grande Do Sul - Porto Alegre, RS, Brasil
Dimas André Milcheski - Hospital das Clínicas da Faculdade de Medicina da Universidade de São Paulo, São Paulo, SP, Brasil
Diogo Franco Vieira de Oliveira - Hospital Universitário Clementino Franco Filho da Universidade Federal do Rio de Janeiro - Rio de Janeiro, RJ, Brasil
Douglas Jorge - Faculdade de Ciências Médicas da Santa Casa de São Paulo, São Paulo SP, Brasil
Eduardo Montag - Hospital das Clínicas da Faculdade de Medicina da Universidade de São Paulo - São Paulo, SP, Brasil

Fábio de Freitas Busnardo - Faculdade de Medicina da Universidade de São Paulo, São Paulo, SP, Brasil
Fausto Viterbo de Oliveira Neto - Universidade Estadual Paulista Júlio de Mesquita Filho, UNESP - Botucatu, SP, Brasil
Fernando Gomes de Andrade - Universidade Federal de Alagoas - Maceió, AL, Brasil
Fernando Serra Guimarães - Universidade Federal do Rio de Janeiro - Rio de Janeiro, RJ, Brasil
Henri Friedhofer - Hospital das Clínicas da Faculdade de Medicina da Universidade de São Paulo - São Paulo, SP, Brasil
Humberto Campos - Escola Bahiana de Medicina e Saúde Pública - Salvador, BA, Brasil
José Carlos Daher - Centro de Estudos do Hospital Daher Lago Sul - Brasília, DF, Brasil
Juarez Moraes Avelar - Clínica Avelar - São Paulo, São Paulo, SP, Brasil
Léo Francisco Doncatto - Universidade Luterana do Brasil - RS - Porto Alegre, RS, Brasil
Luiz Carlos Ishida - Hospital das Clínicas da Faculdade de Medicina da Universidade de São Paulo - São Paulo, SP, Brasil
Luís Henrique Ishida - Hospital das Clínicas da Faculdade de Medicina da Universidade de São Paulo - São Paulo, SP, Brasil
Luiz Humberto Toyoso Chaem - Universidade Federal do Triângulo Mineiro - Uberaba, MG, Brasil
Lydia Masako Ferreira - Universidade Federal de São Paulo - São Paulo, SP, Brasil
Marco Tulio Junqueira Amarante - Santa Casa de Misericórdia de Poços de Caldas - Poços de Caldas, MG, Brasil
Max Domingues Pereira - Universidade Federal de São Paulo - São Paulo, SP, Brasil
Miguel Sabino Neto - Universidade Federal de São Paulo - São Paulo, SP, Brasil
Nelson Sarto Piccolo - Pronto Socorro Para Queimaduras - Goiânia, GO, Brasil
Nivaldo Alonso - Faculdade de Medicina da Universidade de São Paulo - São Paulo, SP, Brasil
Oleg Iosifovich David Martinez Sabatovich - Universidade Federal do Rio de Janeiro - Rio de Janeiro, RJ, Brasil
Oswaldo Ribeiro Saldanha - Universidade Santa Cecília - Santos, SP, Brasil
Paulo Roberto de Albuquerque Leal - Instituto Nacional de Câncer - Rio de Janeiro, RJ, Brasil
Pedro Bins Ely - Universidade Federal de Ciências da Saúde de Porto Alegre, Porto Alegre, RS, Brasil
Renato da Silva Freitas - Universidade Federal do Paraná, Curitiba, PR, Brasil
Renato Rocha Lage - Hospital da Baleia - Belo Horizonte, MG, Brasil
Rodrigo d'Eça Neves - Universidade Federal de Santa Catarina - Florianópolis, SC, Brasil
Rodrigo Itocazo Rocha - Hospital das Clínicas da Faculdade de Medicina da Universidade de São Paulo - São Paulo, SP, Brasil
Rogério de Arantes Porto da Rocha de Oliveira - Centro Universitário São Camilo - São Paulo, SP, Brasil
Salustiano Gomes de Pinho Pessoa - Universidade Federal do Ceará - Fortaleza, CE, Brasil
Sérgio da Cunha Falcão - Universidade Federal da Paraíba - João Pessoa, PB, Brasil

Sérgio da Fonseca Lessa - Universidade do Estado do Rio de Janeiro, RJ, Brasil
Vera Lúcia Nocchi Cardim - Hospital da Beneficência Portuguesa de São Paulo - São Paulo, SP, Brasil
Wandir Antonio Schiozer - Hospital das Clínicas da Faculdade de Medicina da Universidade de São Paulo, São Paulo, SP, Brasil
Wilson Cintra Junior - Hospital das Clínicas da Faculdade de Medicina da Universidade de São Paulo, São Paulo, SP, Brasil

CONSELHO EDITORIAL INTERNACIONAL

Fernando Molina - Hospital General Dr. Manuel Gea González - Mexico City, Mexico
Jesse A. Taylor - University of Pennsylvania - Philadelphia, Pennsylvania, USA
John Persing - Yale University - New Haven, New York, USA
Joseph G. McCarthy - New York University - New York, New York, USA
Juan Martín Chavanne Nougues - Austral University Hospital - Buenos Aires, Argentina
Keneth Salyer - World Cranofacial Foundation - Dallas, Texas, USA
Paolo Persichetti - University of Rome - Rome, Italy
Riccardo Mazzola - European Association of Plastic Surgeons - Rome, Italy
Richard Hooper - Burn and Plastic Surgery Clinic - Seattle, Washington, USA
Rogério Izar Neves - Institute Pennsylvania State University - Hershey, Pennsylvania, USA
Scott P Bartlett - Children's Hospital of Philadelphia - Philadelphia, Pennsylvania, USA
Steven Wall - Oxford, The Manor Hospital - Oxford, Inglaterra
Thomas Biggs - International Society of Aesthetic Plastic Surgery - Houston, Texas, USA

CONSULTOR ESTATÍSTICO

Aristides Tadeu Correia
Instituto do Coração do Hospital das Clínicas da Faculdade de Medicina da Universidade de São Paulo, São Paulo, SP, Brasil

PRODUÇÃO EDITORIAL

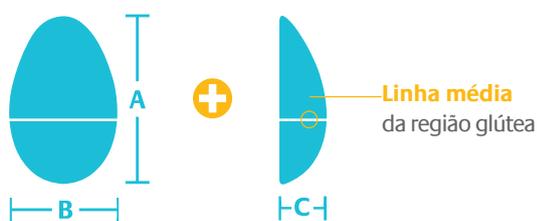
Ednéia Pereira de Souza
E-mail: rbcpc@cirurgiaplastica.org.br
João Egídio de Alvarenga Junior
E-mail: joaoegidio@cirurgiaplastica.org.br

EX-EDITORES

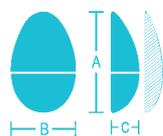
1986/1988 - **Julio Hochberg**
1989/1991 - **Marcus Castro Ferreira**
1992/1997 - **Antonio Roberto Bozola**
1998/2004 - **Claudio Cardoso de Castro**
2005/2007 - **Evaldo Alves D'Assumpção**
2008/2015 - **Ricardo Baroudi**

QUAL É O SEGREDO DO **IMPLANTE IDEAL** DE GLÚTEO?

Somente os Implantes de Glúteos Silimed possuem a perfeita combinação das dimensões da base e da projeção que se ajustam de forma harmônica à anatomia da região glútea do corpo, proporcionando um resultado satisfatório para o paciente.



Com a colaboração de diversos cirurgiões plásticos, a Silimed desenvolveu um modelo exclusivo, o glúteo Quartzo, um implante referência no que há de melhor em relação a implantes glúteos, possibilitando um resultado estético muito natural.

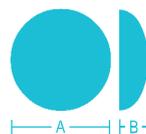


Glúteo Quartzo

Apresenta base oval com projeção alta. A escolha do modelo depende da avaliação clínica do cirurgião associada ao desejo do paciente. A superfície lisa opaca é obtida através de tecnologia diferenciada.

Glúteo Redondo

Apresenta base redonda, superfície lisa brilhante e são preenchidos com gel de silicone coesivo de alto desempenho, proporcionando consistência ideal para a região.



Os implantes foram desenvolvidos tanto para o público feminino quanto o masculino, alcançam uma maior projeção glútea, resultando assim em um alto grau de satisfação e melhora na qualidade de vida ao paciente.



SOCIEDADE BRASILEIRA DE CIRURGIA PLÁSTICA

BRAZILIAN SOCIETY OF PLASTIC SURGERY

DIRETORIA NACIONAL

Presidente:

NÍVEO STEFFEN – RS

1º Vice-Presidente:

WILSON CINTRA JUNIOR – SP

2º Vice-Presidente:

FRANCISCO DE ASSIS MONTENEGRO CARVALHO – CE

Secretário Geral:

DENIS CALAZANS LOMA – SP

Secretária Adjunta:

MARCELA CAETANO CAMMAROTA – DF

Tesoureiro Geral:

LEANDRO DA SILVA PEREIRA – RJ

Tesoureiro Adjunto:

RODRIGO DE FARIA VALLE DORNELLES – SP

DEPARTAMENTO DE EVENTOS CIENTÍFICOS – DEC

Diretor Geral:

EDUARDO LUIZ NIGRI DOS SANTOS – MG

Secretário:

MAURO FERNANDO SILVA DEOS – RS

Assessores Nacionais:

ALEXANDRE PIASSI PASSOS (São Paulo)

ANA CLAUDIA WECK ROXO (Rio de Janeiro)

ANTÔNIO CARLOS VIEIRA (Minas Gerais)

FERNANDO DE ALMEIDA PRADO (São Paulo)

HUMBERTO CAMPOS (Norte-Nordeste)

MARCOS RICARDO DE OLIVEIRA JAEGER (Sul)

NELSON FERNANDES DE MORAES (Centro-Oeste)

Assessor Internacional:

CLÁUDIO CARDOSO DE CASTRO (Rio de Janeiro)

DIRETORIA REGIONAL MINAS GERAIS

Presidente:

ALEXANDRE ALCIDES MATTOS DE MEIRA

Secretário:

IAN GOEDERT LEITE DUARTE

Tesoureiro:

HUGO LEONARDO DE RESENDE RODRIGUES

HOMENAGEADOS

Presidente de Honra: XÊNIA PORTELLA LOURENÇO - MG

Homenageada Regional: ROSIMARA MORAES BONFIM - MG

Convidados de Honra - "Amigos de Minas":

ROLF GEMPERLI - SP

HUMBERTO CAMPOS - BA

Editor Responsável

Rev. Bras. Cir. Plást. Volume 34 – Suplemento 2 – 2019

Prof. Titular Jorge Bins Ely – M.D - M.Sc - Ph.D

Os editores não se responsabilizam pelo conteúdo dos trabalhos

Feito no Brasil

com dedicação
e responsabilidade

Somos uma empresa 100% brasileira que nasceu da paixão pela inovação. Nossos produtos são a maior expressão do nosso propósito. Para fabricá-los, utilizamos alta tecnologia e um rigoroso controle de qualidade.

Certificada por órgãos regulamentadores nacionais e internacionais, garantimos segurança para pacientes e cirurgiões. Todo esse cuidado faz parte do nosso compromisso em fabricar produtos modernos que contribuem para o bem-estar e autoestima.

Essa é a nossa essência!



Entre em contato:

 lifesil.com

 contato@lifesil.com

 facebook.com/LifesilSilicone  instagram.com/LifesilSilicone

LifeSil
Silicone Implant



Revista Brasileira de Cirurgia Plástica

Brazilian Journal of Plastic Surgery

Volume 34 - Suplemento 2 - 2019

Celulite em face após preenchimento com ácido hialurônico

ALEXANDRE REZENDE VELOSO; RONIGLEY JOSÉ MACONE; GUILHERME CHAVES DE ABREU; JUAN CARLOS OCHOA CAMPO; JOSÉ VALDINEY DE CARVALHO JUNIOR; ARNALDO ALMENDROS MELLO 1

Complicações em gluteoplastia

BRUNO ANTÔNIO BEZERRA BARRETO; FERNANDO SERRA; JOSÉ HORÁCIO COSTA ABOUDIB JUNIOR 4

Diagnóstico de hematoma após nove anos de reconstrução mamária com imagem sugestiva de linfoma anaplásico de grandes células: relato de caso

CAMILA CAMARGOS BIZZOTTO AMORIM; MARCELO VERSIANI TAVARES 7

Rabdomiólise como complicação pós-operatória de cirurgia ortognática: relato de caso

CAMILA CAMARGOS BIZZOTTO AMORIM; KLAUS RODRIGUES DE OLIVEIRA 10

Uso do retalho de Abbé na reconstrução do lábio superior após preenchimento com PMMA: relato de caso

CAMILA CARVALHO CAVALCANTE MARINHO; RENATO ROCHA LAGE; BRUNO FERREIRA GUIMARÃES FIGUEIREDO; MARIANGELA LATINI DE MIRANDA; RENATO CORREIA LIMA; CHRYSTIAN JÚNIO RODRIGUES 13

Utilização do retalho de omento na reconstrução torácica: relato de caso

CAMILA CARVALHO CAVALCANTE MARINHO; HUGO LEONARDO RESENDE RODRIGUES; RODRIGO VELOSO ROSSI; ANDREIA SOUTO DA MOTTA; MARIANGELA LATINI DE MIRANDA; RENATO CORREIA LIMA 16

Tratamento cirúrgico de complicações relacionadas ao uso de polimetilmetacrilato (PMMA) como preenchedor facial

CHRYSTIAN JÚNIO RODRIGUES; RENATO ROCHA LAGE; BRUNO FERREIRA GUIMARÃES FIGUEIREDO; MARIANGELA LATINI DE MIRANDA; RENATO CORREIA LIMA; CAMILA CARVALHO CAVALCANTE MARINHO 19

Pioderma gangrenoso e a sutura elástica como um coadjuvante ao tratamento

EDUARDO LUIZ NIGRI DOS SANTOS; LEONARDO DUQUE DE MIRANDA CHAVES 21

Necrose de pele após abdominoplastia e mastopexia: relato de caso e revisão da literatura

FELIPE GUSTAVO GOMES; RICARDO ABREU VILELA; VINÍCIUS NOBRE FLÁVIO 23

Necrose de parede abdominal após lipoabdominoplastia: relato de caso

GABRIEL HENRIQUE GONTIJO CARNEIRO; FILIPE REIS PEDRA; GILBERTO INÁCIO CARDOSO NETO; MARCELO MARTINS CASAGRANDE; SÉRGIO ANTÔNIO SALDANHA RODRIGUES FILHO; GUSTAVO MOREIRA COSTA DE SOUZA 25

Lipossarcoma – revisão de literatura e relato de dois casos

GUILHERME TEIXEIRA DE SOUZA E CASTRO; EMÍLIA SILVA KLEIN; LUCIANO COSTA ASSIS; MATHEUS DIAS ARAÚJO; MÁRIO MÚCIO MAIA DE MEDEIROS 28

Uso do curativo a vácuo Avelle® para síntese de deiscência em cicatriz abdominal

HUDSON ALEX LÁZARO 30

Utilização do retalho do músculo temporal para tratamento de exposição de tela de titânio após maxilectomia complexa: relato de caso

HUGO LEONARDO RESENDE RODRIGUES; CAMILA CARVALHO CAVALCANTE MARINHO; LORENZO DUARTE TESTOLIN; ALYRIO MOURÃO; MARIANGELA LATINI DE MIRANDA; RENATO CORREIA LIMA 32



Nossos **tecnológicos** implantes de silicone agora seguem para os **Estados Unidos**



Establishment Labs recebeu aprovação IDE do FDA - EUA para o estudo clínico dos Implantes Motiva® ¹



100% dos Implantes Motiva® são fabricados em nossas instalações aprovadas pelo FDA ²

¹ bit.ly/Motiva_IDE ² bit.ly/Motiva_MDSAP_certificate

Complicações após dermolipectomia abdominal em âncora para correção de cicatriz: relato de caso JULIANA METZKER OLIVEIRA BERGAMO; MATEUS SOBRAL POMPEU DE CAMPOS; DAVID GERARDO ALVARADO CANIZARES; LUCIO FLAVIO MANETTA MARTINS BELEM; JOSE CESARIO DA SILVA ALMADA LIMA	34
Tratamento conservador para infecção de tela de polipropileno em correção de hérnia incisional associada à dermolipectomia em pós-bariátrico LAÍS RAMALHO CHAVES ISOBE; ANDRÉ VILLANI CORREA MAFRA; DAILTON SANTANA LIMA FILHO; ATALIBA RONAN HORTA DE ALMEIDA; BRUNA BERNARDES DA SILVA	38
Uso da terapia de pressão negativa no tratamento de deiscência em abdominoplastia de paciente pós-bariátrico: relato de caso LÍVIA NEFFA; VALÉRIA ROCHA MAIA; CLÊNIO MARTINS DE SOUZA COELHO; IZABELLA COSTA ARAÚJO ...	41
Intercorrências anestésicas respiratórias em palatoplastia do paciente fissurado: relato de dois casos MARIANGELA LATINI DE MIRANDA; CAMILA CARVALHO CAVAVANTE MARINHO; HUGO LEONARDO DE REZENDE RODRIGUES; KAYO VIEIRA THEODORAK PÊGO; MARIANA SISTO ALESSI; RENATO CORREIA LIMA	45
Relato de caso: paraplegia após anestesia peridural em reconstrução mamária PAULA VALENTE DA SILVA; NATHÁLIA VILLARINS PEDROSA; LUCAS DE MATTOS LOPES; LARISSA SILVA LEITÃO DARODA; ROMEU FERREIRA DARODA; AMANDA MUDESTO DIAS COSTA	48
Transtorno de Personalidade Borderline: dificuldade de diagnóstico e relação médico/paciente RENATO ROCHA LAGE; CAMILA CRISTINA SILVA MENDES; RODRIGO PIMENTA SIZENANDO	50
Complicações em abdominoplastia ROLF GEMPERLI; ROGÉRIO RAFAEL DA SILVA MENDES	53
Complicações em cirurgia íntima: análise de quarenta casos ROSIMARA MORAES BONFIM	57
Amputação digital após liberação de contratura digital: relato de caso SERGIO ANTONIO SALDANHA RODRIGUES FILHO; THALITA EZEQUIEL DE SOUZA; MARCELO MARTINS CASAGRANDE; GILBERTO INÁCIO CARDOSO NETO; GABRIEL HENRIQUE GONTIJO CARNEIRO; FILIPE REIS PEDRA	59
Abordagem reconstrutora após injeção de silicone líquido industrial nas mamas ALEXANDRE ALCIDES MATTOS DE MEIRA; THIAGO ASSIS LISBOA; THAÍS PAIVA MORAES	62
Embolia pulmonar em rinoplastia estética: relato de caso VIKTOR MONTE ALTO REZENDE; HANNAH ABREU BADARÓ REZENDE; KLAUS RODRIGUES DE OLIVEIRA ..	65
Perfuração intestinal em lipoaspiração: relato de caso EMILIANO JOSÉ CANTON; MARCELO LIMA PUPO NOGUEIRA; LUCAS AUGUSTO CANTON FERREIRA; DENÍLSON MARCOS CÚRCIO JÚNIOR	67
Razões para a insatisfação da paciente mesmo com bom resultado cirúrgico GUSTAVO COSTA GOULART	69
Intercorrências com uso de material aloplástico em rinoplastia: relato de casos LUCIANO ASSIS COSTA; MATHEUS DIAS ARAÚJO; GULHERME TEIXEIRA DE SOUZA E CASTRO; EMÍLIA SILVA KLEIN; MÁRIO MÚCIO MAIA DE MEDEIROS; CARLOS ROBERTO NUNES	71
Hematoma expansivo tardio após ritidoplastia ANDREIA SOUTO DA MOTTA; CAMILA MATOS VERSIANI; LILIANE CARVALHO JAMIL; PAULA PIMENTEL LEITE ROCHA; HENRIQUE BELETABLE FONSECA; AUGUSTO CÉSAR DE MELO ALMEIDA	73
Complicações em cirurgias plásticas após perdas ponderais maciças: uma busca sistemática e revisão JOANNA GUELLER BECKER; ELVIO BUENO GARCIA; JUAN CARLOS MONTANO PEDROSO; LYDIA MASAKO FERREIRA	75
Reoperações após mastoplastias redutoras e mastopexias associadas a implantes de silicone LAURO JOSÉ VICTOR AVELLAN NEVES	79

Rinomodelação com silicone, complicando com fibrose e deformidade nasal: relato de caso e seu tratamento	
MARCUS VINÍCIUS CAPANEMA GONÇALVES; SERGIO MOREIRA DA COSTA; LILIANE CARVALHO JAMIL; PAULA PIMENTEL LEITE ROCHA; CAMILA MATOS VERSIANI; ANDREIA SOUTO DA MOTTA	83
Relato de caso: retenção urinária persistente após abdominoplastia em paciente HIV-Positivo	
PAULA VALENTE DA SILVA; PEDRO HENRIQUE RODRIGUES CRUZ; NATHÁLIA VILLARINS PEDROSA; DARLEN RODRIGUES VIEIRA; GABRIEL BUDDIN AFFONSO; AMANDA MUDESTO DIAS COSTA	87
Necrose extensa em face pós-ritidoplastia: relato de caso	
TICIANO CÉSAR TEIXEIRA CLÓ; WALTER FERRAZ FLÁVIO JÚNIOR; FELIPE XAVIER CLÓ	90

Colegas,

No biênio 2012/13, estive à frente do DEC como seu Diretor Científico e, desde então, alimento o desejo de ampliar a Produção Científica da SBCP, principalmente através de Suplementos Especiais da Revista Brasileira de Cirurgia Plástica das nossas Jornadas oficiais. Ao assumir a Presidência, com um grande esforço conjunto, conseguimos dar vida a dois Suplementos em 2018, Jornada Norte-Nordeste e Jornada Sul Brasileira. Em 2019, iniciamos novamente com a Sul Brasileira e agora tenho a honra e alegria de divulgar que teremos, também, um Suplemento Científico para este 13º Simpósio Mineiro de Intercorrências.

Este evento, e conseqüentemente o seu Suplemento Científico, tem uma importância fundamental para a Cirurgia Plástica; nele, discutimos a nossa realidade nas Clínicas, Consultórios e Centros Cirúrgicos, onde complicações e intercorrências podem acontecer, como em qualquer especialidade médica; afinal, somos também uma especialidade de meios, e não de fins, como o são todos os ramos da medicina.

Este evento é multidisciplinar e, conseqüentemente, participam profissionais de outras áreas médicas e da área jurídica; advogados, desembargadores, juízes e Ministério Público. Uma excelente oportunidade para discutirmos abertamente a nossa realidade, o dia a dia da Cirurgia Plástica, nossas demandas, questionamentos e angústias. Não há como sermos considerados uma atividade de fins, se lidamos com pessoas. Cada indivíduo traz suas individualidades, seu DNA, suas variáveis que determinam a beleza e os segredos do ser humano. Cada um é diferente e, da mesma forma, reage diferente.

Um Suplemento Científico sobre Intercorrências com o aval de uma revista indexada e respeitada como a Revista Brasileira de Cirurgia Plástica, além de estimular a produção científica na nossa Sociedade, pode ser uma ferramenta para todos os Cirurgiões Plásticos em eventuais demandas judiciais.

Parabenizo à Regional Minas Gerais, na pessoa do Dr. Alexandre Meira e sua equipe, por tão grandioso e pertinente Simpósio; à RBCP em nome do Dr. Dov Goldenberg e todo o seu competente time, e ao nosso colaborador João Egídio de A. Junior, responsáveis diretos por este Suplemento.

Finalizo falando da minha alegria por ver concretizado mais um sonho antigo que só foi possível por um imenso trabalho conjunto. Juntos somos sempre mais fortes!



Nívoo Steffen

Presidente Nacional da Sociedade
Brasileira de Cirurgia Plástica

A cirurgia plástica é uma especialidade médica ampla, na qual cuidamos da vida como um todo, do físico ao emocional, da necessidade imediata de restauração da vida, como nos queimados, à melhoria do bem-estar, como nos procedimentos estéticos.

Com tamanha área de atuação, a exigência de nossos pacientes e de nós próprios não poderia ser menor. E infelizmente, como tudo em Medicina, há o risco do lado obscuro e doloroso de nossa atuação, envolvendo nossos pacientes a quem com todo cuidado, destreza e competência tratamos.

O Simpósio de Intercorrências em Cirurgia Plástica, este ano em sua 13ª edição, vem nos mostrando esta realidade e nos ensinando, através da experiência e vivência com nossos pares, a sabedoria do bem cuidar dos nossos pacientes nos momentos em que mais irão precisar de nossa atenção, competência e devoção: no momento da adversidade.

Agradeço ao nosso Presidente, Dr. Níveo Steffen, por tornar possível a documentação, senão toda, mas boa parte desta experiência compartilhada ao longo destes 13 anos em um complemento de nossa respeitada Revista Brasileira de Cirurgia Plástica. Este suplemento não apenas irá atingir todos aqueles que não puderam ainda comparecer a este grandioso evento, único no Brasil, quiçá no mundo, em que se fala apenas de complicações em cirurgias plásticas, mas que se torna importante documento de nossa especialidade, mostrando ao mundo leigo, ao mundo jurídico, que as complicações e intercorrências que temos não são frutos de nossos erros, mas sim do nosso ato médico, mesmo sendo realizado com toda competência, conhecimento e cuidados possíveis. Mostrar que sofremos juntos e lutamos em congressos como este para que estas intercorrências possam ser minimizadas, mas jamais exterminadas de nossas vidas, e que estudamos para

que as soluções sejam cada dia mais rápidas e eficazes, devolvendo ao nosso próximo a vida, o bem estar e o pleno gozo de seus lares e de seu trabalho o mais brevemente possível.

Agradeço a todos que aceitaram nosso convite e enviaram seus trabalhos para que pudessem ser apreciados e inclusos neste complemento da Revista Brasileira de Cirurgia Plástica, e à Diretoria Nacional que junto ao DEC e aos editores da RBCP se organizaram para que fosse possível este importante documento, que doravante desejamos e lutaremos para que seja um ato contínuo.

Forte abraço a todos,



Alexandre Alcides Mattos de Meira
Presidente da Regional de Minas Gerais

É com muita alegria que vejo este suplemento registrar o nosso Simpósio de Intercorrências, pois como fui um dos idealizadores deste evento tendo o primeiro ocorrido em 2006, quando então era o tesoureiro da Regional de Minas, junto com Renato Lage então presidente. Queríamos realizar algo diferente, que atraísse os colegas em busca de solução para nossas intercorrências e complicações e assim criamos o único simpósio no mundo com este exclusivo objetivo.

Vários temas, em cada edição, são sempre abordados tanto como administrativos, jurídicos e clínico cirúrgicos, fica um aprendizado baseado na experiência dos colegas sendo de grande valia, pois qualquer cirurgião está sujeito a enfrentar as agruras de um tratamento médico cirúrgico.

Agora os casos registrados neste suplemento irão ultrapassar o momento do evento perpetuando esta contribuição que atingirá um número maior de colegas. Espero que possamos publicar todos os anos as experiências vivenciadas e apresentadas neste simpósio.

Fica meu agradecimento ao presidente da SBCP, Dr. Níveo Steffen, por incentivar e patrocinar esta revista.
A palavra escrita se perpetua.



Eduardo Nigri
Diretor do Departamento de
Eventos Científicos (DEC)

Colegas,

Muito honrado ficamos ao aceitar o convite do Dr. Níveo Steffen (Presidente SBCP) e do Dr. Dov Goldenberg (Editor Chefe da RBCP) para, a exemplo de tantos outros suplementos por nós editorados na Revista Arquivos Catarinenses de Medicina, consolidar a produção técnica científica dos eventos da Sociedade Brasileira de Cirurgia Plástica, inclusive do 13º Simpósio Mineiro de Intercorrências.

Acreditamos que a RBCP, tanto impressa quanto online, tem um papel fundamental na perpetuação de artigos científicos, pois os mesmos serão incorporados a indexadores internacionais, e poderão ser consultados de qualquer parte do Mundo, online.

Parabéns ao Dr. Alexandre Alcides Mattos de Meira e sua equipe, presidente da Regional de Minas Gerais, pelo 13º Simpósio Mineiro de Intercorrências que acontecerá em Ouro Preto nos dias 24 e 25 de maio de 2019.

Certos do sucesso deste evento, esperando que estes trabalhos possam tornar-se “jurisprudência” para auxiliar futuramente os colegas.



Jorge Bins Ely
MD MSc PhD
Professor Titular de Cirurgia Plástica
- Universidade Federal de Santa Catarina.
Regente do Serviço de Cirurgia Plástica e
Queimados HU-UFSC

Celulite em face após preenchimento com ácido hialurônico

ALEXANDRE REZENDE
VELOSO ^{1*}



RONIGLEY JOSÉ MACONE ¹
GUILHERME CHAVES DE ABREU ¹
JUAN CARLOS OCHOA CAMPO ¹
JOSÉ VALDINEY DE CARVALHO JUNIOR ^{1,2}
ARNALDO ALMENDROS MELLO ^{1,2}

DOI: 10.5935/2177-1235.2019RBCP0097

INTRODUÇÃO

Os preenchimentos faciais têm se popularizado nos últimos anos. Esse aumento da demanda levou a um crescente número de profissionais que buscam capacitação para realizá-los. Atualmente, os preenchimentos faciais com ácido hialurônico (AH) têm sido realizados por profissionais da área da saúde não médicos, havendo um grande aumento da oferta destes procedimentos, levando inclusive a uma desvalorização desses serviços. Ao mesmo tempo que se realizam mais procedimentos, o volume de complicações tende a aumentar em proporção inversa à quantidade de profissionais habilitados e capacitados a resolvê-las.

As complicações pelo uso de preenchedores à base de AH podem ser decorrentes de inexperiência, técnica incorreta ou inerente ao próprio produto¹. Podem ser divididas em precoces (até 14 dias) e tardias. Nas complicações precoces temos eritema, edema, equimose, hematoma, necrose e nódulos; enquanto nas complicações tardias podem ocorrer os granulomas e as cicatrizes hipertróficas². O profissional médico, notadamente o cirurgião plástico, é comumente procurado para abordar tais complicações, havendo uma necessidade de não apenas aprender as técnicas de preenchimento, como também suas intercorrências, pois, em última análise, é uma característica que o diferencia no mercado.

OBJETIVOS

Apresentar o caso de abscesso de face após preenchimento com ácido hialurônico realizado por profissional não médico e realizar uma breve revisão na literatura à sua abordagem.

MÉTODO

Este trabalho é baseado no relato de caso com revisão do prontuário da paciente atendida em clínica privada e no

RESUMO

As complicações pelo uso de preenchedores a base de ácido hialurônico podem ser decorrentes de inexperiência do injetor, técnica incorreta ou inerente ao próprio produto. As infecções de partes moles, comumente, ocorrem nas primeiras duas semanas da aplicação do produto. O caso relatado apresenta uma paciente feminina que se submeteu ao preenchimento com ácido hialurônico, na face, por profissional da saúde não médico. Evoluiu com sinais flogísticos no segundo dia após a aplicação, com piora significativa do quadro, edema e rubor facial, e abscessos bilaterais até o sétimo dia, necessitando de drenagem cirúrgica e antibioticoterapia endovenosa. Apresentou melhora importante do quadro após cinco dias de internação, terminando o tratamento no domicílio, com resolução completa do quadro. Apesar de serem complicações pouco frequentes, as infecções de partes moles devem ser precoces e adequadamente abordadas devido ao alto risco de desenvolver biofilme, que é uma entidade de tratamento mais difícil. Por isto, este procedimento deve ser realizado por profissional médico capacitado.

Descritores: Preenchedores dérmicos; Ácido hialurônico; Complicações; Celulite; Abscesso.

Hospital Beneficente Portuguesa de São José do Rio Preto, SP, Brasil, no ano de 2018. A revisão da literatura foi possível a partir da busca de artigos afins nos periódicos PubMed e LILACS.

Não foram observados conflitos de interesse, tampouco foram verificadas fontes de financiamento. Foram seguidos os princípios da Declaração de Helsinque, revisada de 2000, e da Resolução 196/96 do Conselho Nacional de Saúde. A paciente recebeu o Termo de Consentimento Livre e Esclarecido e autorizou a divulgação das imagens com objetivos científicos.

RELATO DE CASO

Paciente A.R.V., 53 anos, feminina, natural e procedente da cidade de São José do Rio Preto, SP, veio em consultório com queixa de dor, hiperemia e aumento de volume em face uma semana após ser submetida a procedimento estético com ácido hialurônico, em face, por dentista. A mesma relatou que este profissional realizou o procedimento em consultório, aplicando em região malar e sulco nasogeniano. No entanto, no segundo dia após o preenchimento, a paciente evoluiu com dor e edema em hemiface esquerda, evoluindo para o lado direito no terceiro dia. Ela entrou em contato com a dentista que manteve conduta expectante, sem mencionar retorno. Edema e eritema foram progredindo. Houveram outras tentativas de contato sem sucesso, quando optou por procurar o cirurgião plástico (Figura 1). Paciente é hipertensa, não é diabética, nem fumante, não tem alergias e passou por uma cesariana há 30 anos sem intercorrências.

No exame físico no sétimo dia após o procedimento, a paciente encontrava-se em bom estado geral e afebril, com sinais flogísticos em topografia do sulco nasogeniano bilateral, associado a nódulos dolorosos a palpação, sem flutuação. Na

¹ Hospital Beneficência Portuguesa, São José do Rio Preto, SP, Brasil.

² Clínica Nuamces Cirurgia Plástica, São José do Rio Preto, SP, Brasil.



Figura 1. Sétimo dia de preenchimento.

ocasião, foi iniciada ciprofloxacina 500 mg, 12/12 h, por 7 dias, associada a dexametasona 4 mg, 6/6h, por 5 dias, e analgésico, por via oral, em regime ambulatorial.

No décimo dia do procedimento, evoluiu com uma piora importante do edema, eritema e dor em hemiface direita, que se estendeu para todo o terço médio do lado, ocupando o subcutâneo da pálpebra inferior direita à mandíbula do mesmo lado, levando a distopia do ângulo da boca, alterando a mastigação, associado a picos febris recorrentes no decorrer do dia (Figura 2). Havia flutuação em região de sulco nasogêniano, permitindo que fosse realizada drenagem por incisão direta e expressão do conteúdo.



Figura 2. Décimo dia de preenchimento.

Foi necessária internação hospitalar, início de antibioticoterapia endovenosa (ceftriaxona 2 g/dia e clindamicina 600 mg, 6/6 h, dexametasona 10 mg, 6/6 h, associada a analgésicos). A paciente foi mantida internada por cinco dias, quando teve alta hospitalar após melhora importante do edema, das funções orais, mantendo sem febre (Figura 3). Continuou com antibioticoterapia dupla (ciprofloxacina e clindamicina orais) por mais sete dias, com resolução completa do quadro.

DISCUSSÃO

Felizmente, as complicações por preenchedores são raras; no entanto, não exime do injetor, adequadamente treinado e qualificado, a responsabilidade de realizar o procedimento com técnicas adequadas de limpeza da pele, uso



Figura 3. Décimo sétimo dia de preenchimento.

adequado e cuidadoso das cânulas e agulhas, e saber atuar nos eventos adversos³. Além disso, antes do procedimento, deve ser realizada uma anamnese direcionada incluindo histórico de alergias, infecções, sangramento e reações adversas. Em geral, os preenchedores devem ser evitados em caso de infecção ativa em área próxima (intraoral, envolvendo mucosas, dental ou mesmo sinusite), processo inflamatório adjacente, imunossupressão, alergia aos componentes do preenchedor ou lidocaína, gravidez e amamentação⁴. No caso de foco de infecção ativo ou vigência de tratamento odontológico, é recomendável adiar o preenchimento, pois tais tratamentos podem causar bacteremia transitória, a qual, já comprovadamente, possui impacto sistêmico e pode causar doenças, bem como, teoricamente, provocar colonização do preenchimento e a formação de biofilme de bactérias⁵.

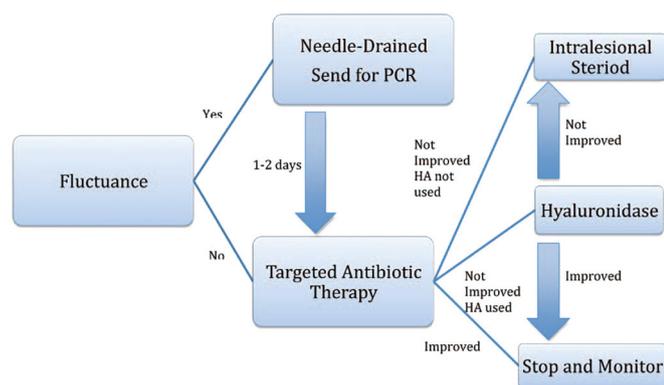
O procedimento é realizado de maneira limpa, mas nunca será completamente estéril, pois apesar de usar a clorexidina 2% e alcoólica para a limpeza, luvas, campos e gazes estéreis, a agulha pode passar por uma glândula sebácea contendo bactérias, e ainda pode haver contaminação hematogênica devido a uma bacteremia acidental por uma escovação dentária ou uso do fio dental⁶. É recomendado ainda não utilizar maquiagem não estéril nas primeiras quatro horas após o procedimento⁴.

As infecções de início precoce apresentam endurecimento, eritema, sensibilidade e prurido, e podem ser indistinguíveis da resposta transitória pós-procedimento, mas, posteriormente, podem ocorrer nódulos flutuantes e sintomas sistêmicos. As infecções normalmente são relacionadas com a flora residente (*Staphylococcus* ou *Streptococcus* spp.), introduzida pela injeção; estas bactérias são capazes de utilizar o ácido hialurônico como substrato⁶.

Deve ser realizada drenagem do abscesso e cultura microbiológica, com tratamento preferencialmente guiado por esta. No entanto, como terapia inicial, necessita de escolha antibiótica empírica, pela urgência do caso⁷. Pode ser usada a amoxicilina com clavulanato, cefalexina ou até ciprofloxacina para os pacientes alérgicos à penicilina. Inicialmente, deve ser realizada medicação via oral, podendo ser necessária a associação de antibióticos e mudança da via de administração (endovenosa) a partir da gravidade do caso, e guiada por cultura⁶. A extensão da antibioticoterapia pode durar até 4 a

6 semanas, podendo ser associados esteroides via oral⁹. No caso relatado, pela evolução dos sintomas sistêmicos, como também pela progressão das manifestações locais, a equipe julgou necessário realizar terapia antibiótica dupla endovenosa, que se manteve após resultado da cultura.

Em infecções mais duradouras, recorrentes ou com má resposta aos antibióticos, devem ser considerados infecções atípicas e biofilmes⁸. Estes, são constituídos por uma matriz segregada por bactéria, de consistência firme, resistente à antibioticoterapia e ao sistema imune³. São também de difícil diagnóstico, uma vez que a maioria das culturas são negativas, necessitando de estudos moleculares (Algoritmo 1)¹⁰. Deve-se incluir, no mínimo, duas medicações: ciprofloxacina e macrolídeo (claritromicina), durante até 6 semanas. A hialuronidase e esteroides intralesionais devem ser considerados e, em último caso, excisão cirúrgica da lesão.



Algoritmo 1. Manejo das complicações associadas ao biofilme. (Retirada de: Constantine RS, Constantine FC, Rohrich RJ. The ever-changing role of biofilms in plastic surgery. *Plast Reconstr Surg.* 2014; 133:865e.¹⁰)

CONCLUSÃO

Apesar das complicações com os preenchedores serem raras, elas devem ser conhecidas pelo profissional que realiza o procedimento. O caso relatado exemplificou que o médico, notadamente o cirurgião plástico, é comumente procurado em intercorrências pelo uso de preenchedores, diferenciando-o no mercado.

REFERÊNCIAS

1. Carruthers J, Carruthers A, Humphrey S. Introduction to fillers. *Plast Reconstr Surg.* 2015; 136:120S.
2. Crocco EI, Alves RO, Alessi C. Eventos adversos do ácido hialurônico injetável. *Surg Cosmet Dermatol.* 2012; 4(3):259-63.
3. Rzany B, DeLorenzi C. Understanding, avoiding, and managing severe filler complications. *Plast Reconstr Surg.* 2015; 136:196S. DOI: 10.1097/PRS.0000000000001760.
4. Parada MB, Cazerta C, Afonso JPJM, Nascimento DIS. Manejo das complicações dos preenchedores dérmicos. *Surg Cosmet Dermatol.* 2016; 8(4):342-51. DOI: 10.5935/scd1984-8773.201684897.
5. Parahitayawa NB, Jin LJ, Leung WK, Yam WC, Samaranyake LP. Microbiology of odontogenic bacteremia: beyond endocarditis. *Clin Microbiol Rev.* 2009; 22(1):46-64.
6. Cassuto D, Sundaram H. A problem-oriented approach to nodular complications from hyaluronic acid and calcium hydroxylapatite fillers: classification and recommendations for treatment. *Plast Reconstr Surg.* 2013; 132:48S. DOI: 10.1097/PRS.0b013e31829e52a7.
7. Signorini M, Liew S, Sundaram H, Boulle KL, Goodman GJ, Monheit G, Wu Y, Almeida ART, Swift A, Braz AV. Global Aesthetics Consensus: avoidance and management of complications from hyaluronic acid fillers – evidence and opinion-based review and consensus recommendations. *Plast Reconstr Surg.* 2016; 137:961e. DOI: 10.1097/PRS.0000000000002184.
8. Rohrich RJ, Monheit G, Nguyen AT, Brown SA, Fagien S. Soft-tissue filler complications: the important role of biofilms. *Plast Reconstr Surg.* 2010; 125(4):1250-6. DOI: 10.1097/PRS.0b013e3181cb4620.
9. Wilson AJ, Taglienti AJ, Chang CS, Low DW, Percec I. Current applications of facial volumization with fillers. *Plast Reconstr Surg.* 2016; 137:872e. DOI: 10.1097/PRS.0000000000002238.
10. Constantine RS, Constantine FC, Rohrich RJ. The ever-changing role of biofilms in plastic surgery. *Plast Reconstr Surg.* 2014; 133:865e. DOI: 10.1097/PRS.0000000000000213.

*Endereço Autor:

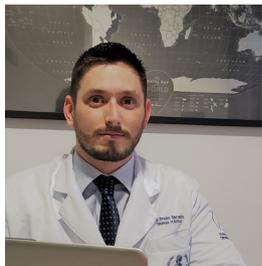
Alexandre Rezende Veloso

Rua José Polachini Sobrinho, nº400 - São José do Rio Preto, SP, Brasil

CEP 15084-160

E-mail: veloso.ar@gmail.com

Complicações em gluteoplastia



**BRUNO ANTÔNIO BEZERRA
BARRETO** ^{1,2*}

FERNANDO SERRA ^{1,2}
JOSÉ HORÁCIO COSTA ABOUDIB JUNIOR ^{1,2}

DOI: 10.5935/2177-1235.2019RBCP0098

INTRODUÇÃO

Desde o primeiro relato de gluteoplastia de aumento por Bartels *et al.*, em 1969¹, utilizando implantes mamários para correção de deformidade glútea, muitos avanços surgiram neste campo da cirurgia plástica. Recentemente, com a popularização das diversas técnicas de gluteoplastia e com o incremento no número de pacientes procurando este tipo de procedimento, ocorreu um aumento considerável na incidência de complicações envolvendo o implante de glúteo².

As complicações mais frequentes são seroma, deiscência de ferida operatória, infecção, hematoma, assimetria, dor crônica e deslocamento dos implantes. O diagnóstico e tratamento destas complicações podem ser desafiadores para os cirurgiões plásticos.

OBJETIVO

Tendo em vista os relatos de colegas cirurgiões que encontraram dificuldades na condução de casos de complicações de gluteoplastias, desenvolvemos este artigo com o propósito de apresentar, de forma sucinta, uma revisão sobre as principais patologias que podem ser encontradas no pós-operatório recente ou tardio de cirurgias para implante de próteses glúteas.

MÉTODO

Deiscência de ferida operatória

Dentre as diversas complicações encontradas no pós-operatório das gluteoplastias de aumento, as mais frequentemente encontradas são as deiscências de ferida operatória e seromas (Figuras 1 e 2)^{3,4}. A alta prevalência destas complicações se deve, principalmente, ao posicionamento de ferida cirúrgica numa região de dobra cutânea constantemente submetida à tensão e forças de cisalhamento entre os planos profundos fixos e os planos superficiais móveis.

Algumas mudanças na técnica cirúrgica da gluteoplastia de aumento foram introduzidas com o propósito de prevenir este tipo de complicação³. Dentre as diversas alterações técnicas sugeridas, a diminuição das dimensões do túnel subcutâneo dissecado para introdução das próteses de silicone, a realização de pontos de adesão em subcutâneo e a preservação da vascularização dos retalhos dermogordurosos apresentaram os melhores resultados em estudos conduzidos pelos autores^{3,5}.

RESUMO

Recentemente, com a popularização das diversas técnicas de gluteoplastia e o incremento no número de pacientes procurando este tipo de procedimento, ocorreu um aumento considerável na incidência de complicações envolvendo o implante de próteses glúteas. As complicações mais frequentes são seroma e deiscência de ferida operatória. Infecção superficial ou profunda, hematomas, assimetrias, dor crônica e deslocamento dos implantes glúteos também estão descritas. A falta de familiaridade de uma parte dos cirurgiões plásticos com a gluteoplastia de aumento torna importante a discussão sobre o diagnóstico e tratamento de suas complicações.

Descritores: Gluteoplastia; Implante glúteo; Silicone; Complicações.



Figura 1. Deiscência parcial de ferida operatória.

Posicionamento da cicatriz

Deve-se prestar bastante atenção no planejamento da posição da incisão cutânea. O correto posicionamento da incisão no sulco interglúteo^{3,6} em posição mediana leva à uma cicatriz minimamente perceptível e agradável do ponto de vista estético.

Seromas

Os seromas são complicações relativamente comuns que devem ser tratadas por punção guiada por ultrassonografia ou tomografia⁵. Vale salientar a importância da dissecação do menor túnel subcutâneo possível para a introdução da prótese glútea

¹ Hospital Universitário Pedro Ernesto, Rio de Janeiro, RJ, Brasil.

² Universidade do Estado do Rio de Janeiro, Rio de Janeiro, RJ, Brasil.



Figura 2. Deiscência total de ferida operatória.

e a confecção de pontos de adesão na prevenção da formação de seromas.

Em casos de seroma intracapsular recidivado devemos suspeitar de infecção por micobactérias, e seguir os protocolos diagnóstico e terapêutico.

Assimetrias

As assimetrias em gluteoplastias são complicações que podem causar grande incômodo tanto para o paciente quanto para o cirurgião. Geralmente, a assimetria é decorrente do deslocamento da prótese glútea, total ou parcialmente, do plano intramuscular^{4,6}.

O deslocamento da prótese de sua loja intramuscular deve ser suspeitado durante o exame físico. A conduta, nesses casos, deve ser guiada pela tomografia computadorizada em decúbito ventral, onde se identifica o posicionamento da prótese glútea e é feita medida da espessura do músculo glúteo máximo da paciente (Figuras 3 e 4). Nos casos onde o músculo apresenta espessura maior que 2 cm, a resolução pode ser feita em um único tempo cirúrgico, onde se confecciona uma nova loja intramuscular. Naquelas pacientes onde o músculo glúteo máximo apresenta espessura menor que 2 cm, a correção deve ser feita em dois tempos cirúrgicos, sendo o primeiro para retirada da prótese glútea e um segundo tempo, realizado após um intervalo de 4 a 6 meses, no qual se confecciona uma nova loja intramuscular.

Outros aspectos importantes na prevenção das assimetrias são a escolha correta do tipo e volume das próteses. Lembrando que as próteses texturizadas não devem ser utilizadas nas gluteoplastias de aumento, devido ao risco elevado de seroma intracapsular e deformidade no pós-operatório. Quanto à escolha do volume das próteses, aquelas de grande volume estão mais propensas a deslocamento da loja intramuscular levando à assimetria.

Infecções

As infecções de ferida operatória, comprometendo planos superficiais sem afetar a loja intramuscular, podem ser conduzidas de forma conservadora com drenagem

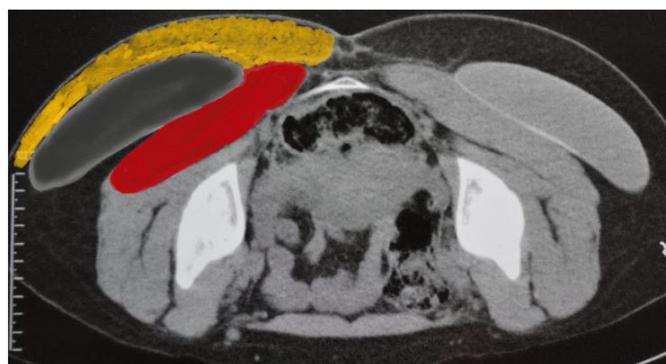


Figura 3. TC – medida da espessura muscular (> 2 cm).

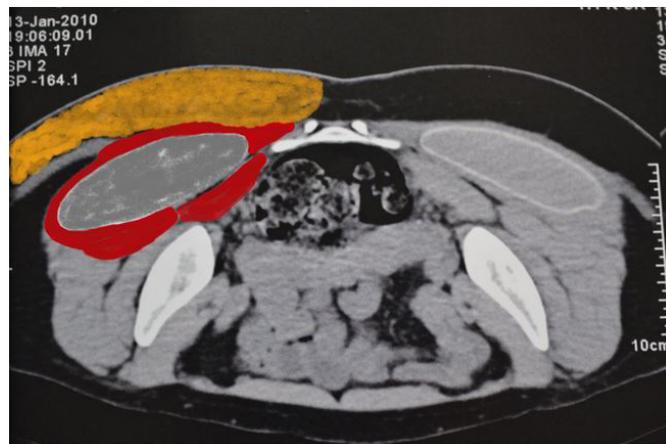


Figura 4. TC – medida da espessura muscular (< 2 cm).

e antibioticoterapia. No entanto, os quadros infecciosos envolvendo o leito dos implantes devem ser tratados com a remoção das próteses, lavagem da cavidade, drenagem e antibioticoterapia.

Naqueles casos envolvendo complicações crônicas como seromas recidivados, fistulas e inflamação prolongada, devemos suspeitar de infecção por micobactérias. Infecções por esses agentes etiológicos também devem ser tratadas com a retirada das próteses.

Nesses casos, gluteoplastias de aumento secundárias devem respeitar o intervalo mínimo de 4 a 6 meses.

Fístulas

Seromas e infecções podem evoluir com fistulização para a pele. Estas complicações devem ser avaliadas com tomografia computadorizada e ressonância magnética para melhor definição do trajeto fistuloso. O estudo radiológico não só define o diagnóstico da patologia e sua extensão, como também orienta a ressecção cirúrgica de toda fistula.

Materiais aloplásticos

A injeção de material aloplástico, como o polimetilmetacrilato (PMMA) e o silicone líquido, nos glúteos pode levar a um vasto espectro de complicações. As pacientes que se submetem a este tipo de procedimento, geralmente executados em clínicas clandestinas, procuram o cirurgião plástico em vigência de quadros infecciosos ou para tratamento de suas sequelas.

Nesses casos, o tratamento indicado é a exérese direta do material injetado seguido de um *lifting* glúteo para correção da deformidade, após delimitado qualquer possível quadro infeccioso associado.

Retrações glúteas

As retrações glúteas (Figura 4) podem ser classificadas, dependendo do plano comprometido, em subcutâneas, fasciais, musculares ou mistas. Seu tratamento se baseia na lise das trabéculas (Figuras 5 e 6) responsáveis pela retração cutânea. Este procedimento deve ser executado durante a realização da gluteoplastia de aumento.

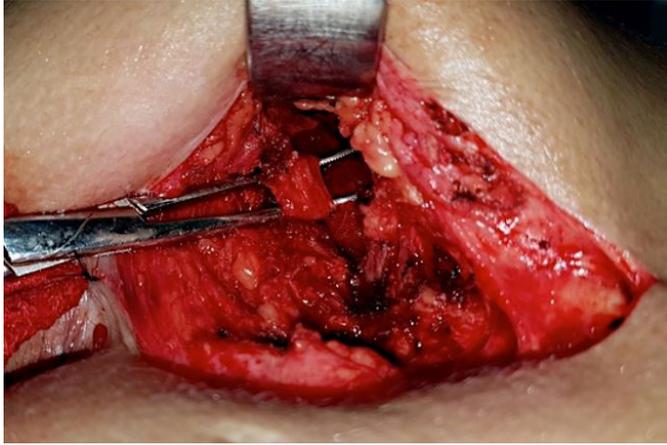


Figura 5. Aderência musculocutânea.



Figura 6. Aspecto após lise da aderência.

CONCLUSÃO

A gluteoplastia de aumento deve ser realizada por cirurgiões com experiência no tema. A maior parte das complicações advém do ato cirúrgico e podem ser evitadas. Quando presentes, estas possuem tratamento conservador na maioria dos casos³.

REFERÊNCIAS

1. Bartels RJ, O'Malley JE, Douglas WM, Wilson RG. An unusual use of the Cronin breast prosthesis: case report. *Plast Reconstr Surg.* 1969; 44:500.
2. Gonzalez-Ulloa M. Gluteoplasty: a ten-year report. *Aesthetic Plast Surg.* 1991; 15:85-91.
3. Serra F, Aboudib JH, Marques RG. Reducing wound complications in gluteal augmentation surgery. *Plast Reconstr Surg.* 2012; 130(5):706e-13e.
4. Serra F, Aboudib JH, Marques RG. Intramuscular technique for gluteal augmentation: determination and quantification of muscle atrophy and implant position by computed tomographic scan. *Plast Reconstr Surg.* 2013; 131:253e-9e.
5. Baroudi R, Ferreira CA. Seroma: how to avoid it and how to treat it. *Aesthetic Surg J.* 1998; 18:439-41.
6. Serra F, Aboudib JH, Cedrola JP, de Castro CC. Gluteoplasty: anatomic basis and technique. *Aesthet Surg J.* 2010; 30:579-92.

*Endereço Autor:

Bruno Antônio Bezerra Barreto

Av. Afonso Arinos de Melo Franco, 191, Apto. 1214 - Barra da Tijuca - Rio de Janeiro, RJ, Brasil
CEP 22631-455

E-mail: bruno.a.b.barreto@gmail.com

Diagnóstico de hematoma após nove anos de reconstrução mamária com imagem sugestiva de linfoma anaplásico de grandes células: relato de caso

CAMILA CAMARGOS
BIZZOTTO AMORIM^{1*}



MARCELO VERSIANI TAVARES^{1,2}

DOI: 10.5935/2177-1235.2019RBCP0099

INTRODUÇÃO

Apesar de a maioria das mulheres submetidas à reconstrução de mama imediata pós-mastectomia não apresentarem complicações graves com relação ao procedimento cirúrgico, algumas pacientes estão sujeitas a apresentar problemas que podem surgir em qualquer período do pós-operatório^{1,4}.

As complicações relacionadas à reconstrução mamária podem ser divididas em três grandes grupos^{1,2,4}:

- Complicações locais: infecção, hematoma, necrose;
- Complicações relacionadas ao implante: contratura capsular, ruptura ou exposição do implante, ALCL;
- Complicações estéticas: assimetria, *rippling*.

Este artigo aborda, em termos comparativos, o hematoma de mama e o linfoma anaplásico de grandes células, com exemplificação de um relato de caso.

OBJETIVO

O artigo tem como objetivo relatar um caso de hematoma tardio pós-reconstrução mamária, que em um primeiro momento foi sugerido o diagnóstico de ALCL, evidenciando as principais características para a diferenciação entre esses dois diagnósticos.

MÉTODO

Coleta de dados a partir de prontuário médico.

RELATO DE CASO

Paciente, G.P.N., 80 anos, com história de neoplasia em mama direita há nove anos. Na época do diagnóstico foi submetida, em outro serviço, à mastectomia e reconstrução imediata de mama com implante de silicone, 455 cc, perfil moderado, texturizada. Evoluiu há um ano com queixa de crescimento da mama direita, sem outras queixas; nega dor ou traumatismo local. Solicitado exame de ressonância nuclear magnética e mamografia pelo mastologista, ambas realizadas no dia 10/04/2018 (Figuras 1 e 2), que evidenciou sinais sugestivos de ALCL. A paciente foi então encaminhada à cirurgia plástica. Não foi realizado nenhum outro exame complementar.

Apresenta história pregressa de múltiplas cirurgias ortopédicas e episódios recorrentes de embolia pulmonar,

RESUMO

Relato de caso da paciente G.P.N., 80 anos, submetida a mastectomia em mama direita com reconstrução mamária com prótese texturizada há nove anos. Após oito anos do procedimento cirúrgico evoluiu com crescimento da mama direita, sem queixas de dor ou relato de trauma local. Realizada ressonância nuclear magnética (RNM), que evidenciou sinais sugestivos de linfoma anaplásico de grandes células (ALCL). Submetida a procedimento cirúrgico no dia 31/08/2018 que evidenciou hematoma tardio em mama direita.

Descritores: Reconstrução de mama; Complicações; Hematoma; Linfoma anaplásico de grandes células; Câncer de mama.

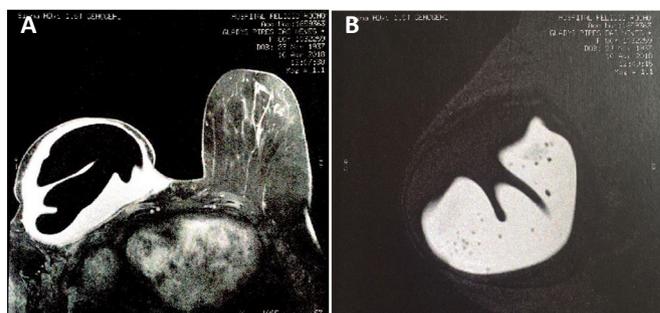


Figura 1. A: RNM de neomama direita evidenciando presença de coleção periprótese mamária (corte axial); **B:** RNM de neomama direita evidenciando presença de coleção periprótese mamária (corte coronal).

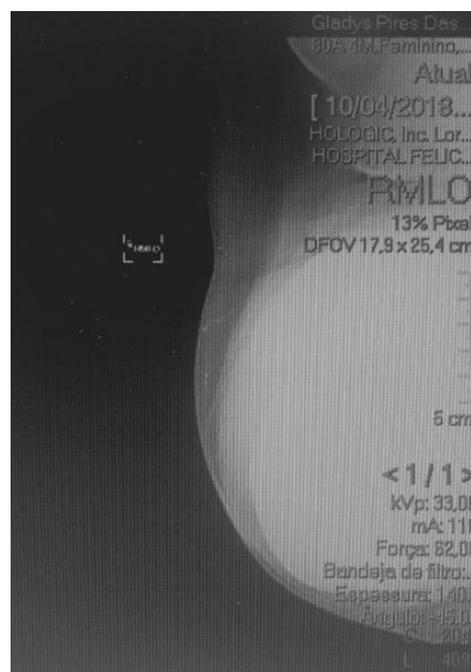


Figura 2. Mamografia de neomama direita evidenciando presença de coleção periprótese mamária.

¹ Hospital Felício Rocho, Belo Horizonte, MG, Brasil.

² Sociedade Brasileira de Cirurgia Plástica, Minas Gerais, MG, Brasil.

submetida a angioplastia previamente, e em uso de várias medicações de rotina, entre elas varfarina em dose terapêutica.

Ao exame físico, a paciente apresentava volume mamário direito aumentado com mama endurecida, tensa, com presença de irregularidades em região medial sugestiva de herniação, coloração da pele em polo inferior ligeiramente escurecida. Não foi identificada linfadenomegalia.

Diante da suspeita de linfoma anaplásico de grandes células, porém sem confirmação diagnóstica, em paciente anticoagulada, foi optado por tratamento cirúrgico para esclarecimento do diagnóstico. A curva do RNI da paciente está apresentada no Gráfico 1.

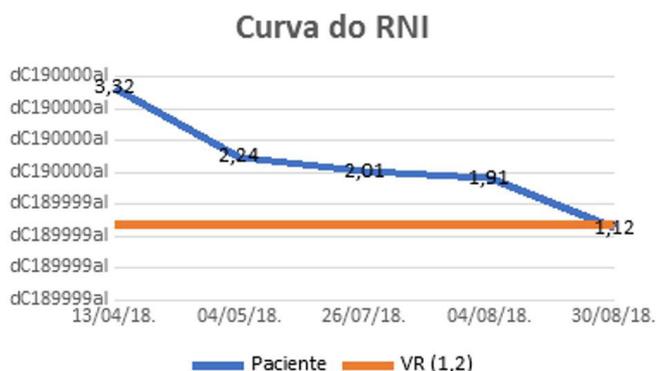


Gráfico 1. Curva do RNI da paciente, desde o início do acompanhamento, com a cirurgia plástica, até a abordagem cirúrgica.

Foi orientada, pelo cardiologista, a suspensão da varfarina por 14 dias antes do procedimento cirúrgico, com manutenção de enoxaparina durante esse período.

Paciente compareceu ao Hospital Felício Rocho, no dia 31/08/2018, para abordagem cirúrgica. Durante o procedimento cirúrgico evidenciou-se grande coleção hemática, entremeada com a presença de coágulos de coloração marrom e consistência gelatinosa, compatível com hematoma tardio em organização e liquefação. Foi realizada a drenagem do hematoma, capsulectomia com envio da mesma para exame anatomopatológico, colocação de novo implante mamário 610 cc, e locado dreno de pressão negativa.

A paciente evoluiu sem intercorrências no pós-operatório, recebeu alta no dia seguinte. Optou-se por manter enoxaparina em dose profilática por mais seis dias após a alta hospitalar.

Foi mantida enoxaparina por 10 dias após o procedimento cirúrgico, até a retirada do dreno de pressão negativa. Não houveram complicações no pós-operatório.

Resultado de anatomopatológico da cápsula mamária evidenciou pesquisa negativa para malignidade.

DISCUSSÃO

O aparecimento tardio de coleções ao redor do implante mamário é raro, e sua etiologia ainda não é bem compreendida. São necessários exames laboratoriais e de imagem para melhor esclarecimento do diagnóstico, sendo que, toda coleção com surgimento após um ano de cirurgia ou mais, deve ser encaminhada para estudo oncológico sob suspeita de linfoma anaplásico de grandes células (ALCL).

Dentre os diagnósticos diferenciais de coleções tardias pós-reconstrução mamária estão: hematoma, infecção, ruptura do implante mamário, ALCL^{1,2}.

Hematoma

A incidência de hematoma em cirurgia de reconstrução mamária é baixa, aproximadamente 2% dos casos. Tipicamente,

ocorre entre 12 e 24 horas após o procedimento cirúrgico, sendo este classificado como precoce, e após este período, classificado como hematoma tardio^{1,5}.

Existem poucos casos relatados e estudos envolvendo a fisiopatologia do hematoma tardio pós-reconstrução mamária imediata. Os principais fatores de risco encontrados na literatura são:

- Trauma;
- Distúrbios de coagulação ou uso de anticoagulantes;
- Uso de corticoides no período peroperatório.

Os fatores de risco citados acima, geralmente, cursam com hematomas de início súbito, associado a dor forte no local de acometimento. A paciente do caso relatado, apesar do uso de anticoagulantes, não apresentou queixa de dor. Outros fatores relacionados a quadros insidiosos, são citados a seguir⁵:

- Reação inflamatória exacerbada (comum em uso de prótese de poliuretano), aumento da permeabilidade capilar;
- Contratura capsular, atrito entre a cápsula e o implante.

Não há relato de fator de risco para formação de hematoma relacionado à localização, incisão ou tipo do implante.

O tratamento do hematoma tardio é similar ao do precoce, envolvendo exploração cirúrgica do sítio da complicação, drenagem do hematoma e revisão da hemostasia; qualquer distúrbio de coagulação deve ser corrigido. Não há consenso na literatura sobre a colocação de novo implante, podendo ser o mesmo, liso ou texturizado.

Linfoma Anaplásico de Grandes Células (ALCL)

O linfoma anaplásico de células gigantes é um tipo raro de linfoma de células T que surge ao redor do implante de mama texturizado, em média de 7 a 10 anos após o procedimento cirúrgico, porém, há relatos do surgimento desta patologia entre 2 e 32 anos após a reconstrução mamária^{5,6}.

Ao exame físico, é detectada coleção fluida ao redor da cápsula em, aproximadamente, 70% das vezes, sendo que os outros 30% se apresentam como massa. É de acometimento unilateral na maioria das vezes, sendo raro o acometimento bilateral, mesmo em pacientes submetidas à reconstrução mamária bilateral. Linfadenopatia está presente em aproximadamente 20% dos casos.

Uma revisão de literatura publicada por Miranda *et al.*, no Journal Clinical Oncology, em 2014, de 60 casos publicados de ALCL, de 1997 a 2012, demonstra que³:

- A principal forma de apresentação do ALCL, nos casos descritos, é de seroma, correspondendo a 63% dos casos (Gráfico 2);

Apresentação do ALCL

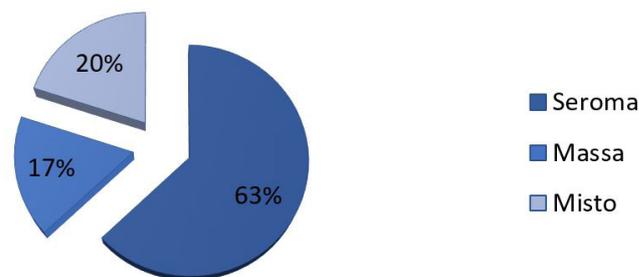


Gráfico 2. Formas de apresentação do ALCL.

- Apenas 17% apresentaram linfonodopatias, sendo que, destas, apenas em 60% (10 pacientes) foi confirmada malignidade.

O ALCL deve ser suspeitado em toda paciente que desenvolve seroma após um ano ou mais de pós-operatório. Para confirmação diagnóstica, é necessária a realização de um exame de imagem (USG ou RNM das mamas), após a identificação da coleção deve-se realizar a punção do líquido para estudo de imuno-histoquímica CD30⁴.

Discussão baseada no Relato de Caso

No caso descrito acima, é possível identificar sinais e sintomas sugestivos tanto de hematoma quanto de ALCL. A Figura 3 demonstra esses fatores.

Sintomas e fatores de risco	Hematoma	Linfoma
Coleção peri-implante	+	+
Surgimento tardio	-	+
Unilateral	+	+
Ausência de linfadenomegalia	+	-
Uso de anticoagulantes	+	-
Ausência de trauma	-	+

Figura 3. Comparação entre hematoma tardio de mama e linfoma anaplásico de grandes células a partir do quadro clínico apresentado pela paciente.

A queixa principal da paciente era de assimetria das mamas devido a um aumento tardio de volume em mama direita. Após a realização da RNM, foi constatada uma coleção heterógena periprótese; é possível considerar ambas as hipóteses diagnósticas de linfoma e hematoma a partir desses dados radiológicos. A não identificação de linfadenopatias em cadeias axilares e torácicas avaliadas pelo exame de imagem não excluiu a possibilidade do diagnóstico de ALCL, visto que estudos mencionados anteriormente demonstram que a grande maioria das pacientes não apresentam linfadenomegalia no momento do diagnóstico.

O uso de anticoagulantes em doses terapêuticas pela paciente, devido a patologias prévias, é um dos fatores de risco para o surgimento do hematoma. O RNI apresentado pela paciente, no início da investigação diagnóstica, nos faz acreditar que o uso de anticoagulantes, associado a traumas menores, mesmo não relatados pela paciente, é o fator causal dessa complicação.

CONCLUSÃO

As complicações cirúrgicas pós-reconstrução mamária são várias, e é importante levar em consideração as patologias prévias da paciente, assim como a história do surgimento de cada complicação.

No caso relatado, o hematoma é classificado como tardio, visto que o surgimento desta complicação ocorreu após nove anos do procedimento cirúrgico. Como fator de risco relacionado é possível associar a complicação com o uso de anticoagulantes, no momento dos exames pré-operatórios a paciente se encontrava anticoagulada, com RNI de 2.81.

O tratamento foi condizente com o preconizado na literatura, que é a drenagem do hematoma, revisão da hemostasia e capsulectomia total com envio para exame anatomopatológico para comprovação de ausência de malignidade. Foi optado por colocação de nova prótese no mesmo tempo cirúrgico.

REFERÊNCIAS

1. Nahabedian M, Gutowski KA. Complications of reconstructive and aesthetic breast surgery. Oct 2017. Disponível em: https://www.uptodate.com/contents/complications-of-reconstructive-and-aesthetic-breast-surgery?source=history_widget. Acesso em: 18/03/2019.
2. Clemens MW, Jacobsen E. Breast implant-associated anaplastic large cell lymphoma. Feb 2019. Disponível em: https://www.uptodate.com/contents/breast-implant-associated-anaplastic-large-cell-lymphoma?source=history_widget. Acesso em: 28/03/2019.
3. Sabel MS. Clinical manifestations and diagnosis of a palpable breast mass. Aug 2017. Disponível em: https://www.uptodate.com/contents/clinical-manifestations-and-diagnosis-of-a-palpable-breast-mass?source=history_widget. Acesso em: 20/10/2019
4. Jacobsen E. Treatment of systemic anaplastic large cell lymphoma. Jan 2019. Disponível em: https://www.uptodate.com/contents/treatment-of-systemic-anaplastic-large-cell-lymphoma?source=history_widget. Acesso em: 20/03/2019.
5. Nahabedian M. Implant-based breast reconstruction and augmentation. Jan 2019. Disponível em: https://www.uptodate.com/contents/implant-based-breast-reconstruction-and-augmentation?source=history_widget. Acesso em: 19/03/2019.
6. Freedman AS, Aster JC. Clinical manifestations, pathologic features, and diagnosis of systemic anaplastic large cell lymphoma. Oct 2018. Disponível em: https://www.uptodate.com/contents/clinical-manifestations-pathologic-features-and-diagnosis-of-systemic-anaplastic-large-cell-lymphoma?source=history_widget. Acesso em: 20/03/2019.

*Endereço Autor:

Camila Camargos Bizzotto Amorim

Rua Rio Doce, 15, apto 901 - Belo Horizonte, MG, Brasil

CEP 30140-220

E-mail: camilaamorim74@yahoo.com.br

Rabdomiólise como complicação pós-operatória de cirurgia ortognática: relato de caso



**CAMILA CAMARGOS
BIZZOTTO AMORIM** ^{1*}

KLAUS RODRIGUES DE OLIVEIRA ^{1,2}

DOI: 10.5935/2177-1235.2019RBCP0100

INTRODUÇÃO

A rabdomiólise é uma síndrome caracterizada por necrose muscular com consequente liberação de conteúdo intracelular no compartimento intravascular, seu quadro clínico pode variar desde assintomático até insuficiência renal aguda, a depender do grau de lesão muscular¹.

A literatura que aborda essa complicação em pós-operatório de cirurgia ortognática ainda é muito restrita, o que evidencia a raridade desta complicação neste procedimento cirúrgico. Este artigo discute as possíveis causas de rabdomiólise em um paciente submetido a cirurgia ortognática bimaxilar, com ênfase nos sinais e sintomas apresentados pelo paciente do caso relatado.

OBJETIVO

O artigo tem como objetivo demonstrar, por meio de relato de caso, a importância de um exame físico detalhado em pós-operatório, atentando-se para possíveis complicações pós-operatórias.

MÉTODO

Coleta de dados a partir de prontuário eletrônico.

RELATO DE CASO

Paciente F.A.B.L., masculino, 32 anos, submetido no dia 08/12/2018 a cirurgia ortognática bimaxilar não secundária a trauma, procedimento e ato anestésico com duração total de 4:30 h, sem intercorrências. Paciente previamente hígido, nega uso de medicações ou drogas, IMC 24,8.

Recebeu alta hospitalar no dia 09/12/2018 queixando-se de dor leve em MMII, sem outras queixas. Mantendo queixa do dor em MMII, foi orientado a comparecer ao pronto atendimento do Hospital Felício Rocho para elucidação diagnóstica.

Paciente mantinha queixa de dor em MMII, sem progressão, sem outras queixas. Relatava diurese escurecida, porém com volume satisfatório. Ao exame, apresentava edema facial compatível com procedimento cirúrgico e edema discreto em MMII.

RESUMO

Relato de caso do paciente F.A.B.L., 32 anos, submetido no dia 08/12/2018 a cirurgia ortognática bimaxilar, evoluiu no pós-operatório com quadro de dor e edema em MMII, urina escurecida e aumento dos níveis séricos de creatinina, sendo diagnosticada rabdomiólise. A rabdomiólise é uma síndrome caracterizada por necrose muscular com consequente liberação de substâncias intracelulares em meio intravascular, pode ter etiologia traumática, funcional e não traumática e não funcional, sendo que a definição do fator causal é feita a partir da história clínica. Este artigo aborda a síndrome da rabdomiólise com base no quadro clínico apresentado pelo paciente, com ênfase na sintomatologia e possíveis causas para o diagnóstico.

Descritores: Cirurgia ortognática; Complicações; Pós-operatório; Rabdomiólise; Creatinina; Cirurgia plástica.

Foram levantadas três principais hipóteses diagnósticas:

- Trombose venosa profunda – solicitado Doppler de MMII;
- Dor postural;
- Rabdomiólise – solicitada revisão laboratorial.

Exames laboratoriais evidenciaram valores de creatinofosfoquinase (CPK) 18.375 e creatinina (Cr) de 0,8, sem outras alterações. Após este resultado, foi diagnosticado o quadro de rabdomiólise em pós-operatório de cirurgia ortognática bimaxilar, sem disfunção renal ou DHE. Demais resultados de exames laboratoriais podem ser encontrados na Tabela 1.

Foi solicitada internação, inicialmente em CTI, para melhor controle hídrico, onde foi realizada hidratação venosa em BIC a 100 mL/h. Após um dia, o paciente recebeu alta para enfermaria, com melhora das queixas álgicas em MMII, mantendo-se afebril e apresentando diurese satisfatória.

Durante todo o período de internação foi mantida a hidratação venosa a 100 mL/h, mantendo volume urinário mínimo de 1 mL/kg/h e solicitadas dosagens diárias de CPK e Cr (Figuras 1 e 2). Em nenhum momento o paciente apresentou picos febris ou sinais de síndrome compartimental. Não foi encontrada nenhuma indicação de complicação cirúrgica local.

Recebeu alta após cinco dias de internação com orientação de hidratação oral de 2 L/dia e retorno ambulatorial em sete dias. A Figura 3 mostra a comparação entre pré e pós-operatório de 7 dias.

DISCUSSÃO

Achados clínicos e laboratoriais

A rabdomiólise é uma síndrome caracterizada por necrose muscular com consequente liberação de conteúdo intracelular no compartimento intravascular. Seu quadro clínico pode variar desde assintomático até insuficiência renal aguda (IRA) grave.

As principais queixas dos pacientes são: mialgia, urina escura, mal-estar, febre, taquicardia, náusea e vômitos,

¹ Hospital Felício Rocho, Belo Horizonte, MG, Brasil.

² Sociedade Brasileira de Cirurgia Plástica, Minas Gerais, MG, Brasil.

Tabela 1. Exames laboratoriais admissionais.

Hemoglobina	12,2	Fósforo	2,70	pH	7,44
Global de leucócitos	13.400	Ácido láctico	10	TGO	332
Potássio	3,9	RNI	1,09	FAL	39
Sódio	134	PCR	111	Gama GT	16
Ureia	29	Magnésio	1,77	TGP	86

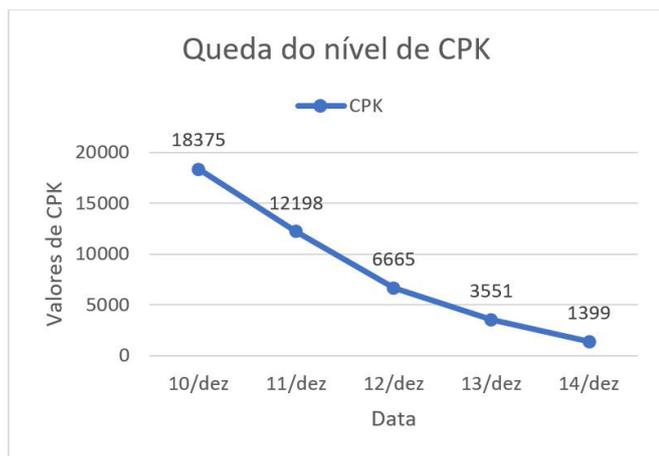


Figura 1. Queda no nível de CPK.

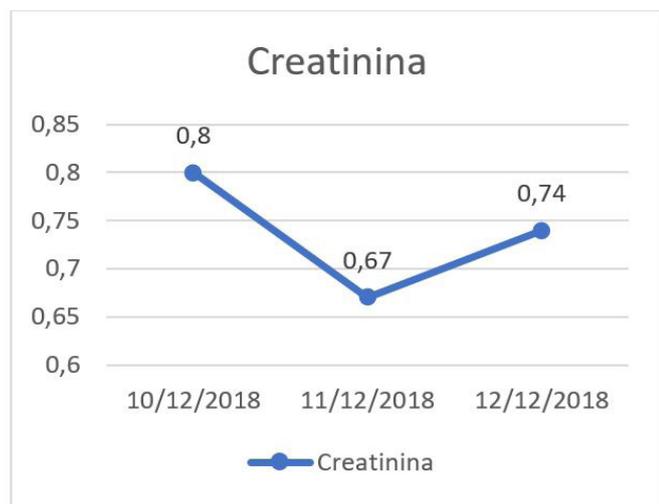


Figura 2. Alteração da creatinina.

dor abdominal e confusão mental. O paciente em questão apresentou como primeiros sintomas queixas de dor, edema e fraqueza muscular em MMII e, mais posteriormente, urina escurecida^{1,2}.

Os achados laboratoriais mais característicos são a elevação da CPK e outras enzimas musculares, mioglobulinúria. Estas e outras alterações laboratoriais são discutidas a seguir^{2,3}:

- **CPK:** é um marcador de lesão de músculo esquelético, seus níveis se elevam pelo menos em cinco vezes, sendo encontrados valores entre 1.500-100.000 (média 25.000). As alterações laboratoriais atingem seu pico em 24 a 72 horas após a injúria muscular. Após esse período, ocorre queda de aproximadamente 40% dos níveis de CPK por dia, uma diminuição ineficiente ou inexistente pode decorrer de lesão muscular contínua. No caso relatado o paciente apresentou CPK de



Figura 3. Comparação entre pré-operatório e pós-operatório de sete dias. **A:** Pré-operatório, incidência frontal; **B:** Sete dias de pós-operatório em incidência frontal; **C:** Pré-operatório em incidência lateral esquerda; **D:** Pós-operatório de sete dias em incidência lateral esquerda.

18.375 com índices decrescentes a partir de então (Figura 1).

- **Mioglobulinúria:** a mioglobulina é uma proteína liberada paralelamente a CPK durante a lesão muscular. É rapidamente excretada pela urina, fazendo com que o paciente se queixe de urina escurecida ou avermelhada. Aproximadamente, 50% dos pacientes não apresentam alterações de mioglobulinúria, o que torna a queixa não indispensável para o diagnóstico da rabdomiólise. No caso relatado, não foi realizada dosagem de mioglobulina urinária.
- **Hipercalemia e hiperfosfatemia:** decorrente da lesão muscular. A hipercalemia é mais comum, e se torna mais acentuada em pacientes com insuficiência renal aguda (IRA). No caso apresentado, não houveram alterações nos níveis de potássio e fósforo.

- IRA: complicação comum da rabdomiólise, presente quando os níveis de CPK se encontram acima de 20.000 (aproximadamente 15-50% dos pacientes) e em pacientes que apresentam fatores de risco, como desidratação, sepse e acidose. No caso descrito, não houve alteração de creatinina (Figura 2).
- Síndrome compartimental: ocorre comumente após ressuscitação volêmica agressiva. O paciente queixa-se de piora da dor em MMII, edema e parestesia. É uma emergência cirúrgica grave e não existem testes laboratoriais para diagnóstico; o mesmo é feito a partir das queixas do paciente no exame físico. No caso apresentado, o paciente apresentou inicialmente queixa de dor e edema em MMII, porém, após o tratamento com ressuscitação volêmica, o mesmo evoluiu com melhora do quadro já no primeiro dia após internação hospitalar, não caracterizando síndrome compartimental.

A tríade clássica de rabdomiólise se caracteriza com: mialgia, colúria e elevação de CPK (apresentada pelo paciente).

Causas de rabdomiólise

As causas de rabdomiólise são divididas em traumáticas, funcionais e não traumáticas e não funcionais. São identificadas sem dificuldade a partir da história que precede o diagnóstico.

Neste tópico serão discutidas as principais causas do quadro clínico apresentado pelo paciente.

Traumática⁴

- Imobilização (coma ou induzida): pacientes que permanecem em um mesmo posicionamento, durante um período prolongado, podem apresentar rabdomiólise devido a pressão exercida sobre as células musculares.
- Procedimentos cirúrgicos prolongados: o paciente pode apresentar lesão muscular devido a isquemia por compressão, comum em pacientes obesos. No caso descrito, o paciente não se encaixa no grupo de risco para o desenvolvimento desta complicação, visto que é um paciente magro (IMC 24,8) e o tempo cirúrgico foi de 4:30 h.

Funcional

Ocorre quando a necessidade de energia do músculo é maior do que a demanda⁴.

- Anemia falciforme: paciente hígido, nega patologias prévias.
- Hipertermia maligna: induzida pelo uso de anestésicos inalatórios (halotanos). Ocorre devido a alterações genéticas em receptores de controle da passagem do cálcio para o meio intercelular. Segundo informação colhida em prontuário médico, não houve relato de hipertermia maligna; na indução anestésica foi utilizado sevoflurano.
- Hipotermia: não houve relato de hipotermia durante o procedimento cirúrgico.

Não traumáticas e não funcionais⁴

- Drogas: as drogas mais comumente associadas a rabdomiólise são cocaína, anfetamina e metadona.

Durante a avaliação pré-anestésica o paciente negou o uso de drogas e álcool.

- Interação medicamentosa ou miotoxicidade: não há relato de miotoxicidade ou interação medicamentosa dentre as medicações utilizadas para procedimento cirúrgico.
- Infecções virais e bacterianas graves: o paciente manteve-se afebril durante todo o período de internação hospitalar, sem alterações de leucograma.

Outras causas de rabdomiólise, como alterações endócrinas (diabetes, hipotireoidismo e feocromocitoma), miopatias inflamatórias (dermatomiosite e polimiosite), não serão discutidas, por não fazerem parte do quadro clínico apresentado pelo paciente.

Diagnóstico diferenciais⁴

- IAM.
- Outras causas de hematuria e hemoglobinúria (trauma).
- Miopatias inflamatórias: diferencia-se da rabdomiólise pela cronicidade das queixas do paciente. As alterações laboratoriais são mais discretas. Na rabdomiólise, o paciente não apresenta alterações de eletromiografia.
- Necrose muscular imunomediada: comum em pacientes em uso de estatinas. O quadro clínico não melhora com a suspensão do medicamento; a única forma de melhora do quadro é com o uso de imunossupressores.

Manejo^{1,4}

- Hidratação e débito urinário.
- Manejo eletrolítico.
- Identificação e suspensão da causa.
- Diagnóstico rápido de síndrome compartimental, se presente.

CONCLUSÃO

A rabdomiólise é uma síndrome que raramente ocorre em pós-operatório de cirurgia ortognática, devido ao baixo índice de lesão muscular neste tipo de procedimento. É válido ressaltar a importância de se considerar todas as hipóteses diagnósticas possíveis para o caso.

Após o diagnóstico de rabdomiólise, foi considerado como mecanismo de gatilho a lesão muscular devido ao tempo operatório e posicionamento cirúrgico, ainda que o paciente não apresente os fatores de risco clássicos para o desenvolvimento do quadro.

REFERÊNCIAS

1. Khan FY. Rhabdomyolysis: a review of the literature. *Neth J Med.* 2009; 67:272.
2. Giannoglou GD, Chatzizisis YS, Misirli G. The syndrome of rhabdomyolysis: pathophysiology and diagnosis. *Eur J Intern Med.* 2007; 18:90.
3. Dequanter D, Vercruyssen N, Shahla M, Paulus P, Lothaire PH. Rhabdomyolysis in head and neck surgery. Disponível em: <http://pesquisa.bvsalud.org/portal/resource/pt/mdl-25675660>. Acesso em: 25 fev 2019.
4. Marc LM. Clinical manifestations and diagnosis of rhabdomyolysis. Disponível em: <https://www.uptodate.com/contents/clinical-manifestations-and-diagnosis-of-rhabdomyolysis>. Acesso em: 21 fev 2019.

*Endereço Autor: **Camila Camargos Bizzotto Amorim**
Rua Rio Doce, 15, apto 901 - Belo Horizonte, MG, Brasil
CEP 30140-220
E-mail: camilaamorim74@yahoo.com.br

Uso do retalho de Abbé na reconstrução do lábio superior após preenchimento com PMMA: relato de caso



**CAMILA CARVALHO
CAVALCANTE MARINHO** ^{1*}

RENATO ROCHA LAGE ^{1,2}
BRUNO FERREIRA GUIMARÃES FIGUEIREDO ^{1,2}
MARIANGELA LATINI DE MIRANDA ¹
RENATO CORREIA LIMA ¹
CHRYSYTIAN JÚNIO RODRIGUES ¹

DOI: 10.5935/2177-1235.2019RBCP0101

INTRODUÇÃO

O polimetilmetacrilato (PMMA) é um polímero utilizado como preenchedor, com apresentação na forma de microesferas sintéticas com diâmetro entre 40 e 60 mm veiculadas em um meio de suspensão que pode ser colágeno, apteico ou cristalóide^{1,2}.

Na medicina, o uso do PMMA iniciou-se na década de 1940, sendo utilizado como cimento ósseo, principalmente, na cirurgia craniofacial e cirurgias ortopédicas. No entanto, as primeiras experiências com o uso do PMMA para implantação em tecidos moles foram realizadas somente a partir da década de 1980, na Alemanha, onde Ott e Lemperle efetuaram os primeiros testes comparando, histologicamente, produtos absorvíveis com as partículas não absorvíveis após injeção em pele de ratos³.

O PMMA é um produto de caráter permanente (havendo apenas absorção do veículo), sendo constituído por microesferas de superfície irregular e não fagocitáveis, podendo gerar reações adversas locais imprevisíveis, que geralmente surgem muitos anos após a aplicação^{1,4,5}.

O PMMA vem sendo utilizado de modo indiscriminado em função de seu baixo custo, durabilidade e fácil acesso. Sua venda não é restrita, de modo que profissionais não médicos ou mesmo médicos sem especialização adequada fazem aplicações da substância².

O retalho de Abbé, descrito por Robert Abbé, em 1898, é um retalho axial baseado no pedículo da artéria labial e utilizado na reconstrução de defeitos labiais de espessura total⁶.

O presente estudo traz o relato de caso de uma paciente que foi submetida ao tratamento estético da face com uso de PMMA, evoluindo com reação de corpo estranho anos após a aplicação, sendo necessário tratamento cirúrgico com ressecção e reconstrução labial com retalho de Abbé.

RELATO DE CASO

Paciente L.O.C., 60 anos, gênero feminino, sem comorbidades, com história de tratamento estético facial com PMMA há 7 anos, em terço médio da face (região malar) e lábio superior, por profissional bucomaxilofacial. Cinco anos após o procedimento, observou surgimento de pequenas lesões

RESUMO

O PMMA é um produto de caráter permanente, sendo constituído por microesferas de superfície irregular e não fagocitáveis, capaz de gerar reações adversas locais que podem resultar em cicatrizes definitivas e inestéticas na face, causando prejuízos físicos e psicológicos aos pacientes. A reconstrução labial representa um desafio ao cirurgião plástico devido à sua complexidade funcional e estética no segmento inferior da face. O presente estudo traz o relato de caso de uma paciente que foi submetida ao tratamento estético da face com uso de PMMA, evoluindo com reação de corpo estranho anos após a aplicação, sendo necessário tratamento cirúrgico com ressecção e reconstrução labial com retalho de Abbé.

Descritores: Reconstrução; Retalho Abbé; Lábio; PMMA; Preenchedores.

nodulares cilíndricas endurecidas e pouco dolorosas à palpação nos locais de aplicação prévia do produto.

Foi submetida a ritidoplastia para correção dos defeitos inestéticos secundários ao preenchimento com PMMA em região malar. Durante procedimento, também foi realizada blefaroplastia superior a pedido da paciente.

Na região do lábio superior, relata que o mesmo profissional que realizou o preenchimento optou pela incisão direta com retirada parcial do produto, e tratamento com múltiplas injeções intralesionais com triancinolona durante dois anos.

Informa que evoluiu com discromia e atrofia do lábio superior nesta área, com perda de volume, além da manutenção de irregularidade da região. Ao exame físico, também foi identificado endurecimento, retração cicatricial e aderência de lábio superior à maxila, o que limitava a mobilidade do mesmo. Não foi evidenciado nenhum sinal flogístico no local (Figura 1).

Em nosso serviço, foi proposto tratamento cirúrgico com ressecção do segmento labial comprometido e reconstrução, em dois tempos, com retalho de Abbé.

Durante ato operatório, realizou-se marcação do retalho seguindo os seus princípios técnicos⁷: 1) a largura do retalho deve corresponder à metade da largura do defeito; 2) a altura do retalho deve ser a mesma que a altura do defeito; e 3) o pedículo do retalho deve ser posicionado no ponto médio do defeito (Figura 2.A).

Após incisão em lábio superior, ocorreu drenagem imediata de secreção purulenta, provavelmente devido a necrose asséptica do músculo orbicular da boca, causada pelas múltiplas infiltrações de triancinolona prévias. Optou-se por irrigação abundante com soro fisiológico na região e desbridamento de tecidos desvitalizados (Figura 3).

Após ressecção completa de região fibrosada em lábio superior, realizou-se incisão completa em lábio inferior no lado contralateral ao pedículo da artéria labial inferior e posterior identificação da posição da artéria no lado ipsilateral, com confecção do retalho de Abbé (Figura 2.B).

¹ Hospital da Baleia, Belo Horizonte, MG, Brasil.

² Sociedade Brasileira de Cirurgia Plástica, Minas Gerais, MG, Brasil.





Figura 1. A e B: Imagens da paciente no pré-operatório.



Figura 3. Defeito remanescente após drenagem de secreção purulenta devido a necrose asséptica do músculo orbicular da boca.



Figura 2. A: Marcação do retalho de Abbé; B: Imagem mostrando tamanho do defeito em lábio superior após ressecção de área endurecida e confecção de retalho de Abbé em lábio inferior; C: Transposição do retalho para cobertura do defeito no lábio superior; D: Aspecto final após transposição; E: Aspecto do retalho no 7º DPO.

Foi realizada transposição do retalho para o lábio superior e síntese por planos das três camadas labiais (mucosa, músculo e pele) no lábio superior e inferior (Figura 2.C).

O retalho permitiu cobertura adequada do defeito, apresentando boa perfusão no pós-operatório imediato (Figura 2.D). A paciente evoluiu sem intercorrências, recebendo alta no mesmo dia do procedimento e foi prescrito antibiótico para uso domiciliar. Retornou para consulta no 7º dia de pós-operatório, mantendo boa perfusão do retalho, sem complicações (Figura 2.E). A literatura recomenda a divisão do pedículo após 14-21 dias da cirurgia⁷.

DISCUSSÃO

O retalho clássico de Abbé pode reconstruir defeitos mediais ou laterais do lábio com um retalho composto e de espessura total, reconstituindo todas as três camadas e restaurando a continuidade do vermelhão⁷.

A reconstrução labial com retalho de Abbé, apesar de ser uma exceção, apresentou-se como boa opção de tratamento no caso relatado, devido à perda de volume causada pela necrose do músculo orbicular (consequente às múltiplas infiltrações com triancinolona), além da fibrose e retração cicatricial com aderência do lábio à maxila, que limitavam a mobilidade do mesmo. Desse modo, o retalho forneceu tecido com volume e elasticidade suficiente para correção funcional e estética do defeito após ressecção do lábio superior. No entanto, apresenta como desvantagens a realização de dois estágios obrigatórios, limitação da abertura bucal durante o processo de autonomização e cicatriz na área doadora em lábio inferior^{6,7}.

A busca pela reposição de volume facial, para correção dos efeitos do envelhecimento, estimulou o uso indiscriminado do PMMA. No entanto, seu uso deve ser cauteloso, uma vez que seus resultados são limitados por reações imunológicas e inflamatórias que são, por vezes, imprevisíveis⁸. Entre as complicações mais comuns estão as decorrentes da reação de corpo estranho, com a formação de nódulos e inflamações locais^{8,9}.

Portanto, o uso de preenchimentos implica na responsabilidade médica de injeções precisas, sendo imperativo o planejamento cuidadoso dos níveis de injeção, assim como o domínio no tratamento das eventuais complicações que podem ocorrer¹⁰.

CONCLUSÃO

O uso de preenchimentos deve ser realizado de maneira cautelosa e responsável por parte do profissional que o administra, pois, as complicações podem resultar em deformidades permanentes e causar prejuízos físicos e psicológicos aos pacientes. Apesar de ser um retalho de exceção, o retalho de Abbé mostrou-se eficaz na reconstrução labial do caso relatado, promovendo correção funcional e estética adequada.

REFERÊNCIAS

- Vargas AF, Amorim NG, Pitanguy I. Complicações tardias dos preenchimentos permanentes. *Rev Bras Cir Plást.* 2009; 24(1):71-81.

2. Campos DLP, Proto RS, Santos DC, Ruiz RO, Brancaccio N, Gonella HA. Avaliação histopatológica do polimetilmetacrilato em ratos ao longo de um ano. *Rev Bras Cir Plást.* 2011; 26(2):189-93.
3. Lemperle G, Ott H, Charrier U, Hecker J, Lemperle M. PMMA microspheres for intradermal implantation: part I. animal research. *Annals of Plastic Surgery.* 1991; 26(1):57-63.
4. Christensen L, Breiting V, Janssen M, Vuust J, Hogdall R. Adverse reactions to injectable soft tissue permanent fillers. *Aesth Plast Surg.* 2005; 34-48.
5. Silva MTT, Curi AL. Blindness and total ophthalmoplegia after aesthetic polymethyl-methacrylate injection: case report. *Arq Neur Psiquiatria.* 2004; 873-4.
6. Carone DR, Amaral CER, Amaral CAAR, Menon DN, Amaral MP, Buzzo CL. Retalho de Abbé: uma opção de tratamento no paciente fissurado bilateral. *Rev Bras Cir Craniomaxilofacial.* 2009; 12(3):94-7.
7. Neligan PC, Rodriguez ED. *Cirurgia plástica: cirurgia craniomaxilofacial e cirurgia de cabeça e pescoço.* 3 ed. Rio de Janeiro: Elsevier; 2015.
8. Rongioletti F. Granulomatous reactions from aesthetic dermal microimplants. *Ann Dermatol Venereol.* 2008; 135(1):59-65.
9. Salles AG, Lotierzo PH, Gemperli R, Besteiro JM, Ishida LC, Gimenez RP, et al. Complications after polymethylmethacrylate injections: report of 32 cases. *Plast Reconstr Surg.* 2008; 121(5):1811-20.
10. Graivier M, Cohen SR. The semipermanent and permanent dermal/subdermal fillers supplement. *Plast Reconstr Surg.* 2006; 118(3):6S.

***Endereço Autor:**

Camila Carvalho Cavalcante Marinho
Rua Alagoas, nº66 - Belo Horizonte, MG, Brasil
CEP 30130-160
E-mail: camila_ccavalcante@hotmail.com

Utilização do retalho de omento na reconstrução torácica: relato de caso



**CAMILA CARVALHO
CAVALCANTE MARINHO** ^{1*}

HUGO LEONARDO RESENDE RODRIGUES ^{1,2}

RODRIGO VELOSO ROSSI ^{3,4}

ANDREIA SOUTO DA MOTTA ⁵

MARIANGELA LATINI DE MIRANDA ¹

RENATO CORREIA LIMA ¹

DOI: 10.5935/2177-1235.2019RBCP0102

RESUMO

As reconstruções da parede torácica são procedimentos desafiadores e complexos. Embora o retalho de omento tenha sido descrito na literatura antes do músculo peitoral maior para o tratamento de feridas esternais, geralmente ele é um retalho utilizado como último recurso. Neste relato de caso, apresentamos uma paciente portadora de infecção crônica de ferida operatória após ressecção e reconstrução de esterno com prótese devido a metástase de neoplasia de mama bilateral. História prévia de setorectomia da mama direita, mastectomia radical da mama esquerda, radioterapia bilateral, reconstrução tardia com o TRAM e posterior esternectomia para tratamento de metástase esternal, impossibilitaram o uso de retalhos cutâneos e musculares da região, optou-se pela reconstrução com transposição do retalho de omento bipediculado e cobertura com enxerto de pele parcial. O retalho de grande omento mostrou-se como uma boa opção diante de suas propriedades vasculares e imunológicas.

Descritores: Omento; Cirurgia reconstrutora; Retalhos; Mediastinite; Esternotomia.

INTRODUÇÃO

As reconstruções da parede torácica são procedimentos desafiadores e complexos. Desde a sua primeira descrição conhecida no século XVIII, melhorias na técnica cirúrgica reconstrutora e na anestesia, permitiram a realização de ressecções extensas com morbidade e mortalidade aceitáveis¹.

As indicações mais comuns para a ressecção da parede torácica incluem neoplasias primárias ou metastáticas, tumores contíguos de câncer de mama ou pulmão, necrose de radiação, defeitos congênitos, trauma ou processos infecciosos de osteomielite ou esternotomia mediana^{1,2}.

A escolha de músculos locais para confecção de retalho musculares ou miocutâneos são, frequentemente, a primeira opção dentro do arsenal reconstrutivo da região torácica³. O retalho de músculo peitoral maior é, geralmente, a primeira linha para a reconstrução de defeitos no esterno. O retalho de transposição do reto abdominal também é utilizado com frequência, mas requer uma artéria mamária ipsilateral íntegra⁴.

O uso de retalho de omento para cobertura de defeitos esternais foi descrita pela primeira vez por Lee, em 1976. Desde então, ele tem sido usado para várias condições, principalmente no tratamento de infecções profundas da ferida esternal após cirurgia cardiotorácica, que corresponde a uma fonte significativa de morbidade pós-cirúrgica².

O omento é composto de gordura visceral e vasos sanguíneos, apresentando dois pedículos dominantes (artérias gastroepiploicas direita e esquerda) que surgem da curva maior do estômago. A maior vantagem deste retalho é o comprimento do pedículo, que pode ser facilmente alongado com a divisão de arcadas internas, permitindo a cobertura de feridas no mediastino, parede torácica anterior, lateral e posterior^{3,5,6}.

O retalho de transposição de omento tem se mostrado eficaz na reconstrução esternal, especialmente em defeitos irregulares ou quando os retalhos musculares falharam⁴.

RELATO DO CASO

Paciente A.L.PL., gênero feminino, 44 anos, portadora de neoplasia de mama bilateral, sem outras comorbidades. Nega tabagismo ou etilismo.

Apresenta história de surgimento da neoplasia inicialmente em mama direita, sendo realizado tratamento cirúrgico com setorectomia e esvaziamento axilar, além de terapia adjuvante com radioterapia e quimioterapia há 14 anos.

Cerca de oito anos após o término do tratamento, foi diagnosticado novo câncer primário em mama esquerda, optando-se pela realização de mastectomia radical com esvaziamento axilar. Realizou novas sessões de quimioterapia e radioterapia adjuvantes. Dois anos após ressecção oncológica, optou-se pela reconstrução tardia com retalho musculocutâneo transverso do reto abdominal (TRAM) em outro serviço.

Após três anos do último procedimento cirúrgico, foi diagnosticada com metástase óssea em região do esterno, sendo realizada nova reabordagem com esternectomia e reconstrução com prótese de metilmetacrilato e tela de Márlex.

Há cerca de dois anos, a paciente evoluiu com infecção de prótese de esterno, sendo necessárias múltiplas internações para uso de antibiótico venoso e câmara hiperbárica, porém, sem sucesso no fechamento adequado da ferida e controle do quadro infeccioso (Figura 1). Desse modo, devido a impossibilidade do uso de retalhos cutâneos e musculares da região, optou-se pela retirada da prótese e reconstrução de região esternal com retalho de omento.

Durante ato operatório, foi realizada ressecção de cicatriz cirúrgica de esternotomia prévia, com exposição da tela de Márlex e prótese esternal. Após retirada das mesmas, foi identificada grande quantidade de fibrina e moderado volume de secreção purulenta, sendo realizado desbridamento cuidadoso dos tecidos desvitalizados e lavagem abundante de leito operatório com soro aquecido (Figura 2).

¹ Hospital da Baleia, Belo Horizonte, MG, Brasil.

² Sociedade Brasileira de Cirurgia Plástica, Minas Gerais, MG, Brasil.

³ Sociedade Brasileira de Cirurgia Torácica.

⁴ Instituto Mário Penna, Belo Horizonte, MG, Brasil.

⁵ Hospital Felício Rocho, Belo Horizonte, MG, Brasil.



Figura 1. Imagem frontal do pré-operatório.

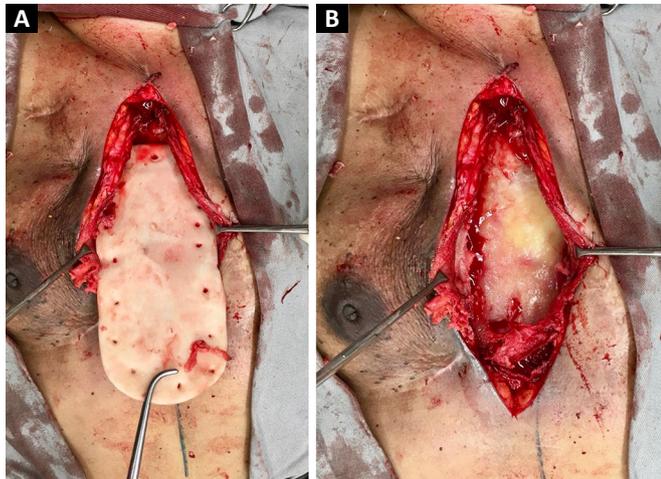


Figura 2. A: Placa de prótese de metilmetacrilato sendo retirada; B: Aspecto da ferida.

Após manipulação da ferida torácica, realizou-se uma incisão supraumbilical para identificação e confecção de retalho de grande omento bipediculado com liberação do cólon transverso em plano avascular. Realizada transposição do retalho para região torácica com tunelização em plano subcutâneo e cobertura do mesmo com enxerto de pele parcial (Figuras 3A e 3B).

A paciente foi encaminhada à unidade de terapia intensiva, sendo realizada troca de curativo *tie-over* no 5º dia de pós-operatório, com boa integração do enxerto. Apresentou boa evolução pós-operatória, sem intercorrências durante período de internação, recebendo alta hospitalar. Retornou ao ambulatório uma semana após, sem intercorrências e enxerto com boa integração (Figura 3C).

DISCUSSÃO

O retalho do músculo peitoral maior é considerado como a primeira escolha para a reconstrução cirúrgica da mediastinite pós-esternotomia em muitas instituições^{6,7}. Embora o retalho de omento tenha sido descrito na literatura antes do músculo peitoral maior para o tratamento de feridas esternais, geralmente ele é um retalho utilizado como último recurso, devido à necessidade de laparotomia e receio de complicações abdominais⁸.

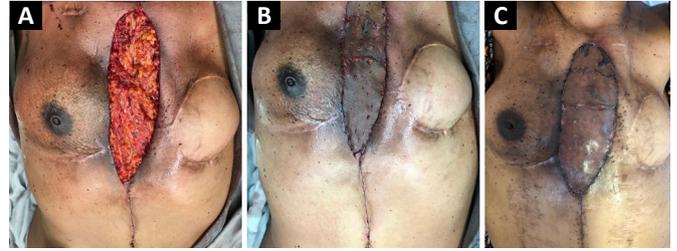


Figura 3. A: Retalho de omento transposto para cobertura da ferida torácica; B: Aspecto final pós-operatório; C: Aspecto do enxerto de pele no 12º DPO, com boa integração.

No entanto, o omento apresenta uma rede linfática robusta que auxilia no combate à infecções, e uma rica rede vascular que serve para transportar células inflamatórias e fatores angiogênicos, promovendo a revascularização dos tecidos vizinhos, além de facilitar a atuação de antibióticos nos leitos de tecido isquêmico. Por essas razões, o omento é amplamente utilizado em infecções de difícil resolução e em feridas isquêmicas^{6,8}.

Além disso, a flexibilidade e o amplo eixo de rotação o tornam uma opção atraente para o fechamento da ferida esternal, além de possibilitar o preenchimento do espaço morto após o desbridamento agressivo^{6,7,9}.

Uma variedade de estratégias pode ser usada para fornecer cobertura do retalho omental e, devido a sua ampla vascularização, aceitam prontamente um enxerto de pele de espessura parcial sem requerer um atraso adicional para esperar pelo tecido de granulação. Um problema com os retalhos omentais, além das possíveis complicações abdominais, é o potencial de necrose gordurosa irregular^{4,5}.

No caso relatado em nosso estudo, houve o comprometimento dos músculos peitoral maior e reto abdominal, conseqüente à cirurgia oncológica e reconstrutora prévias, o que impossibilitou o uso de retalhos cutâneos e musculares da região. Além disso, a paciente intercorreu com infecção crônica de difícil controle, com medidas clínicas em local de ferida operatória de esternotomia. Desse modo, o retalho de grande omento mostrou-se como uma boa opção diante de suas propriedades vasculares, linfáticas, imunológicas e de adesão ao sítio receptor.

CONCLUSÃO

Em virtude de suas propriedades, o uso do retalho de omento na reconstrução de defeitos esternais cronicamente infectados, mostrou-se um modo eficaz e seguro, sendo bastante útil em cirurgias de resgate em que não é possível o uso de retalhos locais para cobertura de defeitos da região torácica.

REFERÊNCIAS

- Mansour KA, Thourani VH, Losken A, Reeves JG, Miller JI, Carlson GW, Jones GE. Chest wall resections and reconstruction: a 25-year experience. *Ann Thor Surg*. 2002; 73(6):1720-6.
- Hörner C, Sogorski A, Goertz O, Ring A, Harati K, Lehnhardt M, Kolbenschlag J. Sternal reconstruction with the omental flap – acute and late complications, predictors of mortality, and quality of life. *J Reconstr Microsurg*. 2018; 34(5):376-82.
- Neligan PC, Rodriguez ED. *Cirurgia plástica: extremidade inferior, tronco e queimaduras*. 3 ed. Rio de Janeiro: Elsevier; 2015.
- Ghazi BH, Carlson GW, Losken A. Use of the greater omentum for reconstruction of infected sternotomy wounds. *Ann Plast Surg* 2008; 60(2):169-73.
- Tavares FMO, Menezes CMGG, Moscozo MVA, Xavier GRS, GM Oliveira, Marcos, Amorim MAP, Gama WN. Retalho de omento: uma alternativa em cirurgia reparadora da parede torácica. *Rev Bras Cir Plást*. 2011; 26(2):360-5.

6. Levashev YN, Akopov AL, Mosin IV. The possibilities of greater omentum usage in thoracic surgery. *Eur J Cardio-Thoracic Surg.* 1999; 15(4):465-8.
7. Stump A, Bedri M, Goldberg NH, Slezak S, Silverman RP. Omental transposition flap for sternal wound reconstruction in diabetic patients. *Ann Plast Surg.* 2010; 65(2):206-10.
8. Acarturk TO, Swartz WM, Luketich J, Quinlin RF, Edington H. Laparoscopically harvested omental flap for chest wall and intrathoracic reconstruction. *Ann Plast Surg.* 2004; 53(3):210-6.
9. Spindler N, Etz C, Misfeld M, Josten C, Mohr FW, Langer S. Omentum flap as a salvage procedure in deep sternal wound infection. *Ther Clin Risk Manage.* 2017; 13(1):1077-83.

***Endereço Autor:**

Camila Carvalho Cavalcante Marinho
Rua Alagoas, nº66 - Belo Horizonte, MG, Brasil
CEP 30130-160
E-mail: camila_ccavalcante@hotmail.com

Tratamento cirúrgico de complicações relacionadas ao uso de polimetilmetacrilato (PMMA) como preenchedor facial

CHRYSYIAN JÚNIO RODRIGUES^{1*}



RENATO ROCHA LAGE^{1,2}
BRUNO FERREIRA GUIMARÃES FIGUEIREDO^{1,2}
MARIANGELA LATINI DE MIRANDA¹
RENATO CORREIA LIMA¹
CAMILA CARVALHO CAVALCANTE MARINHO¹

DOI: 10.5935/2177-1235.2019RBCP0103

INTRODUÇÃO

Preenchimento facial com elementos injetáveis tem se popularizado como alternativa às cirurgias estéticas faciais. Os preenchedores utilizados podem ser classificados como temporários, como ácido hialurônico, ou permanentes, como polimetilmetacrilato (PMMA)^{1,2}.

O PMMA, também conhecido como bioplastia, é um composto de microesferas de 30 a 50 micrômetros suspensas em um composto de colágeno bovino. Seu mecanismo de ação se baseia na dissipação do colágeno bovino após 4 a 12 semanas da aplicação e um estímulo inflamatório local pelas microesferas de PMMA que induzem a produção e maturação de colágeno, produzindo volume e forma no local aplicado¹.

Os primeiros relatos de uso do PMMA são de 1940, quando começou sendo utilizado como cimento ósseo em cirurgias ortopédicas, odontológicas e craniofacial. Com relação ao seu uso em tecidos moles, as primeiras experiências datam da década de 1980, na Alemanha. Atualmente, o PMMA é o único preenchedor permanente aprovado pela Food and Drug Administration dos EUA (FDA), e esta aprovação está limitada ao seu uso para dobras nasolabiais³.

No Brasil, uma indicação do PMMA como preenchedor, prevista pela Anvisa em uma portaria de 2009, é o seu uso em preenchimento facial em pacientes portadores de HIV/Aids, para corrigir a lipodistrofia causada pelo uso de antirretrovirais. Seu manejo deve respeitar princípios de aplicação que definem a implantação do produto na derme reticular profunda, e a aplicação de muito volume deve ser evitada, pois uma série de injeções conservadoras apresentam melhores resultados⁴.

As potenciais complicações do PMMA incluem nódulos devido à colocação superficial, vermelhidão persistente ou telangiectasias, cicatrização hipertrófica, aparecimento de granulomas, inflamação, edema e mudanças de cor; porém, a literatura é escassa sobre as complicações e seu tratamento^{1,5}.

RESUMO

O uso de preenchedores tem se popularizado como alternativa aos procedimentos cirúrgicos, por serem menos invasivos. O polimetilmetacrilato (PMMA) tem sido usado como preenchedor devido ao seu baixo custo, durabilidade e fácil acesso. Entretanto, já existem na literatura vários relatos de complicações do uso desta substância para preenchimentos na face. Demonstrou-se que o PMMA provoca uma reação granulomatosa inflamatória local e suas complicações podem ser desde uma rigidez dos tecidos locais variando até edema, eritema e formação de nódulos. O presente estudo baseia-se numa série de cinco casos de pacientes que foram submetidos aos preenchimentos na face em regiões de sulco nasogeniano, pálpebra inferior, arco zigomático, região malar e glabellar, com complicações tardias, variando de 5 a 16 anos depois da aplicação. Todos os casos necessitaram de abordagem cirúrgica para remoção do PMMA, uma vez que a resposta à corticoterapia local foi insatisfatória.

Descritores: Polimetilmetacrilato; PMMA; Preenchedores; Reconstrução; Face.

O presente estudo traz o relato de cinco casos de complicações tardias ao PMMA, que variaram de 5 a 16 anos após aplicação do mesmo, tiveram resposta insatisfatória à instilação de corticoide local e necessitaram abordagem cirúrgica. As abordagens variaram desde a simples retirada do material, com fechamento simples, até a necessidade de demais procedimentos cirúrgicos para correção de deformidade da face.

RELATOS DE CASOS

Foram selecionados cinco pacientes para o presente estudo: um do sexo masculino e quatro do sexo feminino. O tempo entre a aplicação do PMMA e a apresentação de queixa variou de 5 a 16 anos. As regiões de aplicação que apresentaram complicações foram: sulco nasogeniano, arco zigomático, pálpebra inferior, região glabellar e malar. A apresentação clínica das lesões foram nodulações, rigidez local, edema com ou sem eritema, e descoloração amarela xantomatosa da pele. Para a abordagem cirúrgica da paciente com PMMA na região glabellar, foi necessária a remoção do produto do tecido subcutâneo com fechamento primário. No paciente com aplicação em pálpebra inferior, além da remoção do material, foi necessária blefaroplastia inferior. Nos casos em que houve aplicação em sulco nasogeniano ou região malar foi procedida exérese e confecção de ritidoplastia para correção das deformidades na face. Em todos os casos foi observada boa evolução pós-operatória, regressão total do volume indesejado antes ocupado pelo preenchedor, melhora do aspecto da pele sem edema ou eritema, e resultados estéticos satisfatórios (Figura 1).

DISCUSSÃO

Preenchedores dérmicos são cada vez mais populares e muitos polímeros sintéticos surgiram nos últimos anos. O uso indiscriminado do PMMA tem crescido devido ao seu baixo custo e fácil acesso, inclusive para profissionais não médicos. Na revisão bibliográfica sobre o assunto é possível

¹ Hospital da Baleia, Belo Horizonte, MG, Brasil.

² Sociedade Brasileira de Cirurgia Plástica, Minas Gerais, MG, Brasil.



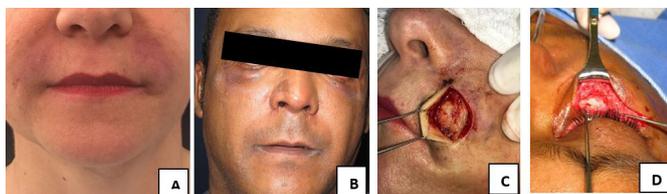


Figura 1. A e B: Edema, eritema e nodulação em região de sulco nasogeniano e palpebral inferior, respectivamente; C e D: Identificação intraoperatória de material endurecido, fibrótico e infiltrado, decorrente da aplicação de PMMA.

observar muitas complicações advindas do seu uso, além de pouca previsibilidade no resultado final^{1,5,6}. Esta série de casos demonstra cinco pacientes que necessitaram de abordagem cirúrgica para exérese do produto, e cirurgias plásticas para correção de deformidades da face.

No Brasil, este preenchedor foi muito utilizado na última década; entretanto, devido às inúmeras complicações apresentadas, em 2007, a Anvisa proibiu seu uso para fins estéticos, exceto para casos selecionados como pacientes em uso de antirretrovirais. No censo de 2017 da Sociedade Brasileira de Cirurgia Plástica (SBCP), a entidade incluiu, pela primeira vez, dados sobre as sequelas dos implantes com PMMA, e o relato é de que, em 2016, foram feitas 4.432 cirurgias plásticas para corrigir defeitos decorrentes da aplicação da substância. O total de complicações, porém, é bem maior, segundo pesquisa realizada pela SBCP-SP, pois no mesmo ano houveram mais de 17 mil registros de complicações em todo o país⁴. Apesar desses números e da regulamentação da Anvisa, no cenário atual é possível observar o uso deste preenchedor para fins estéticos de forma indiscriminada, inclusive por profissionais não médicos.

Na literatura está descrita uma série de efeitos colaterais, principalmente uma reação granulomatosa inflamatória com predomínio de células gigantes, fagocitando partículas de PMMA. A apresentação clínica pode ser desde uma rigidez dos tecidos locais variando até edema, eritema e formação de nódulos. Há casos descritos de descoloração amarela xantomatosa da pele como um efeito colateral adicional a injeção de PMMA³.

As áreas mais acometidas pelas complicações foram os lábios, seguidos por sulco periocular, sulco nasolabial, testa e bochechas. Observa-se uma maior incidência dessas complicações em regiões com derme mais delgada e que o implante se posiciona mais superficialmente. A incidência dessas complicações é incerta^{5,6}.

No trabalho de Limongi, publicado em 2015, foi observada que a histopatologia das lesões demonstrou um padrão inflamatório predominando células gigantes. Ele cita, ainda, a injeção intralesional de corticosteroides como possibilidade de tratamento dos casos, mas foi associada a uma melhora clínica pouco representativa. A excisão cirúrgica do implante apresentou os melhores resultados e mostrou-se eficaz na melhoria do edema, eritema e nodularidade⁵.

Este trabalho relata tratamento das complicações do uso do PMMA na face, mas há relatos do seu uso em outras regiões do corpo, como glúteos. Sua aplicação em grandes volumes apresenta alto índice de complicações e resultados imprevisíveis, além do mais, não há estudos em longo prazo sobre este produto no corpo.

REFERÊNCIAS

1. Vargas AF, Amorim NG, Pitanguy I. Complicações tardias dos preenchimentos permanentes. *Rev Bras Cir Plást.* 2009; 24(1):71-81.
2. Christensen L, Breiting V, Janssen M, Vuust J, Hogdall R. Adverse reactions to injectable soft tissue permanent fillers. *Aesth Plast Surg.* 2005; 34-48.
3. Neligan PC, Rodriguez, ED. *Cirurgia plástica: cirurgia craniomaxilofacial e cirurgia de cabeça e pescoço.* 3 ed. Rio de Janeiro: Elsevier; 2015.
4. Site da Sociedade Brasileira de Cirurgia Plástica. Disponível em: <http://www2.cirurgioplastica.org.br/>.
5. Goldman A, Wollina U. Polymethylmethacrylate induced nodules of the lips: clinical presentation and management by intralesional neodymium:YAG laser therapy. *Dermatol Ther.* 2019; 32:e12755. doi: 10.1111/dth.12755.
6. Limongi RM, Tao J, Borba A, Pereira F, Pimentel AR, Akaishi P, Cruz AAV. Complications and management of polymethylmethacrylate (PMMA) injections to the midface. *Aesth Surg J.* 2016; 36(2):132-5. doi: 10.1093/asj/sjv195.

*Endereço Autor:

Chrystian Júnio Rodrigues

Eli Seabra Filho, 100, 1402/1, Burity, Belo Horizonte, MG, Brasil
CEP 30575740

E-mail: chrystianrodrigues.med@gmail.com

Pioderma gangrenoso e a sutura elástica como um coadjuvante ao tratamento



EDUARDO LUIZ NIGRI DOS SANTOS^{1*}

LEONARDO DUQUE DE MIRANDA CHAVES¹

DOI: 10.5935/2177-1235.2019RBCP0104

INTRODUÇÃO

O pioderma gangrenoso (PG) é em uma dermatose neutrofílica rara, crônica e recorrente. Está associada a doenças inflamatórias intestinais, neoplasias malignas, doenças reumatológicas ou hematológicas. É mais frequente no adulto jovem, entre 25-54 anos, com predomínio nas mulheres¹⁻³.

O primeiro relato encontrado sobre a doença, foi descrito por Brocq há cerca de 100 anos, em 1916, e depois descrito por Brunsting, em 1930. Podem se localizar apenas na derme, mas em geral atingem o panículo adiposo e a fáscia subjacente dos membros inferiores, nádegas, abdome e tronco¹.

O início se dá com o aparecimento de uma pústula que, ao se romper, forma uma úlcera necrótica com bordos irregulares, chegando a gerar lesão de grandes dimensões².

O diagnóstico e o tratamento continuam sendo um desafio para o cirurgião plástico, com resultados, por vezes, insatisfatórios, mesmo quando realizados por cirurgias plásticas experientes.

Em paralelo, até então não relacionado ao tratamento do PG, em 2012, foi descrita a aplicação da sutura elástica como alternativa para fechamento de feridas amplas, evitando fechamentos sob tensão ou necessidade de enxertos cutâneos para cobertura de ferimentos deixados abertos⁴.

O objetivo deste artigo é relatar o uso da sutura elástica como um tratamento coadjuvante das feridas nos casos de pioderma gangrenoso, antecipando a cura e reduzindo as sequelas.

RELATO DO CASO

Trata-se de paciente do sexo feminino, 37 anos de idade, caucasiana, submetida à cirurgia de mamoplastia redutora no final de maio de 2016. Sem história de comorbidades, alergias ou uso de medicamentos. Submetida a cesariana há 11 anos com história de infecção local e TVP após cirurgia de fratura de fíbula.

Cerca de cinco dias após a cirurgia, 01/06/2016, apresentou área eritematosa na mama com descolamento de pele em cicatriz cirúrgica associada a febre, sugerindo um processo infeccioso. Inicialmente, foi instituída antibioticoterapia e curativos. Contudo, não houve melhora do quadro e, cerca de três dias após

RESUMO

Introdução: Relato de um caso de Pioderma Gangrenoso nas mamas em paciente submetida a mamoplastia redutora que após o tratamento agudo foi realizado o uso da sutura elástica para redução das feridas. **Objetivo:** Demonstrar a possibilidade do uso da sutura elástica para redução das feridas cicatrizações mais rápidas e cicatrizes menores. **Relato:** Paciente submetida a mamoplastia redutora foi diagnosticada com PG após 5 dias da cirurgia, sob internação foi medicada e após a remissão do quadro realizou-se suturas elásticas nas feridas. **Resultado:** obteve-se redução da dimensão das feridas bem como cicatrizes menores em tempo menor que o habitual. **Conclusão:** É possível usar a sutura elástica para reduzir as feridas provocadas pelo PG após o tratamento clínico da patologia.

Descritores: Sutura elástica; Feridas; Pioderma gangrenoso; Tratamento cirúrgico de feridas; Dermatoses.

apresentou piora das feridas com pústulas, adquirindo caráter necrótico com aumento da extensão da lesão, e foi indicada a internação da paciente (Figura 1).



Figura 1. Primeira semana de pós-operatório: Lesões necróticas bolhosas.

Os resultados do exame de admissão hospitalar, em 04/06/2016, apresentaram leucocitose: global de leucócitos 19.580 com 587 bastões e anemia com hemoglobina 10.3. Solicitada hemocultura que apresentou-se negativa. Foi conduzida para avaliação da equipe da clínica médica que ampliou espectro dos antibióticos.

Após dois dias apresentou melhora com diminuição da leucocitose (13.580) e queda da hemoglobina (8.8) e PCR (272); no dia seguinte foram coletadas novas culturas, ambas negativas. Todavia houve evolução da necrose com bordos irregulares (Figura 2).

O aparecimento clínico súbito das lesões e sua evolução necrótica e os exames laboratoriais levaram ao diagnóstico presuntivo de pioderma gangrenoso cerca de uma semana após sua internação, descartando-se outras patologias. A partir desse momento, foi iniciada corticoterapia oral: prednisona (80 mg/dia).

Após instituição da terapia, houve tendência a normalização dos exames – hemoglobina 9,6, leucócitos globais: 11.300, PCR: 52, e as feridas delimitaram a extensão da necrose com tecido de granulação se formando em seis dias (Figura 3).

Tendo em vista a grande dimensão das feridas e resultado estético comprometedor, iniciou-se a sutura elástica no dia 18/07/2016, com redução das mesmas, tendo alta hospitalar e seguimento ambulatorial (Figura 4).

¹ Fundação Hospitalar, Estado de Minas Gerais, Belo Horizonte, MG, Brasil.



Figura 2. Segunda semana de pós-operatório: Lesões sem melhora com uso de antibiótico.



Figura 3. Cerca de 1 semana após início de terapia específica para pioderma: Marco da remissão da atividade da doença.



Figura 4. Primeira etapa da sutura elástica.

A paciente retornou ao ambulatório em 23/07/2016 já com diminuição parcial das lesões, sendo realizado controle com curativos e ajuste das suturas (Figura 5).

Após cerca de dez dias realizou-se o fechamento com resultado satisfatório (Figuras 6 e 7).

DISCUSSÃO

O pioderma gangrenoso (PG) consiste em uma dermatose inflamatória, neutrofílica, não infecciosa, de ocorrência rara. Caracteriza-se por úlceras de pele, crônicas, recorrente e pode se destrutivo. A recorrência pode estar relacionada com processos traumáticos (fenômeno da patergia)^{1,3}.

Para o tratamento do pioderma gangrenoso ainda não há protocolos estabelecidos e adotados. As opções são diferentes esquemas de antibióticos de amplo espectro, corticosteroides, imunossupressores e imunomoduladores¹, e com resultados variados².

Diante das extensas feridas, considerou-se a possibilidade de uso da sutura elástica, já que é definida por apresentar resultado estético superior e de melhor qualidade quando comparado à enxertia de pele ou cicatriz de segunda intenção empregada em feridas de tamanho semelhante⁴.



Figura 5. Evidente diminuição da área cruenta com a sutura elástica.



Figura 6. Imagem após cerca de 1 ano do tratamento.



Figura 7. Imagem em perfil após cerca de 1 ano de tratamento.

Levando-se em consideração que o fenômeno da patergia ocorre em apenas 20% dos casos, optou-se pelo uso da sutura elástica com resultado satisfatório, apresentando cicatrização total das lesões em tempo bem menor e melhora do estado geral da paciente.

CONCLUSÃO

A sutura elástica demonstrou ser uma técnica que reduziu o tempo de tratamento, bem como a obtenção de cicatrizes de melhor qualidade estética no caso de pioderma gangrenoso.

REFERÊNCIAS

1. Bhat RM. Pioderma gangrenosum: an update. Indian Derm Online J. 2012; 3(1):7-13. doi:10.4103/2229-5178.93482.
2. Soares JM, Rinaldi AE, Taffo E, Alves DG, Cutait RCC, Estrada EOD. Pioderma gangrenoso pós-mamoplastia redutora: relato de caso e discussão. Rev Bras Cir Plást. 2013; 28(3):511-4.
3. Dornelas MT, Guerra MCS, Maués GL, Luiz JOM, Arruda FR, Córrea MPD. Pioderma gangrenoso: relato de caso. Juiz de Fora: HU Revista. 2008 jul./set.; 34(3):213-6.
4. Santos ELN, Oliveira RA. Sutura elástica para tratamento de grandes feridas. Rev Bras Cir Plást. 2012; 27(3):475-7.

*Endereço Autor

Eduardo Luiz Nigri dos Santos

Av. Pasteur, 89, conj. 805, Bairro Santa Efigênia, Belo Horizonte, MG, Brasil
CEP 30150-290

E-mail: eduardonigri@terra.com.br

Necrose de pele após abdominoplastia e mastopexia: relato de caso e revisão da literatura



FELIPE GUSTAVO GOMES ^{1*}

RICARDO ABREU VILELA ¹
VINÍCIUS NOBRE FLÁVIO ¹

DOI: 10.5935/2177-1235.2019RBCP0105

INTRODUÇÃO

A abdominoplastia é a sexta cirurgia estética mais frequente no mundo, realizada em aproximadamente 800 mil pacientes por ano. O objetivo principal desse procedimento é remodelar o contorno corpóreo, por meio da retirada de tecido e gordura redundantes na parede abdominal¹. A técnica é, frequentemente, combinada à lipoaspiração e à mastopexia, no intuito de maximizar os resultados desejados. Apesar do aperfeiçoamento das técnicas cirúrgicas e da condução clínica perioperatória, esses procedimentos continuam suscetíveis a raras e catastróficas complicações, cujo entendimento é imprescindível ao adequado manejo dos casos e à relação saudável entre médico e paciente.

RELATO DE CASO

A.C.A.S., 34 anos, feminina, G2P2A0, dois partos cesários (há 9 e 2 anos), ex-tabagista (há 9 anos), submetida a mastopexia + abdominoplastia + vibrolipoaspiração com enxertia, em outubro de 2018. Hipotireoideia, síndrome do intestino irritável, transtorno de ansiedade. Altura: 1,68 m; peso: 67 kg; IMC: 23,6 kg/m²; PGC: 34,4%; ASA II; Goldman I. Revisões laboratoriais, radiografia de tórax e Doppler de MMII sem achados.

- 6º DPO: início de flogose e drenagem de secreção em toda ferida operatória, evoluindo com necrose de ferida operatória, especialmente de região mamária, poupando aréolas. Foi reinternada e submetida a reabordagem cirúrgica em 10º DPO para desbridamento, retirada de prótese e nova sutura (gluconato → náilon) e biópsia/cultura. Solicitados exames complementares e parecer da infectologia.

- Culturas negativas, revisão laboratorial atípica, sem critérios infecciosos evidentes, anátomo não conclusivo, mas afastando pioderma gangrenoso. Iniciada antibioticoterapia (ceftriaxona e clindamicina) e terapia adjuvante com oxigenoterapia hiperbárica.

- A paciente evoluiu lenta e gradativamente bem após reabordagem cirúrgica. Mantida em observação clínica e feito

RESUMO

Introdução: A abdominoplastia é a sexta cirurgia estética mais realizada no mundo, sendo frequentemente associada a outros procedimentos, como mastopexia e lipoaspiração, no intuito de alcançar melhores resultados. Apesar do desenvolvimento de novas técnicas, ainda existem raras e catastróficas complicações, cujo entendimento é fundamental para o correto manejo clínico. **Objetivo e metodologia:** Por meio da apresentação de um caso clínico de necrose após abdominoplastia com mastopexia, este trabalho visa discutir sobre complicações cirúrgicas, especialmente as necróticas, detalhando sua evolução e esclarecendo a melhor condução em situações semelhantes. **Discussão e conclusão:** A necrose pós-operatória é uma complicação rara e temida, tanto devido à obscura definição etiológica, nem sempre alcançada, quanto à repercussão clínico-estética imediata e tardia. O correto manejo reduz danos, evita recidivas e, sobretudo, pode fortalecer ou resgatar a relação médico-paciente.

Descritores: Abdominoplastia; Mastopexia; Complicações pós-operatórias; Necrose; Pioderma gangrenoso.

registro fotográfico até 90º DPO. Percurso clínico pós-operatório registrado na Figura 1.

DISCUSSÃO

A abdominoplastia é frequentemente combinada a outras técnicas, sejam abdominais (como plicatura e rotação de musculaturas) ou em outros sítios (mamopexia, lipoaspiração e enxertia). A prática de cirurgias combinadas sabidamente aumenta a morbidade, levando a maior tempo de internação, maior índice de transfusão sanguínea no intra e pós-operatório, maior incidência de infecções graves e tromboembolismo². Entretanto, desde que bem programado, é seguro realizar cirurgias combinadas à abdominoplastia, sobretudo com bom senso para avaliar o custo-benefício do procedimento^{3,4,5}.

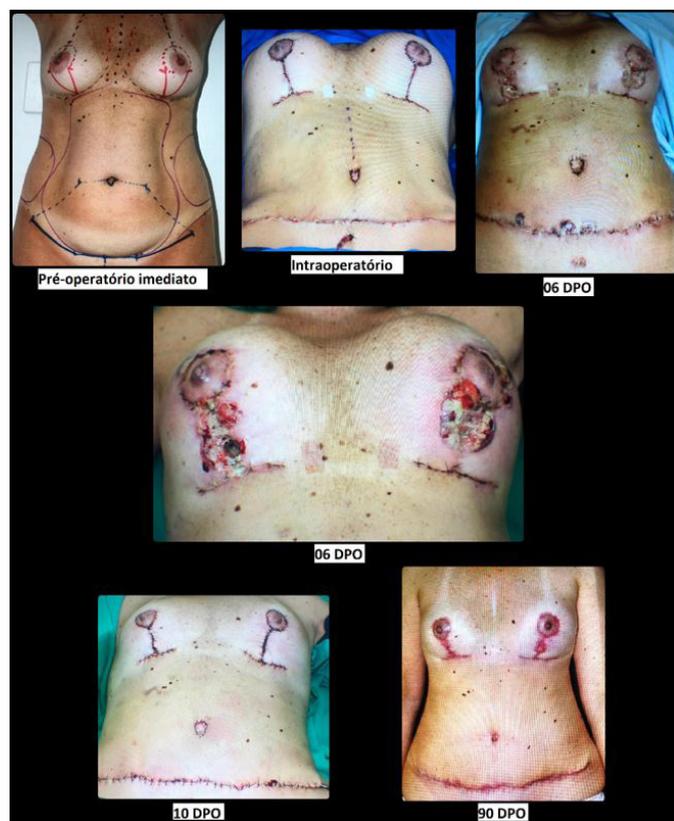
Dentre as complicações mais comuns associadas à abdominoplastia (simples ou combinada) (Tabela 1), são citados: seroma, infecção de ferida, deiscência de sutura, hematoma e trombose venosa profunda (TVP)¹. Sobre a necrose tecidual, esta tem menor incidência e é frequentemente causada por processo infeccioso adjacente, que leva à má perfusão do retalho. O principal fator de risco é a história de tabagismo, que aumenta o risco de necrose em três vezes. A epidermólise é uma variante de menor gravidade, em que seu curso natural é a reepitelização espontânea. Já o pioderma gangrenoso (PG), envolve derme e subcutâneo com diagnóstico difícil e fisiopatogenia ainda não entendida³. A evolução é arrastada e procedimentos cirúrgicos são contraindicados pelo risco de deflagrar mesma resposta necrótica. Retalhos também são evitados, pela mesma possibilidade de detonar processo similar na área doadora. A incidência de reoperações para atingir resultado estético aceitável nos quadros de necrose é menor que 1%, o que representa, felizmente, um bom indicador prognóstico ao paciente que adquire esta afecção⁶⁻⁸.

A paciente deste caso clínico apresentou evolução inicial rápida de necrose em ferida operatória, ectoscopicamente compatível com pioderma gangrenoso, uma vez que houve predileção pelo tecido mamário (mais traumatizado), com

¹ Hospital Governador Israel Pinheiro, Belo Horizonte, MG, Brasil.

Tabela 1. Incidência de complicações pós-operatórias na abdominoplastia².

Incidência de Complicações na abdominoplastia – Literatura	
Complicação	Incidência
Seroma	1,0-4,2%
Hematoma	5,0-6,1%
Deiscência	3,0-5,4%
Necrose	4,8-6,0%
TVP	1,0-1,1%
Transfusão sanguínea	3,4-17,6%
Epidermólise	5,5-12,82%
Infecção	2,2-7,3%
Embolia pulmonar	0,5-0,8%
Óbito	0,0-0,0%

**Figura 1.** Percurso clínico – registro fotográfico².

preservação de aréolas, sem secreções tipicamente infecciosas. Entretanto, após cuidadosa avaliação por três infectologistas, esse diagnóstico foi afastado, devido à histologia negativa para dermatose neutrofílica (característica do PG), culturas negativas e ausência de piora da lesão após reabordagem cirúrgica com desbridamento. Após exclusão desse diagnóstico, foi aventada a hipótese de reação alérgica, seja ao fio absorvível (Monosyn® – gliconato: 72% de ácido glicolida, 14% de carbono de trimetileno, 14% de caprolactona) ou ao curativo (Durafiber® – 80% de fibras de etilsulfonato de celulose, 20% de fibras de celulose, 0,35-1,20 mg/cm² de nitrato de prata). Por outro lado, estas hipóteses também não foram mantidas, uma vez que a paciente tem história de exposição prévia ao mesmo fio cirúrgico e a área de necrose foi evidentemente menor que a área de exposição epidérmica ao curativo.

CONCLUSÃO

As necroses após abdominoplastia (simples e combinada a mastopexia) são raras, mas acabam por representar situação catastrófica ao doente e à equipe médica, uma vez que o procedimento é eletivo e de caráter predominantemente estético. O diagnóstico etiológico é difícil e, como demonstrado, nem sempre pode ser alcançado, mesmo durante prolongada e onerosa propedêutica. Nesse manejo, torna-se imprescindível o cuidado do cirurgião em afastar as principais causas (como infecção de sítio cirúrgico, respostas alérgicas e pioderma gangrenoso), mantendo o paciente sempre amparado no processo, em meio ao contato clínico direto e ao suporte propedêutico contínuo e imediato, no intuito de garantir uma relação saudável médico-paciente e, não menos importante, se resguardar quanto aos aspectos éticos e profissionais.

REFERÊNCIAS

- Vidal P, Berner JE, Will PA. Managing complications in abdominoplasty: a literature review. *Arch Plast Surg*. 2017; 44:457-68.
- Jatene PRS, Jatene MCV, Barbora ALD. Abdominoplastia: experiência clínica, complicações e revisão da literatura. *Rev Soc Bras Cir Plást*. 2005; 20(2):65-71.
- Furtado JG, Furtado GB. Pioderma gangrenoso em mastoplastia e abdominoplastia. *Rev Soc Bras Cir Plást*. 2010; 25(4):725-7.
- Porchat CA, Santos EG, Neto GPB. Complicações pós-operatórias em pacientes submetidos à abdominoplastia isolada e combinadas a outras cirurgias do abdome. *Col Bras Cir*. 2004; 31(6):368-72.
- Rosseto M, Costa SC, Narváez PLV, Nakagawa CM. Pioderma gangrenoso em abdominoplastia: relato de caso. *Ver. Bras. Cir. Plást*. 2015; 30(2):654-7.
- Winocour J, Gupta V, Ramirez JR, Shack RB, Grotting JC. Abdominoplasty: risk factors, complication rates and safety of combined procedures. *Am Soc Plast Surg*. 2015; 136:597-606.
- Santos M, Rabelo RF, Chirano CA. Pioderma gangrenoso – apresentação clínica de difícil diagnóstico. *An Bras Derm*. 2011; 86(1):153-6.
- Neligan PC, Gurtner GC. *Cirurgia plástica: princípios*. Rio de Janeiro: Elsevier; 2015.

*Endereço Autor:

Felipe Gustavo Gomes
Rua São Paulo, nº1950 - Belo Horizonte, MG, Brasil
CEP 30170-132
E-mail: fggomes@live.com

Necrose de parede abdominal após lipoabdominoplastia: relato de caso



**GABRIEL HENRIQUE
GONTIJO CARNEIRO** ^{1*}

FILIPE REIS PEDRA ¹
GILBERTO INÁCIO CARDOSO NETO ¹
MARCELO MARTINS CASAGRANDE ¹
SÉRGIO ANTÔNIO SALDANHA RODRIGUES FILHO ¹
GUSTAVO MOREIRA COSTA DE SOUZA ¹

DOI: 10.5935/2177-1235.2019RBCP0106

INTRODUÇÃO

A dermolipectomia abdominal está entre os procedimentos em cirurgia plástica mais realizados no mundo, sendo Kelly o primeiro autor a usar a expressão lipectomia abdominal, em 1899¹. Ao longo dos anos, modificações e aperfeiçoamentos nas técnicas cirúrgicas permitiram aprimorar os resultados estéticos e funcionais, além de reduzir a incidência de complicações associadas ao procedimento. Um importante marco histórico está atribuído a Saldanha, que publicou, em 2001, a técnica de lipoabdominoplastia com descolamento seletivo do retalho abdominal com associação segura da lipoaspiração com a abdominoplastia². Atualmente, os procedimentos mais efetuados para melhorar o contorno abdominal são a lipoaspiração, a miniabdominoplastia, a abdominoplastia clássica e a lipoabdominoplastia³. Dentre as complicações mais frequentes relacionadas a tais procedimentos, destacam-se a necrose, as irregularidades do tecido adiposo, os seromas e hematomas, deiscências, trombose venosa profunda e embolia pulmonar^{1,2,5}.

OBJETIVOS

Reportar um caso de necrose do retalho abdominal após lipoabdominoplastia em uma paciente previamente hígida do Hospital das Clínicas da UFMG, bem como as medidas adotadas para tentar amenizar a progressão da área de isquemia e a terapia sequencial para condução e resolução do caso. Este trabalho também objetiva promover a reflexão sobre potenciais complicações relacionadas às cirurgias para contorno abdominal.

MÉTODO

As informações relatadas neste estudo foram obtidas pela revisão e coleta de dados em prontuário, registros fotográficos durante o acompanhamento da paciente nas consultas de pré e pós-operatório e pela revisão da literatura nas bases de dados Pubmed, SciELO e Medline.

RESUMO

Desde o primeiro relato de lipectomia abdominal, em 1899, as técnicas para cirurgia do contorno abdominal passaram por modificações e aperfeiçoamentos que permitiram aprimorar os resultados estéticos e funcionais, além de reduzir a incidência de complicações pós-operatórias. Dentre as várias complicações potenciais, a necrose de pele e subcutâneo encontra-se entre as mais prevalentes. O anseio do cirurgião por atingir resultados cada vez mais desafiadores, a execução de cirurgias margeando os limites de segurança, a escolha de técnica inapropriada e a má indicação cirúrgica são os principais fatores relacionados à ocorrência de necrose e demais complicações após abdominoplastia. O relato apresenta um caso de necrose do retalho abdominal após lipoabdominoplastia em uma paciente previamente hígida.

Descritores: Lipectomia; Abdominoplastia; Necrose; Complicações pós-operatórias; Cirurgia plástica.

RESULTADOS

A.G.S., feminina, 51 anos, portadora de lipodistrofia e flacidez cutânea de abdome, além de diástase dos músculos retos abdominais (Figura 1).



Figura 1. Pré-operatório.

Paciente previamente hígida, não tabagista e sem alergias conhecidas. Histórico de três gestações prévias com partos cesarianos, colecistectomia videolaparoscópica e histerectomia

¹ Hospital das Clínicas, Universidade Federal de Minas Gerais, Belo Horizonte, MG, Brasil.

abdominal. IMC 26,5 kg/m². Sem evidências de hérnias ventrais ao exame físico e na propedêutica de imagem. Conduzida ao bloco cirúrgico e submetida à lipoabdominoplastia com plicatura dos músculos retos abdominais após descolamento de túnel supraumbilical respeitando-se a parte média dos músculos reto-abdominais. Realizada infiltração de 1.500 mL de soro fisiológico a 0,9% com adrenalina a 1/500.000 UI, lipoaspiração de abdome e flancos com cânula 5 mm em um volume total de 2.500 mL de lipoaspirado. Observado sangramento de bordas após dermolipectomia, com peso da peça ressecada de 900 gramas. Não foram deixados drenos ou confeccionados pontos de alívio de tensão descritos por Baroudi. Posicionada cinta abdominal ao término da cirurgia (Figura 2).



Figura 2. Pós-operatório imediato.

A duração do procedimento foi de 4 horas, realizadas medidas antitrombóticas e antibioticoprofilaxia na indução anestésica. A paciente recebeu alta no 1º dia pós-operatório (DPO) em boas condições clínicas e sem sinais de complicações em sítio cirúrgico. No 4º DPO, encontrava-se com isquemia em delimitação da região suprapúbica mensurada em 14 cm de largura por 8 cm de altura, redução da temperatura local, além de tatuagem em flanco esquerdo por provável dobra da malha cirúrgica (Figura 3). Não houve sangramento do retalho à punção com agulha.

Dessa forma, optou-se pela retirada da malha cirúrgica, conduzida a ozonoterapia em um total de 5 sessões, drenagem linfática manual, e orientada a manter posição semifletida. No 12º DPO foi realizada drenagem de 260 mL de seroma. A área em sofrimento, previamente observada, encontrava-se com necrose delimitada (Figura 4).

A paciente foi conduzida ao bloco cirúrgico no 16º DPO, procedido debridamento dos tecidos desvitalizados até a aponeurose do músculo reto abdominal, associado ao descolamento do púbis e do retalho abdominal (Figura 5).

A paciente foi posicionada com dorso elevado a 60º e realizada a síntese primária em três planos do defeito em parede abdominal, após posicionamento de dreno de Penrose número 1 (Figura 6).

A paciente recebeu alta no mesmo dia, permaneceu no domicílio em posição semifletida, evoluiu com epidermólise das bordas da cicatriz, sem deiscência da sutura ou progressão



Figura 3. 4º DPO: isquemia em evolução no abdome inferior.



Figura 4. 12º DPO: necrose em abdome inferior.



Figura 5. 16º DPO: debridamento cirúrgico dos tecidos desvitalizados.



Figura 6. 16º DPO: síntese primária do defeito em parede abdominal.

da necrose. Retirado dreno de Penrose após 4 dias, e os pontos após 21 dias da reabordagem.

DISCUSSÃO

A perda da harmonia corporal, geralmente provocada por alterações pós-gravidez, sobrepeso, hérnias, cirurgias abdominais prévias e idade avançada, é um dos principais motivos de insatisfação e da realização da cirurgia plástica do abdome¹. A ânsia por atingir resultados cada vez mais desafiadores, a execução de cirurgias margeando os limites de segurança, a escolha de técnica inapropriada e a má indicação cirúrgica são os principais fatores relacionados à ocorrência de complicações pós-operatórias nas cirurgias de contorno abdominal⁴. A escolha de pacientes muito acima do peso ideal, portadores de diabetes ou insuficiência venosa de membros inferiores, podem aumentar o risco de eventos adversos, principalmente aqueles relacionados à irrigação sanguínea³. O consumo de tabaco está associado a um risco três vezes maior de necrose do retalho abdominal⁶. No intraoperatório, o descolamento excessivo do retalho abdominal, a presença de grande espaço morto e excesso de tensão na sutura estão atribuídos a complicações locais, como a necrose do retalho abdominal. A complicação mais comum descrita na literatura é o seroma⁵. Infecção, necrose, irregularidades do tecido adiposo, hematomas, deiscências e deformidades na cicatriz, trombose venosa profunda e embolia pulmonar também poderão causar a quebra de expectativa do paciente, colocando em risco a relação médico-paciente^{1,2}. Visando reduzir o risco de necrose do retalho abdominal, conforme objeto de estudo do caso apresentado, são citados na literatura a lipoaspiração, como etapa inicial, a realização de suturas de ancoragem preconizadas por Baroudi, para alívio da tensão e fechamento do espaço morto, além da recomendação de se evitar procedimentos cirúrgicos combinados^{6,9}. Evitar a lipoaspiração excessiva, o fechamento sob tensão e o uso de malhas compressivas muito apertadas reduz o risco de isquemia^{7,8}. A preservação dos vasos perfurantes com descolamento seletivo do retalho abdominal, como proposto na lipoabdominoplastia por Saldanha, também demonstrou redução na incidência de necrose². Na vigência de necrose instalada, faz-se necessário o acompanhamento regular do paciente, tanto para apoio emocional quanto para debridamentos em tempos oportunos. Na maioria dos casos, a cicatrização por segunda intenção fechará o defeito resultante dentro de semanas a meses. O uso de terapia por

pressão negativa e a oxigenoterapia hiperbárica podem ser adotados para estimular a neovascularização, proliferação de fibroblastos e deposição de colágeno, acelerando a cicatrização. A reabordagem cirúrgica para fechamento seriado ou posterior correção de cicatriz inestética pode ser necessária⁶.

CONCLUSÃO

A seleção dos pacientes candidatos à abdominoplastia, por meio de história clínica e exame físico detalhados, associados à execução da técnica cirúrgica de forma apurada e sem desprezar seus limites de segurança, permitem a obtenção de resultados estéticos satisfatórios e, principalmente, com um baixo índice de complicações.

REFERÊNCIAS

1. Filho HCA, Amorim CCB. Lipoabdominoplasty in the aesthetic treatment of the abdomen: 5 years of experience. *Rev Bras Cir Plást.* 2012; 27(2):301-8.
2. Saldanha OR, Azevedo DM, Azevedo SFD, Ribeiro DV, Nagasaki E, Junior PG, Filho ORS, Saldanha CB. Lipoabdominoplasty: reduction of complications in abdominal surgery. *Rev Bras Cir Plást.* 2011; 26(2):275-9.
3. Almeida EG, Júnior GLA. Abdominoplasty: retrospective study. *Rev Soc Bras Cir Plást.* 2008; 23(1):1-10.
4. Almeida CLA, Vieira LFDE, Leite LAS, Oliveira JAV, Ataíde RF, Oliveira EJB, Brandt CT. Importance of superficial circumflex iliac artery preservation to prevent abdominal wall necrosis in patients who underwent miniabdominoplasty: an surgical-anatomic descriptive and prospective study. *Rev Bras Cir Plást.* 2016; 31(2):178-85.
5. Xia Y, Zhao J, Cao DS. Safety of lipoabdominoplasty versus abdominoplasty: a systematic review and meta-analysis. *Aesthetic Plast Surg.* 2019 Feb; 43(1):167-74.
6. Vidal P, Berner JE, Will PA. Managing complications in abdominoplasty: a literature review. *Arch Plast Surg.* 2017 Sep; 44(5):457-68.
7. Rangaswamy M. Minimising complications in abdominoplasty: an approach based on the root cause analysis and focused preventive steps. *Indian J Plast Surg.* 2013 May; 46(2):365-76.
8. Matarasso A, Swift RW, Rankin M. Abdominoplasty and abdominal contour surgery: a national plastic surgery survey. *Plast Reconstr Surg.* 2006; 117:1797-808.
9. Khan S, Teotia SS, Mullis WF, Jacobs WE, Beasley ME, Smith KL, Eaves FF 3rd, Finical SJ, Watterson PA. Do progressive tension sutures really decrease complications in abdominoplasty? *Ann Plast Surg.* 2006 Jan; 56(1):14-20.

*Endereço Autor:

Gabriel Henrique Gontijo Carneiro

Av. Professor Alfredo Balena, 110, 7º andar - Santa Efigênia, Belo Horizonte, MG, Brasil
CEP 30130-100
E-mail: gabrielghgc@hotmail.com

Lipossarcoma – revisão de literatura e relato de dois casos



GUILHERME TEIXEIRA DE SOUZA E CASTRO ^{1*}

EMÍLIA SILVA KLEIN ¹
LUCIANO COSTA ASSIS ¹
MATHEUS DIAS ARAÚJO ¹
MÁRIO MÚCIO MAIA DE MEDEIROS ¹

DOI: 10.5935/2177-1235.2019RBCP0107

INTRODUÇÃO

Os sarcomas de partes moles são neoplasias originadas de células-tronco mesenquimais. São considerados tumores raros; correspondem a menos de 1% das neoplasias em adultos¹. No Brasil, observa-se uma incidência de menos de 3.500 novos casos anuais². Os sarcomas de partes moles são subdivididos em diversos tipos de neoplasias, sendo o lipossarcoma o mais comum entre eles². Os lipossarcomas são classificados histologicamente em lipossarcomas de células bem diferenciadas e de células desdiferenciadas, de células mixoides e/ou células redondas, e de células pleomórficas³. Os lipossarcomas de células bem diferenciadas caracterizam-se por apresentarem grandes massas multilobuladas, bem delimitadas, representam 40% dos lipossarcomas e acometem, via de regra, o retroperitônio em 30% dos casos e os membros superiores e inferiores em 50%⁴. Os classificados como desdiferenciados são considerados uma variedade dos bem diferenciados, ocorrem em 10% dos casos, com probabilidade de recidiva local e metástases^{4,5}. Os mixoides, ou redondos, têm incidência de 30% relativa aos demais. Caracterizam-se pela aparência gelatinosa e multilobulada^{4,5}. À análise microscópica, são identificados lipoblastos imersos em matriz mixoide e mucopolissacarídica, e são ricos em ácido hialurônico^{4,5}. Nos casos dos lipossarcomas de células redondas, estas são arredondadas e com núcleo vesicular, com frequentes mitoses. Nos casos dos lipossarcomas mixoides e/ou redondos, observam-se associação de células redondas e células remanescentes do lipossarcoma mixoide. Os lipossarcomas pleomórficos são considerados os mais agressivos. Apresentam-se em mais de 50% dos pacientes portadores de lesões metastáticas; neles estão presentes alterações cromossômicas complexas em 90% dos casos^{4,5}. De todos os lipossarcomas, este é o mais raro, abrangendo 5% de todos os casos^{4,7}. As metástases incidem mais nos pulmões². O diagnóstico por imagem (ressonância nuclear magnética) tem importante papel nos lipossarcomas bem diferenciados e nos desdiferenciados. A margem de segurança preconizada nos lipossarcomas bem diferenciados é de 0,5 cm, para os desdiferenciados é de 1,0 cm⁸. A biópsia está indicada nos casos de lipossarcoma mixoide e/ou de células redondas. Nos casos em

RESUMO

Introdução: Os sarcomas de partes moles são neoplasias malignas raras, dentre eles o mais frequente é o lipossarcoma. **Método:** De acordo com a literatura médica, os lipossarcomas, caso não tratados de modo sistematizado, podem apresentar recidiva local e metástases. Em três anos, o serviço de cirurgia plástica do Hospital Belo Horizonte abordou dois casos de lipossarcomas recidivados. **Resultados:** Pela raridade em que os sarcomas de partes moles são relatados, nos casos especificados, o diagnóstico foi realizado somente na sua recidiva. **Conclusão:** Os lipossarcomas são neoplasias raras, as quais requerem abordagem adequada, visando minimizar a chance de metástases e recidiva local da patologia.

Descritores: Sarcoma; Tumor de partes moles; Lipossarcoma; Tumor recidivado; Neoplasia.

que a lesão estende-se às articulações, a radioterapia prévia é importante para a redução do tumor, como facilitadora para sua ressecção. Os lipossarcomas pleomórficos, por serem agressivos, apresentam alto grau de mortalidade^{5,6}. Nestes três últimos, não há consenso quanto a margem de segurança indicada.

OBJETIVO

O objetivo deste trabalho é apresentar revisão literária dos lipossarcomas e alertar para a importância de um diagnóstico precoce. São exemplificados dois casos de recidivas de lipossarcomas advindos de outros serviços e operados pela equipe de Cirurgia Plástica do Hospital Belo Horizonte.

MÉTODO

De acordo com a literatura médica, os lipossarcomas, caso não tratados de modo sistematizado, podem apresentar recidiva local e metástases. Nos últimos três anos, o serviço de cirurgia plástica do Hospital Belo Horizonte abordou dois casos de lipossarcomas recidivados.

Primeiro caso: Paciente T.V.M., 50 anos de idade, leucoderma, apresentou-se com extensa lesão lipomatosa recidivada na região glútea esquerda, com um ano e meio de evolução. Programada a cirurgia após ressonância nuclear magnética, observou-se que a lesão localizava-se submuscular, estendendo-se à articulação coxofemoral. A peça enviada à anatomia patológica revelou tratar-se de lipossarcoma mixoide. Evolução cirúrgica transcorreu-se dentro dos padrões da normalidade. A paciente foi encaminhada à oncologia após dois meses de operada.

Segundo caso: Paciente M.T., 79 anos de idade, melanodérmica. Foi encaminhada ao serviço de Cirurgia Plástica do Hospital Belo Horizonte, em 2016, com histórico de lesão tumoral recidivada na face interna da coxa direita, após dez anos da primeira intervenção de ressecção em outro serviço. Informa que lhe disseram tratar-se de lipoma e a peça não foi encaminhada para exame histológico. Nesse ínterim, foi acometida por quadro neurológico e retorna para o tratamento cirúrgico em setembro de 2018, após ser liberada por seu neurologista. A ressonância nuclear magnética solicitada revelou “sinal predominante de gordura, medindo cerca de

¹ Centro de Formação e Treinamento em Cirurgia Plástica, Hospital Belo Horizonte, Belo Horizonte, MG, Brasil.

17,7 × 13,8 × 11,3 cm (L × T × AP), com septações grosseiras e rechaçando a musculatura local, com impressão diagnóstica de volumosa lesão heterogênea em coxa direita de linhagem adipocítica”. Encaminhada para cirurgia, esta foi realizada em outubro de 2018; a peça excisada pesou 1,3 kg. A peça enviada à anatomia patológica revelou “lesão lipomatosa não podendo afastar malignidade”. Encaminhada à imuno-histoquímica, esta firmou o diagnóstico de “lipossarcoma bem diferenciado”. O pós-operatório transcorreu satisfatoriamente. A paciente foi encaminhada à oncologia após 45 dias da cirurgia. Encontrando-se, atualmente, em tratamento oncológico.

RESULTADOS

Em ambos os casos, observou-se boa evolução pós-operatória, sem intercorrências. O diagnóstico de lipossarcoma somente ocorreu após recidiva da lesão. As imagens observadas à ressonância nuclear magnética foram sugestivas de lipossarcoma e orientaram a indicação cirúrgica (Figuras 1, 2 e 3).



Figura 1. Lesão submuscular em face medial da coxa direita.



Figura 2. Tumor após divisão da musculatura.

DISCUSSÃO

Diante dos diagnósticos anatomopatológicos e imuno-histoquímicos de lipossarcoma, nos dois casos, fica claro que em lesões adipocitárias a anatomopatologia deve estar presente, de acordo com revisão da literatura. Poderão tratar-se de lipossarcomas, mesmo que sua incidência seja rara.



Figura 3. Tumor excisado.

Consistem em desafios às equipes médicas. O diagnóstico por imagem (ressonância nuclear magnética), nos casos de lesões adiposas únicas que se apresentam em grandes massas, é de importância nos diagnósticos dos lipossarcomas diferenciados e dediferenciados. A biópsia é a escolha para os lipossarcomas mixoide e/ou de células redondas. No lipossarcoma pleomórfico, não há um consenso para seu diagnóstico prévio; destaque à importância do exame histopatológico e imuno-histoquímico na condução do tratamento.

CONCLUSÃO

Nos casos apresentados, os relatos das pacientes foram de massas volumosas inicialmente, que foram excisadas sem avaliação anatomopatológica e diagnosticadas como lipomas gigantes. Não precisam a data em que observaram o aumento de volume na região; recidivas estas que, ao serem removidas, revelaram malignidade. Nestes casos, as peças excisadas eram lobuladas e apresentavam aderência importante. O exame anatomopatológico é um alerta ao diagnóstico precoce e à conduta terapêutica. Do ponto de vista cirúrgico, o pós-operatório das pacientes transcorreu sem intercorrências em ambos os casos, e sem sequelas às pacientes.

REFERÊNCIAS

1. Crago AM, Brennan MF. Principles in management of soft tissue sarcoma. *Adv Surg*. 2015; 49(1):107-22.
2. Nassif NA, Tseng W, Borges C, et al. Recent advances in the management of liposarcoma. *F1000 Res*. 2016; 5:2907.
3. Tseng WW, Somaiah N, Lazar AJ, Lev DC, Pollock RE. Novel systemic therapies in advanced liposarcoma: a review of recent clinical trial results. *Cancers*. 2013; 5:529-49. doi: 10.3390/cancers5020529.
4. Conyers R, Young S, Thomas DM. Liposarcoma: molecular genetics and therapeutics. *Sarcoma*; 2011.
5. Crago AM, Dickson MA. Liposarcoma: multimodality management and future targeted therapies. *Surg Oncol Clin N Am*. 2016; 25(4):761-73.
6. Dodd LG. Update on liposarcoma: a review for cytopathologists. *Diagn Cytopathol*. 2012; 40:1122-31.
7. Lahat G, Anaya DA, Wang X, Tuvin D, Lev D, Pollock RE. Resectable well differentiated versus dedifferentiated liposarcomas: two different diseases possibly requiring different treatment approaches. *Ann Surg Oncol*. 2008; 15:1585-93.

*Endereço Autor:

Guilherme Teixeira de Souza e Castro

Rua Aquiles lobo, nº332- Floresta - Belo Horizonte, MG, Brasil

CEP 30150-160

E-mail: guilhermetse@hotmail.com

Uso do curativo a vácuo Avelle® para síntese de deiscência em cicatriz abdominal



HUDSON ALEX LÁZARO^{1,2,3*}

RESUMO

A terapia de pressão negativa (TPN) é utilizada, há cerca de 20 anos, na síntese de feridas e no tratamento de deiscências de abdominoplastia. O dispositivo Avelle® (ConvaTec) é um dispositivo portátil que usa a tecnologia Hydrofiber® (propicia desbridamento autolítico e promove controle da umidade do ambiente da ferida), em vez de gaze ou espuma para a terapia de pressão negativa. É um dispositivo portátil com bateria que combina as tecnologias de TPN e Hydrofiber® e pode ser usado por até 30 dias. O objetivo deste artigo é demonstrar a importância do curativo a vácuo como ferramenta para aceleração na cicatrização de deiscências pós-abdominoplastia. O uso do curativo a vácuo Avelle® se mostrou eficaz para o tratamento da deiscência da cicatriz da abdominoplastia. O tratamento diminuiu o tempo de cicatrização, proporcionou maior conforto e diminuição da ansiedade da paciente.

Descritores: Tratamento de ferimentos com pressão negativa; Abdominoplastia; Feridas; Cicatrização; Lesão.

DOI: 10.5935/2177-1235.2019RBCP0108

INTRODUÇÃO

A terapia de pressão negativa (TPN) é utilizada, há cerca de 20 anos, na síntese de cicatrizes e nas deiscências de abdominoplastia. Fenn e Butler publicaram um artigo com 8 casos de pacientes com deiscência de sutura abdominal. Os cirurgiões usavam uma espuma dentro da ferida, fixada com suturas, cobertas por um adesivo semipermeável junto ao sistema de pressão negativa. Nesse estudo, foi definido que o fechamento hermético do circuito era essencial para o bom funcionamento do sistema. A espuma diminuía o espaço morto e proporcionava uma aderência uniforme do panículo adiposo abdominal. Esse sistema proporcionava o aumento do fluxo sanguíneo e diminuição do edema tissular, aumentava a angiogênese e tecido de granulação e diminuía o nível bacteriano. Também foi observado aumento da taxa de sobrevivência do retalho e fechamentos mais rápidos¹. Wada *et al.* usaram a TPN para fechamento em 29 pacientes com feridas complexas, demonstrando um resultado de 85% de sucesso nas enxertias e 87,5% nos retalhos locais. Não houve caso de recorrência. Concluindo que o curativo a vácuo era seguro e eficiente, capaz de proporcionar melhora das condições locais da ferida e uma granulação tissular mais saudável com controle sobre infecção local². Singh *et al.* fizeram a comparação custo-utilidade do TPN na incisão abdominal e observaram que ela seria mais econômica que os curativos-padrão em pacientes com fechamento de incisão abdominal de alto risco³. O uso de TPN se demonstrou uma via mais econômica para pacientes de alto risco que foram submetidos a incisões abdominais⁴. O uso de TPN na incisão demonstrou uma diminuição de infecção de sítio cirúrgico na meta-análise de Singh *et al.*⁵. O Avelle® (ConvaTec) é um dispositivo portátil que usa a tecnologia Hydrofiber® (propicia desbridamento autolítico e promove controle da umidade do ambiente da ferida) em vez de gaze ou espuma para a TPN. É um dispositivo portátil, com bateria, que combina as tecnologias de TPN e Hydrofiber®, e pode ser usado por até 30 dias⁶.

OBJETIVO

Demonstrar a importância do curativo a vácuo como ferramenta para aceleração na cicatrização de deiscências pós-abdominoplastia.

RELATO DE CASO

Paciente do sexo feminino, 27 anos, foi submetida à abdominoplastia com lipoaspiração + lipoenxertia glútea no dia 4 de dez de 2018 (Figura 1). No décimo dia pós-operatório, apresentou eliminação de seroma pela ferida abdominal em média quantidade. Foram realizadas trocas de curativos e orientações necessárias. A paciente ficava extremamente ansiosa com o líquido. Nove dias depois, o seroma continuava sendo eliminado. A paciente procurou uma unidade de saúde por receio de infecção SIC. A ferida foi explorada pelo cirurgião geral para descartar abscesso abdominal. Nada foi encontrado. Com a exploração, ocorreu deiscência da cicatriz abdominal à esquerda (Figura 2). Foi realizada a aproximação da ferida com náilon 2.0, porém, devido ao edema e à tensão, o fechamento completo não foi possível (Figura 3). Na próxima semana foi realizada nova sutura e utilizado o TPN Avelle® (Figura 4) para melhora da vascularização local e diminuição da tensão. O TPN foi usado por 8 dias, com troca do curativo no terceiro dia (Figura 5). Após o uso, houve síntese total da ferida (Figura 6).

DISCUSSÃO

O uso de TPN na paciente relatada obteve a mesma conclusão do estudo de Wada *et al.*, proporcionando um fechamento em tempo mais curto. A revisão de Singh *et al.* demonstrou que o uso de terapia de pressão negativa causa redução da incidência de deiscência, seroma, hematoma e infecção, corroborando com o presente estudo. O TPN otimizou o ambiente da ferida através da remoção de fluidos, porém manteve uma umidade adequada, compatível com a revisão de Anghel e Kim⁷.

¹ Sociedade Brasileira de Cirurgia Plástica, Minas Gerais, MG, Brasil.

² Universidade Federal de São Paulo, São Paulo, SP, Brasil.

³ Clínica dr Hudson Lázaro, Pará de Minas, MG, Brasil.



Figura 1. Pré-operatório.



Figura 2. Deiscência pós exploração cirúrgica geral.

CONCLUSÃO

O uso do curativo a vácuo Avelle® se mostrou eficaz para o tratamento da deiscência da cicatriz da abdominoplastia. O tratamento diminuiu o tempo de cicatrização, proporcionou maior conforto e diminuição da ansiedade da paciente.

REFERÊNCIAS

1. Fenn CH, Butler PEM. Abdominoplasty wound-healing complications: assisted closure using foam suction dressing. *Brit J Plast Surg*. 2001; 54:348-51.
2. Wada A, Ferreira MC, Tuma Junior P, Arrunátegui G. Experience with local negative pressure (vacuum method) in the treatment of complex wounds. *São Paulo: Med J*. 2006; 124(3).
3. Singh D, Lobach V, Holton T. Use of closed-incision negative-pressure therapy in aesthetic surgery. *Plast Reconstr Surg*. 2019 Jan; 143:11S-14S.
4. Chopra K, et al. The Economic impact of closed-incision negative-pressure therapy in high-risk abdominal incisions: a cost-utility analysis. *Plast Reconstr Surg*. 2016; 137:1284.
5. Singh D, Gabriel A, Parvizi J, Gardner M, D'Agostino, Jr R. Meta-analysis of comparative trials evaluating a single-use closed-incision negative-pressure therapy system. *Plast Reconstr Surg*. 2019; 143:41S.
6. ConvaTec. The Avelle NPWT System-closed surgical incisions. *J Wound Care*. 2018 mar; 27(3 Suppl):S14-6.
7. Anghel E, Kim P. Negative-pressure wound therapy: a comprehensive review of the evidence. *Plast Reconstr Surg*. 2016; 138:129S.



Figura 3. Nova sutura de aproximação para início de TPN.



Figura 4. Dispositivo TPN Avelle®.



Figura 5. Curativo de TPN.



Figura 6. Cicatriz abdominal pós TPN.

*Endereço Autor:

Hudson Alex Lázaro

Rua São Paulo, 1966/301 Lourdes, Belo Horizonte, MG, Brasil

CEP 30170-135

E-mail: drhudsonlazar@gmail.com

Utilização do retalho do músculo temporal para tratamento de exposição de tela de titânio após maxilectomia complexa: relato de caso



HUGO LEONARDO RESENDE RODRIGUES^{1,2}

CAMILA CARVALHO CAVALCANTE MARINHO²
LORENZO DUARTE TESTOLIN^{1,3}
ALYRIO MOURÃO²
MARIANGELA LATINI DE MIRANDA²
RENATO CORREIA LIMA²

DOI: 10.5935/2177-1235.2019RBCP0109

INTRODUÇÃO

Descrito pela primeira vez em 1856, por Billroth, o carcinoma adenoide cístico (CAC), ou cilindroma, corresponde à segunda neoplasia mais comum encontrada na glândula parótida, e a mais comum entre as glândulas submandibulares e sublinguais¹.

É mais frequente na quinta década de vida e existe uma igual distribuição entre os sexos, embora alguns estudos mostrem predileção pelo gênero feminino².

O CAC é uma neoplasia maligna rara, que apresenta crescimento lento e, geralmente, prognóstico desfavorável, pela agressividade da invasão tumoral (invasão neural e metástases à distância são comuns) e elevado poder recidivante, mesmo após cirurgia radical e radioterapia^{1,2}.

O prognóstico varia de acordo com as suas características microscópicas, clínicas e localização anatômica³. O subtipo cribiforme é o padrão histológico mais comum e apresenta um baixo grau histológico⁴.

Indivíduos com CAC em seio maxilar, geralmente, apresentam doença mais avançada devido à invasão de ossos e partes moles⁴. A maxila é uma estrutura óssea localizada no terço médio da face que contém o seio maxilar e apresenta importante função estrutural. Devido a sua complexa configuração, a reconstrução maxilar é difícil e desafiadora⁵.

RELATO DO CASO

A.S.O., 66 anos, gênero feminino, natural de Ouro Branco/MG, com história prévia de turbinectomia, realizada em 2010, devido a lesão em seio maxilar com invasão do septo nasal, cujo anatomopatológico diagnosticou carcinoma adenoide cístico.

Evoluiu com recidiva em 2012, sendo submetida a duas linhas de quimioterapia. No entanto, apresentou nova recidiva em 2015, e optou-se pela realização de radioterapia devido a recusa de tratamento cirúrgico pela paciente. Em 2017, evoluiu novamente com recidiva, e após novas sessões de radioterapia, não houve remissão.

Foi encaminhada ao serviço de Cirurgia da Cabeça e Pescoço do Instituto Mário Penna/MG, e identificou-se lesão

RESUMO

O carcinoma adenoide cístico é uma neoplasia maligna rara, de crescimento lento, caracterizada por prognóstico reservado, devido a sua agressividade e grande potencial recidivante. Neste relato, apresentamos uma paciente portadora de carcinoma adenoide cístico em maxila, submetida à ressecção cirúrgica com margens amplas e reconstrução da maxila com tela de titânio. Evoluiu com deiscência de ferida e exposição de tela, sendo utilizado o retalho de músculo temporal para cobertura de defeito no terço médio da face. Devido a complexa configuração da maxila, a reconstrução dos defeitos pós-excisionais ainda representam um desafio para os cirurgiões plásticos e cirurgiões de cabeça e pescoço.

Descritores: Carcinoma adenoide; Maxila; Cirurgia reconstrutora; Músculo temporal; Retalhos.

exofítica na parede lateral da fossa nasal com acometimento do ducto nasolacrimal esquerdo e seio maxilar, mas sem invasão da órbita. Foi realizada biópsia da lesão, sendo confirmado carcinoma adenoide cístico com padrão cribiforme e invasão perineural.

Logo, em junho de 2018, foi submetida a maxilectomia com reconstrução do assoalho orbital com tela de titânio, miniplacas e parafusos 1.5 (Figuras 1.A e 1.B). Apresentou boa evolução no pós-operatório imediato, recebendo alta no dia seguinte ao procedimento cirúrgico. Retornou ao ambulatório da equipe de Cirurgia da Cabeça e Pescoço duas semanas após o procedimento, sem intercorrências (Figura 1.C). O resultado do anatomopatológico revelou carcinoma adenoide cístico com margens livres.



Figura 1. A: Imagem frontal da paciente no pré-operatório; **B:** Marcação da maxilectomia; **C:** Após 14 dias de evolução pós-operatória.

Em outubro de 2018, durante acompanhamento ambulatorial oncológico, evoluiu com retração da pálpebra inferior com deiscência da ferida operatória e consequente exposição da placa de titânio, mas sem sinais de recidiva tumoral ao exame clínico ou em exames de imagem (Figura 2).

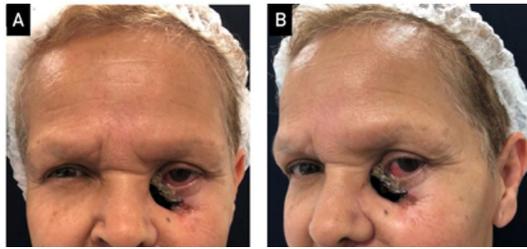
Desse modo, em novembro de 2018, foi submetida a novo procedimento cirúrgico em conjunto com a equipe da cirurgia plástica no Hospital da Baleia/MG. Durante ato operatório, inicialmente, foi realizada ressecção das bordas da ferida

¹ Sociedade Brasileira de Cirurgia Plástica, Minas Gerais, MG, Brasil.

² Hospital da Baleia, Belo Horizonte, MG, Brasil.

³ Instituto Mário Penna, Belo Horizonte, MG, Brasil.





Figuras 2. A e B: Deiscência de ferida operatória com exposição da placa de titânio.

para estudo anatomopatológico com conseqüente exérese de pálpebra inferior remanescente e exposição do tarso.

Um enxerto de cartilagem auricular foi posicionado com a concavidade voltada para a túnica conjuntiva do bulbo do olho, e fixado ao tarso residual. Foi confeccionado retalho de músculo temporal baseado no pedículo da artéria temporal superficial esquerda e, após tunelização, foi utilizado para cobertura do defeito em região maxilar e do enxerto de cartilagem (Figura 3.A). Optou-se por colocar dreno Portovac® em região temporal doadora do retalho.

Para cobertura do retalho muscular, confeccionou-se retalho cutâneo de avanço com remanescente de pele em terço médio da face, sendo necessário enxerto de pele total para cobertura da região palpebral inferior para evitar tensão no local (Figura 3B).



Figura 3. A: Retalho de músculo temporal após tunelização e transposição para terço médio da face; B: Cobertura com retalho cutâneo local e enxerto de pele total; C: Imagem após três meses de pós-operatório, edema em região orbital e ectrópio inferior.

Visando melhorar a simetria facial, foi realizada lipoenxertia em retalho cutâneo (lipoenxertado cerca de 40 mL de gordura autógena após preparo da mesma por decantação) e cantoplastia esquerda.

No pós-operatório imediato, a paciente evoluiu com edema assimétrico em hemiface esquerda e drenagem de pequena quantidade de secreção sero-hemática, sendo tratada somente com medidas clínicas, sem necessidade de reabordagem cirúrgica. Recebeu alta no dia seguinte sem outras intercorrências. O anatomopatológico das bordas da lesão evidenciou margens livres. Paciente com boa evolução até o momento, sem sinais de recidiva, apresentando ectrópio inferior devido a retração do enxerto de pele (Figura 3.C).

DISCUSSÃO

No caso relatado, a paciente era portadora CAC do tipo histológico cribriforme com infiltração perineural que, somado à sua localização em seio maxilar, configura um quadro de pior prognóstico e risco de recidiva, conforme a literatura pesquisada. A idade de aparecimento da lesão e o gênero da

paciente em questão também estão de acordo com os dados disponíveis.

Devido a sua agressividade, a cirurgia radical do tumor para obtenção de margens livres é o tratamento de escolha para o CAC². A radioterapia adjuvante pode suprimir ou diminuir a taxa de crescimento¹.

O avanço no desenvolvimento de materiais de fixação, como o titânio, permitiu a confecção de placas de reconstrução que, inicialmente, eram utilizadas como tratamento padrão para a substituição de uma falha óssea⁶. No entanto, devido a alta incidência de exposição e fratura das placas, principalmente em pacientes submetidos à radioterapia pós-operatória, a utilização de técnicas microcirúrgicas são consideradas atualmente como o padrão-ouro na cirurgia reparadora^{7,8}.

Entretanto, muitos centros que tratam do câncer de cabeça e pescoço, no Brasil, acabam não utilizando retalhos microcirúrgicos livres em um número significativo dos casos, devido ao seu alto custo, necessidade de alta tecnologia e maior tempo cirúrgico^{8,9}.

Uma alternativa consiste no uso de retalhos de vizinhança, principalmente no tratamento de defeitos maxilares extensos em hospitais que não apresentam equipes microcirúrgicas. Eles podem ser compostos apenas de tecidos sem função estrutural, como o retalho de músculo temporal, ou podem conter segmentos ósseos, como o retalho de fásia temporal com osso parietal^{7,10}.

CONCLUSÃO

Devido à complexa configuração da maxila, a reconstrução dos defeitos pós-excisionais ainda representa um desafio para cirurgiões plásticos e de cabeça e pescoço. O retalho de músculo temporal mostrou-se uma boa opção para reconstrução da região periorbital e malar, com cobertura do material de síntese, e resultado estético e funcional satisfatórios.

REFERÊNCIAS

- Tommasi AF, Lima AAS. Semiologia das glândulas salivares. In: Tommasi AF (ed.). Diagnóstico em patologia bucal. 3 ed. São Paulo: Pancast. 2002; 374-5.
- Regezi JA, Sciubba JJ. Doenças das glândulas salivares. In: Patologia bucal correlações clinicopatológicas. 3 ed. Rio de Janeiro: Guanabara Koogan. 2000; 230-3.
- Quon HHD, Feldman M, Sewell D, Weber RS. Cancer of the head and neck. In: Clinical oncology. 3 ed. Philadelphia: Elsevier. 2004; 1505.
- Spiro RH, Huvos AG, Strong EW. Adenoid cystic carcinoma: factors influencing survival. *Am J Surg.* 1979; 138(4):579-83.
- Min R, Siyi L, Wenjun Y, Ow A, Lizheng W, Minjun D, et al. Salivary gland adenoid cystic carcinoma with cervical lymph node metastasis: a preliminary study of 62 cases. *Int J Oral Maxillofac Surg.* 2012; 41:952-7.
- Boyes-Varley JG, Howes DG, Davidge-Pitts KD, Brånemark I, McAlpine JA. A protocol for maxillary reconstruction following oncology resection using zygomatic implants. *Int J Prosthodont.* 2007; 20(5):521-31.
- Costa SM, et al. Reconstrução da maxila. *Rev Bras Cir Craniomaxilofac.* 2010; 13(3):165-8.
- Cordeiro PG, Santamaria E. A classification system and algorithm for reconstruction of maxillectomy and midfacial defects. *Plast Reconstr Surg.* 2000; 125(7):2331-48.
- Campbell HH. Reconstruction of the left maxilla. *Plast Reconstr Surg.* 1948; 3(1):66-72.
- Davison SP, Mesbahi AN, Clemens MW, Picken CA. Vascularized calvarial bone flaps and midface reconstruction. *Plast Reconstr Surg.* 2008; 122(1):10e-18e.

*Endereço Autor:

Hugo Leonardo Resende Rodrigues

Av. Contorno, nº8000 Sala 1302 - Belo Horizonte, MG, Brasil

CEP 30110-056

E-mail: hugo@doutorhugorodrigues.com.br

Complicações após dermolipectomia abdominal em âncora para correção de cicatriz: relato de caso



**JULIANA METZKER
OLIVEIRA BERGAMO** ^{1*}

MATEUS SOBRAL POMPEU DE CAMPOS ¹
DAVID GERARDO ALVARADO CANIZARES ¹
LUCIO FLAVIO MANETTA MARTINS BELEM ¹
JOSE CESARIO DA SILVA ALMADA LIMA ¹

DOI: 10.5935/2177-1235.2019RBCP0110

INTRODUÇÃO

As cicatrizes, muitas vezes, causam profundas comoções. Para os médicos, as cicatrizes representam o ponto final na cicatrização dos tecidos. Para os pacientes, frequentemente, as cicatrizes apresentam significados mais profundos e pessoais. Deformidades por doenças, traumas violentos ou malformações no desenvolvimento podem resultar em sequelas físicas e psicológicas ao longo da vida¹.

O tratamento de cicatrizes requer uma compreensão da dificuldade psíquica e social que o paciente pode vivenciar, e um bom resultado no tratamento raramente é obtido sem o conhecimento inicial dos antecedentes ocorridos com o paciente, suas queixas atuais e expectativas futuras.

As cicatrizes podem resultar em problemas funcionais, estéticos ou emocionais. Na maioria das vezes, os pacientes incorrem em dificuldades através de uma relação complexa e alternada entre todas as três dimensões. Antes de iniciar o tratamento, o médico deve ter um tempo para entender e diagnosticar cada elemento¹.

Para determinar se uma pessoa é uma candidata adequada para o procedimento cirúrgico desejado, os cirurgiões plásticos devem ter um olho treinado, boa intuição, saber o que perguntar e ter bons critérios, aprendendo com suas experiências passadas, especialmente aquelas em que cometeu erros.

RESUMO

Introdução: As cicatrizes, muitas vezes, causam profundas comoções e seu tratamento requer uma compreensão da dificuldade psíquica e social que o paciente pode vivenciar. Para determinar se uma pessoa é uma candidata adequada para o procedimento cirúrgico desejado, os cirurgiões plásticos devem ter um olho treinado e boa intuição. O propósito deste estudo é relatar à comunidade científica um caso operado em nosso serviço, de correção de cicatriz deformante em abdome anterior com a técnica de abdominoplastia em flor-de-lis, que evoluiu com grande deiscência de ferida operatória vertical, de modo a discutir as condutas pré e pós-operatórias que possam ter contribuído para a ocorrência dessa complicação, bem como as táticas utilizadas no seu tratamento. **Materiais e método:** A paciente em questão apresentava cicatriz deformante em parede anterior do abdome, xifopúbica, resultante de cirurgia prévia, além de tabagismo, sobrepeso e transtorno bipolar misto. **Resultado:** Evoluiu no pós-operatório com grande deiscência e dificuldade de condução do caso devido a baixa adesão ao tratamento. **Discussão e conclusão:** a cirurgia plástica pode ser psicologicamente benéfica mesmo para pacientes com distúrbios psiquiátricos, considerando que eles sejam acompanhados adequadamente por seus médicos e psiquiatras. É necessário um cuidado especial na orientação quanto às possíveis complicações e deve-se certificar se o paciente estará preparado para lidar com elas. Os efeitos do tabagismo nos resultados da cirurgia plástica devem ser usados para orientar os pacientes no abandono do tabagismo no pré-operatório e avaliar protocolos para o manejo de pacientes que fumam.

Descritores: Abdominoplastia em âncora; Dermolipectomia abdominal; Tabagismo; Deiscência de ferida operatória; Complicações cirúrgicas.

OBJETIVO

O propósito deste estudo é relatar à comunidade científica um caso operado em nosso serviço, de correção de cicatriz deformante em abdome anterior com a técnica de abdominoplastia em flor-de-lis, que evoluiu com grande deiscência de ferida operatória vertical, de modo a discutir as condutas pré e pós-operatórias que possam ter contribuído para a ocorrência dessa complicação, bem como as táticas utilizadas no seu tratamento.

MÉTODO

Trata-se de paciente do sexo feminino, 35 anos, encaminhada ao serviço para avaliação de possível correção cirúrgica para cicatriz inestética em abdome, resultante de cirurgia ginecológica realizada dois anos antes (miomatose uterina/histerectomia). Reside em cidade do interior de Minas Gerais, localizada a 180 km de distância do nosso Serviço. Apresentava, ao exame, cicatriz xifopúbica e cicatriz transversa suprapúbica associadas a retração e distorção da parede abdominal com aspecto de abdome “em avental” bipartido, que causava grande desconforto e insatisfação à paciente (Figura 1).

Histórico de tabagismo e transtorno bipolar misto em uso de múltiplas medicações, referindo, inclusive, tentativas prévias de autoextermínio devido a grande descontentamento com o contorno corporal. No momento, referindo bom controle da doença.

¹ Hospital Universitário Ciências Médicas, Belo Horizonte, MG, Brasil.



Figura 1. Aspecto pré-operatório.

Paciente foi orientada quanto à perda de peso para melhora do resultado estético (apesar de a intervenção programada ter primordialmente intenção reconstrutora), cessação de tabagismo e controle/manutenção do tratamento psiquiátrico, para definição do momento cirúrgico.

Após 105 dias do primeiro contato, estando há 30 dias sem fumar e após ter passado por três consultas para preparo pré-operatório, a paciente foi submetida à dermolipectomia abdominal com técnica de marcação em flor-de-liz (Figura 2)², para correção da cicatriz e distorção abdominal, com preservação da cicatriz umbilical. O procedimento foi realizado sob anestesia peridural associada a sedação venosa, sem intercorrências.

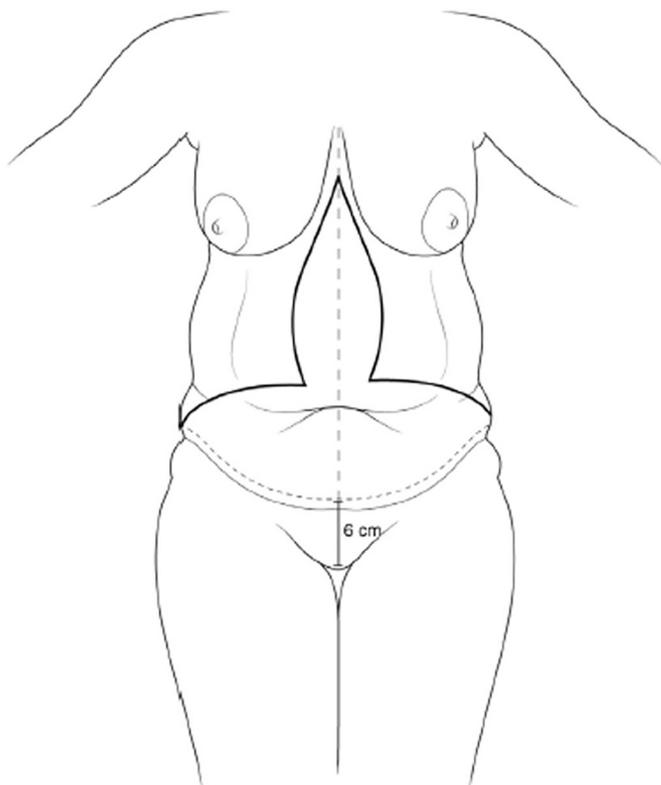


Figura 2. Esquema da marcação pré-operatória.

A marcação foi feita no pré-operatório imediato, inicialmente com a paciente em pé. A abordagem inicial foi semelhante à da técnica convencional, com marcação da incisão inferior a 6 cm acima da comissura vulvar anterior; as marcações dos limites laterais foram feitas no ápice da dobra cutânea, com

a paciente sentada, e estimou-se a excisão em sentido horizontal unindo esses pontos com a linha média. A excisão vertical foi estimada por *pinch test* com a paciente deitada².

Durante o procedimento, associamos a plicatura do músculo retoabdominal, mas optamos por não associar lipoaspiração devido aos riscos inerentes ao aumento do tempo operatório, além de risco maior de sofrimento dos retalhos. Foi utilizado dreno de Portovac® 4,8 mm no plano supramuscular.

RESULTADOS

A paciente evoluiu bem no pós-operatório imediato, apenas com dor difusa e mínima secreção sero-hemática pelo dreno (30 mL/24 h). Recebeu alta no 2º DPO, bem-disposta, sem queixas, sem o dreno, em uso de malha compressiva abdominal.

No 6º DPO, apresentava pequena área de sofrimento de pele em região infraumbilical com necrose de borda da FO, sem secreções, e foi orientada a descontinuar o uso da malha cirúrgica.

Após sete dias, no 13º DPO, entrou em contato telefônico com equipe referindo piora, com perda da continuidade da ferida cirúrgica. Relatava deiscência superficial em grande parte da incisão vertical, incluindo cicatriz umbilical (Figura 3).



Figura 3. Aspecto no 13º DPO - em uso de rifamicina tópica (foto enviada pela paciente).

Na ocasião, referiu ter passado por intercorrências pessoais, tendo, por isso, retomado tabagismo, passando a fumar quatro maços de cigarro por dia. Apresentava discurso melancólico, derrotista, deprimido e persecutório, chegando inclusive a mencionar desejo de morte e ameaça de autoextermínio. Foi orientada a retornar ao serviço para avaliação, mas a paciente se recusou.

No 19º DPO, mantendo evolução desfavorável, concordou em retornar ao hospital e optamos por internar a paciente para observação mais criteriosa. Apresentava deiscência quase completa da FO vertical (Figura 4) e foi submetida a debridamento da ferida no Centro Cirúrgico com confecção de sutura elástica para aproximação das bordas (conforme esquema na Figura 5)³ e drenagem com dispositivo laminar siliconado. Recebeu alta após cinco dias de internação, em uso de antibioticoterapia sistêmica, ferida com bom aspecto, sem secreções, com curativo com loção de A.G.E. Nexcare®.



Figura 4. 19º DPO (foto enviada pela paciente).

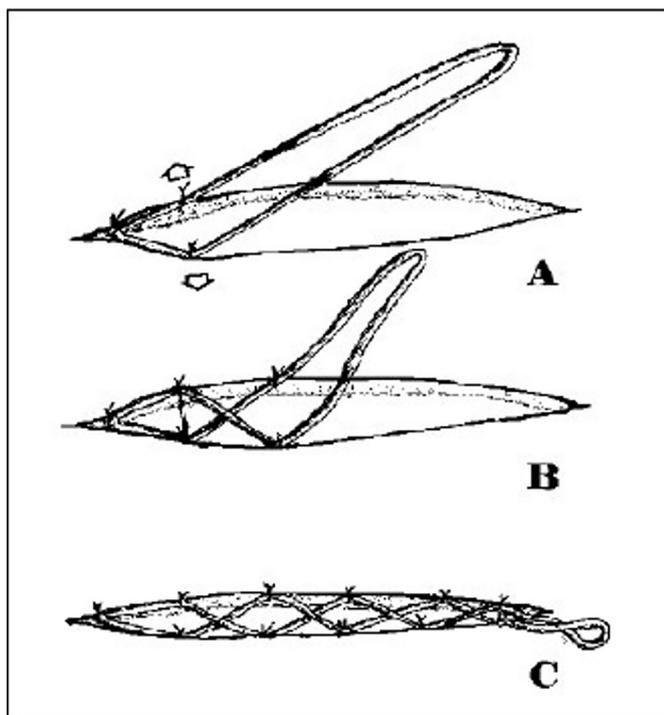


Figura 5. Sequência da sutura elástica: A: Pontos iniciais no ângulo; B: Giro de 180º da borracha e aplicação de novos pontos de sutura; C: Sutura elástica finalizada. Sutura elástica confeccionada utilizando o punho da luva de látex estéril.

Sete dias depois, apresentava deiscência de parte da sutura elástica, mantendo áreas de perda de continuidade na ferida operatória e necrose do coto da cicatriz umbilical (Figura 6). Foi, então, submetida a novo debridamento com reavivamento das bordas e resutura. Optamos por reconfeccionar a sutura elástica sobre a ferida suturada, com o objetivo de manter a tração contínua nas bordas e tentar prevenir nova deiscência. Em posição correspondente à cicatriz umbilical necrosada, foi deixada área cruenta para que, cicatrizando por segunda intenção, pudesse haver retração e formação de nova cicatriz. Este procedimento foi realizado em caráter ambulatorial.



Figura 6. A: Aspecto 14 dias após sutura elástica; B: Em detalhe.

No prazo de uma semana, a paciente apresentava áreas de maceração na epiderme devido ao atrito com o material da sutura elástica; mantinha área cruenta na região umbilical e pequena deiscência suprapúbica. Foi, então, retirado o elástico e orientada troca, duas vezes por dia, de curativos com creme à base de urucum (*Bixa orellana*).

Passados mais 15 dias, a paciente já estava com ferida cicatrizada, sem área cruenta, mas começou a apresentar retração em região suprapúbica, além de hipertrofia da cicatriz vertical (Figura 7), com grande insatisfação com aspecto estético da cicatriz.



Figura 7. Aspecto da FO no último contato com a paciente - 90º DPO da dermolipectomia para correção de cicatriz abdominal.

DISCUSSÃO

Controvérsias existem na literatura sobre os fatores preditivos de complicação. O peso em excesso, o tabagismo, o diabetes *mellitus* e/ou a HAS (hipertensão arterial sistêmica), a deficiência nutricional, a classificação de ASA (American Society of Anesthesiology), o total de tecido removido, o tempo intraoperatório, a associação de múltiplos procedimentos e o IMC (índice de massa corporal) são fatores variáveis de risco nas dermolipectomias abdominais⁴.

O tabagismo é conhecido por impactar negativamente a cicatrização pós-operatória e aumentar o risco de infecção. Estudo recente com 40.467 pacientes demonstrou que ele aumenta a chance de uma infinidade de complicações pós-operatórias em Cirurgia Plástica⁵, e o tempo adequado de suspensão do tabagismo no período pré-operatório, para maior segurança, tem sido revisto.

Geralmente, é conhecido que pacientes com grandes doenças psiquiátricas ou com expectativas vagas e não realistas sobre os procedimentos de cirurgia plástica apresentam maior probabilidade de insatisfação com seus resultados cirúrgicos. Entretanto, não existem critérios definíveis para a distinção dos pacientes que ficarão satisfeitos com seus resultados cirúrgicos e aqueles que ficarão insatisfeitos¹.

Estudos em psiconeuroimunologia destacaram os efeitos negativos da depressão no curso da cicatrização e recuperação pós-operatória, e em seu impacto na morbidade e mortalidade. A atividade das células *natural killer*, a atividade de células *helper* (CD4) e supressoras (CDS), o número de linfócitos T e a resposta mitogênica dos linfócitos são afetados negativamente pela depressão. Como consequência, o cirurgião plástico deve tentar evitar a realização de um procedimento eletivo em indivíduos com depressão¹.

A opção pela utilização da sutura elástica é baseada na experiência do serviço e levou em consideração que este artifício simples, proposto por Raskin, em 1993, para fasciotomias, tem evitado suturas sob tensão ou a necessidade de enxertos de pele para cobertura cutânea de ferimentos deixados abertos³.

O creme de urucum utilizado na última etapa do tratamento, Creme Profitus Millitus Derm[®], contém extrato natural de *Bixa orellana* (urucum) e atua no reequilíbrio das células estimulando a formação de colágeno e o aumento da circulação sanguínea, o que contribui para a reparação dos tecidos. A solução de bixina inibe a inflamação aguda, promove resposta muscular com menor número médio de neutrófilos e acelera a reepitelização, a contração da ferida e maturação do colágeno, ilustrando assim que esta solução representa, de fato, um adjuvante importante no tratamento de úlceras⁶. Desenvolvido na Universidade Federal de Viçosa (MG), possui registro na Anvisa como cosmético e já está sendo comercializado. Ainda carece de estudos com maior grau de evidência científica para seu uso como medicamento, mas os resultados preliminares obtidos em nosso serviço têm sido promissores.

Na última consulta, após cicatrização completa das áreas cruentas da ferida, foi prescrito para a paciente o uso de placa de silicone sobre as lesões hipertróficas, além de extensa orientação sobre complicações, possibilidades de resultados, opções de tratamento e a importância do seguimento por período mínimo de um ano para controle mais rigoroso da cicatrização. O desafio atual tem sido a adesão da paciente ao tratamento.

CONCLUSÃO

Cicatrizes que causam desfiguração podem levar a pesados fardos pessoais e sociais. O cirurgião deve ser simpático e imparcial, pois essas cicatrizes podem ser lembranças de traumas do passado. O tratamento em conjunto com um profissional de saúde mental pode ajudar a distinguir e

identificar complicações por problemas psicológicos. Para o cirurgião, um cuidado especial deve ser tomado nessas circunstâncias, para confirmar as expectativas realistas e reforçar as metas do tratamento¹.

Avaliação cuidadosa durante a avaliação inicial deve ser conduzida para assegurar a viabilidade do paciente como um candidato à cirurgia.

A melhora do humor foi observada no pós-operatório de uma variedade de pacientes submetidos a procedimentos estéticos. Mesmo os pacientes considerados de alto risco, aqueles considerados como os mais prováveis de apresentar um resultado psicológico ruim, podem demonstrar benefícios após cirurgias estéticas. Com isso, a cirurgia plástica pode ser psicologicamente benéfica mesmo para pacientes com distúrbios psiquiátricos, considerando que eles sejam acompanhados adequadamente por seus médicos e psiquiatras¹. Entretanto, é necessário um cuidado especial na orientação quanto às possíveis complicações e deve-se certificar se o paciente estará preparado para lidar com elas.

Os efeitos do tabagismo nos resultados da cirurgia plástica devem ser usados para orientar os pacientes no abandono do tabagismo no pré-operatório e avaliar protocolos para o manejo de pacientes que fumam⁵. No caso apresentado, somou-se o risco aumentado de complicação do tabagismo com o transtorno psiquiátrico de base, levando a um quadro de difícil condução devido à baixa adesão da paciente ao tratamento.

Apesar de todos os contratemplos ocorridos no tratamento desta paciente, e desafios que ainda teremos na condução do caso, pudemos comprovar mais uma vez a eficácia da sutura elástica como um recurso simples, acessível e poderoso na abordagem de feridas com tensão. Além disso, o uso do creme de urucum tem sinalizado, para a nossa equipe, como uma arma poderosa no tratamento de feridas complexas.

REFERÊNCIAS

1. Neligan PC. Cirurgia plástica: princípios. Vol. 1. Neligan PC, Gurtner GC (eds.). Tradução: Taís Facina, Douglas Futuro, et al. 3 ed. Rio de Janeiro: Elsevier, 2015.
2. Marshall MRT, Peter RJ. Clinics the fleur-de-lis abdominoplasty. *Plast Surg.* 2014 Oct; 41:673-80. doi: 10.1016/j.cps.2014.07.007. pii: S0094-1298(14)00098-4.
3. Leite NM, Reis FB, Christian RW. Tratamento de ferimentos deixados abertos com o método de sutura elástica. *Rev Bras Ortop.* 1996; 31(8).
4. Grando MC. Dermolipectomia em âncora após cirurgia bariátrica: complicações e índice de satisfação dos pacientes. *Rev Bras Cir Plást.* 2015; 30(4):515-21.
5. Goltsman D, Munabi NCO, Ascherman JA. The Association between smoking and plastic surgery outcomes in 40,465 patients: an analysis of the american college of surgeons national surgical quality improvement program data sets. *Plast Reconstr Surg.* 2017 Feb; 139:503-11. doi: 10.1097/PRS.0000000000002958. pii: Base: PUBMED Língua: eng PMID/ID: 28121897.
6. Piva RM, Johann ACBR, Costa CK, Miguel OG, Rosa ER, Azevedo-Alanis LR, Trevilatto PC, Ignacio SA, Bettega PVC, Gregio AMT. Bixin action in the healing process of rats mouth wounds. *Curr Pharm Biotech.* 2013; 14:785. doi: 10.2174/1389201014666131227111026.

*Endereço Autor:

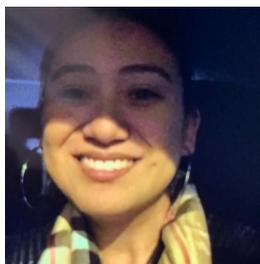
Juliana Metzker Oliveira Bergamo

Rua dos Aimorés, 2896 - Santo Agostinho - Belo Horizonte, MG, Brasil

CEP 30140-073

E-mail: jumobergamo@gmail.com

Tratamento conservador para infecção de tela de polipropileno em correção de hérnia incisional associada à dermolipectomia em pós-bariátrico



LAÍS RAMALHO CHAVES
ISOBE^{1*}

ANDRÉ VILLANI CORREA MAFRA^{1,2}
DAILTON SANTANA LIMA FILHO¹
ATALIBA RONAN HORTA DE ALMEIDA^{1,2}
BRUNA BERNARDES DA SILVA¹

DOI: 10.5935/2177-1235.2019RBCP0111

INTRODUÇÃO

O aumento do número de procedimentos bariátricos tem trazido ao cirurgião plástico o grande desafio de tratar um grupo especial de pacientes que possuem deformidades ocasionadas pelo ganho ponderal excessivo. As sequelas da perda ponderal incluem não apenas a redundância cutânea e flacidez fascial, particularmente no abdome, como também a presença de cicatrizes na parede abdominal e hérnias ventrais¹.

A paniclectomia é uma cirurgia funcional planejada para aliviar sintomas relacionados com pregas cutâneas abdominais suspensas. É realizada em pacientes com IMCs maiores ou comorbidades médicas mais severas. É considerado um procedimento funcional e reconstrutivo que remove somente pele e gordura².

As deformidades mais frequentes da parede abdominal são as hérnias incisionais, que em conjunto com excesso cutâneo e de gordura, podem ocasionar limitações físicas, dor, doenças dermatológicas, deformidade cosmética³. As primeiras abdominoplastias foram realizadas com intuito de corrigir hernias ventrais⁴. A associação da abdominoplastia com reparação da parede abdominal foi descrita por Robertson et al., que apresentaram inúmeros benefícios como: ampla exposição do defeito abdominal, melhor definição dos planos cirúrgicos e incisão distante da correção do defeito⁵.

A hérnia incisional deve ser tratada precocemente e de forma cirúrgica, devido ao risco de obstrução intestinal; e quando de grande volume, é mandatório uso da técnica com tela de polipropileno para evitar recidivas em oposição ao reparo simples⁶. Embora a segurança dos materiais sintéticos tenha sido exaustivamente avaliada, muitas complicações foram

RESUMO

Introdução Os procedimentos bariátricos aumentaram em um grupo especial de pacientes, os quais possuem sequelas com a perda ponderal que incluem excesso cutâneo e defeitos na parede abdominal. A associação de paniclectomia com correção de defeitos da parede abdominal são tratados no mesmo procedimento cirúrgico. O objetivo é mostrar tratamento conservador em uma paciente que evoluiu com infecção de ferida operatória e de tela para correção da hérnia ventral associada à abdominoplastia. **Método** Trabalho tipo relato de caso. Uma paciente foi submetida à dermolipectomia abdominal associada à correção de hérnia incisional com tela de polipropileno, que evoluiu para infecção de ferida operatória e de tela. Relatamos o tratamento conservador neste caso. **Resultados** Obtivemos sucesso com tratamento conservador na infecção de tela na correção de hérnia incisional associada à paniclectomia. **Conclusões** O tratamento conservador da infecção de tela pós-abdominoplastia, em conjunto com reparação de hérnia incisional, obteve uma ótima recuperação da paciente sem extensa abordagem cirúrgica.

Descritores Abdominoplastia; Tela; Infecção.

relatadas, dentre elas, a infecção é a mais temida, pois pode acarretar em retirada da tela com grandes reconstruções da parede abdominal.

OBJETIVO

O objetivo deste artigo é relatar um caso que evoluiu com tratamento conservador da infecção de tela de polipropileno em abdominoplastia associada à reparação de hérnia incisional, como alternativa da retirada com reconstrução da parede abdominal.

MÉTODO

Relato de caso. Foram revistos o prontuário e os registros fotográficos do caso e realizada revisão bibliográfica.

Paciente cardiopata, valvulopatia reumática com valvuloplastia mitral em 1999, bloqueio atrioventricular total com implante de marca-passo definitivo em 2006, gastroplastia em 2003, com evolução em excedente cutâneo e defeitos da parede abdominal, que ocasionavam dor e problemas dermatológicos frequentes. Foi realizada avaliação cardiológica e anestésica com liberação para procedimento de dermolipectomia não estética com correção de defeito de parede abdominal.

RELATO DE CASO

Paciente feminina, 65 anos, realizou gastroplastia redutora em 2003, que evoluiu com uma grande hérnia incisional em região epigástrica e grande excedente cutâneo (Figura 1). No dia 8 de fevereiro de 2019, no Hospital Mater Dei, Belo Horizonte-MG, foi submetida à dermolipectomia não estética, técnica em âncora, associada à reparação da hérnia incisional, em conjunto com a equipe da cirurgia geral.

¹ Hospital Mater Dei, Belo Horizonte, MG, Brasil.

² Sociedade Brasileira de Cirurgia Plástica, Minas Gerais, MG, Brasil.



Figura 1. Paciente em pré-operatório apresentando excedente cutâneo.

No perioperatório, a equipe de cirurgia plástica descolou retalho dermatogorduroso até cicatriz umbilical; na sequência, a equipe de cirurgia geral realizou reparação da hérnia incisional com colocação de tela de polipropileno (Figuras 2 e 3). A paciente evoluiu bem no pós-operatório, recebeu alta no dia 11 de fevereiro 2019 com recomendação de uso de enoxaparina e cefadroxila profilática, ambas durante sete dias.



Figura 2. Descolamento de retalho e visualização de grande hérnia.



Figura 3. Resultado final da dermolipectomia sem tensão de retalhos.

No décimo dia pós-operatório, a paciente retornou ao consultório médico para revisão apresentando pequena infecção em ferida operatória, na região infraumbilical, onde foi modificado esquema de antibiótico para amoxicilina com clavulanato de potássio. No 14º dia pós-operatório, a paciente foi admitida em caráter de urgência devido à infecção de ferida operatória, apresentando extensa deiscência de sutura associada a grande infiltração necrótica em região epigástrica e hipogástrico, e insuficiência renal aguda (Figura 4). Foram realizados desbridamento cirúrgico, lavagem abundante com soro fisiológico e antibiótico (gentamicina, clindamicina), mantida tela de polipropileno, colocação de dreno JVac®, encaminhadas culturas de tela e tecido, fechamento primário de ferida (Figura 5).



Figura 4. Infecção de ferida operatória.



Figura 5. Resultado final após desbridamento.

Na sequência da reabordagem, foi iniciado meropenem, por seis dias, a seguir, com resultados da cultura de tecido necrótico e de tela, cresceu *Pseudomonas aeruginosa*, foi modificado para ciprofloxacina até o final da internação. Iniciou sessões de terapia hiperbárica para melhoria da infecção e cicatrização. No dia 1 de março de 2019, a paciente realizou tomografia de abdome, devido não melhora clínica total, a qual evidenciou coleções no tecido subcutâneo em região de fossa ilíaca direita (88 mL) e epigástrica (13 mL), foi realizada drenagem guiada por ultrassom. Após, a paciente evoluiu com melhora clínica e laboratorial recebendo alta hospitalar estável.

DISCUSSÃO

A correção da hérnia com prótese sintética se consagrou como tratamento-padrão devido a diminuição da taxa de recidiva em detrimento ao emprego do fechamento com sutura simples. Todavia, as complicações infecciosas relacionadas à malha ocorrem em até 13,6% e, em geral, necessitam de intervenção cirúrgica⁷.

Dentre os fatores relacionados à infecção da tela, estão: obesidade, diabetes *mellitus*, uso de álcool, tabagismo, imunossupressores, insuficiência renal devido à diminuição da perfusão dos tecidos cutâneos e subcutâneos⁸.

Os agentes mais comuns associados à infecção da malha são as espécies de *Staphylococcus* spp., *Streptococcus* spp., bactérias gram-negativas e bactérias anaeróbias. Raramente, infecções de malha são causadas por *Candida* spp. ou *Mycobacterium* spp.⁷.

Apesar de muitas vezes ser mandatória a remoção da tela infectada, pode se obter sucesso com o salvamento após reabordagem da paciente com desbridamento cirúrgico de tecidos necróticos, lavagem abundante com soro fisiológico com antibiótico, manutenção de dreno de JVac® aliados à terapia hiperbárica para acelerar o processo de cicatrização.

CONCLUSÃO

Na experiência dos autores, o tratamento conservador da infecção de tela pós-abdominoplastia em conjunto com reparação de hérnia incisional, obteve uma ótima recuperação da paciente sem extensa abordagem cirúrgica.

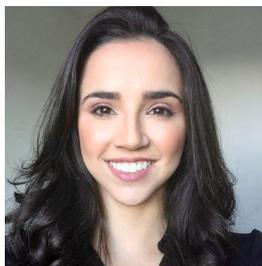
REFERÊNCIAS

1. Roxo CDP, Roxo ACW, Labanca L, Martins CRP. Tratamento das hérnias incisionais nas abdominoplastias multifuncionais. *Rev Bras Cir Plást.* 2008; 23(3):184-8.
2. Neligan, Peter C. Reconstrução pós-bariátrica. In: Toy JW, Rubin JP. *Cirurgia plástica. Estética.* 2015; 639.
3. Shermak MA. Massive panniculectomy after massive weight loss. *Plast Reconstr Surg.* 2006 Jun; 117(7):219-7; discussion 2198-9.
4. Barbosa MVJ, Nahas FX, Ferreira LM. Hernioplastia incisional associada a abdominoplastia. *Rev Bras Cir Plást.* 2010; 25(3):54.
5. Possamai LM, Zancanaro M, Freitas Neto FM, Zanon E, Ely PB. Correção cirúrgica de múltiplas hérnias abdominais associada a abdominoplastia: relato de caso. *Rev Bras Cir Plást.* 2018; 22:26-7.
6. Cheesborough JE, Dumanian GA. Simultaneous prosthetic mesh abdominal wall reconstruction with abdominoplasty for ventral hernia and severe rectus diastasis repairs. *Plast Reconstr Surg.* 2015 Jan; 135(1):268-76.
7. Aguilar B, Capital AB, Madura JA 2nd, Harold KL. Conservative management of mesh-site infection in hernia repair. *J Laparoendosc Adv Surg Tech A.* 2010 apr; 20(3):249-52. doi:10.1089/lap.2009.0274.
8. Arnald MR, et al. Optimal management of mesh infection: evidence and treatment options. *Hernia Surg J.* 2018; 42-9.

*Endereço Autor

Lais Ramalho Chaves Isobe
Engenheiro Caetano Lopes 300, ap 202. Belo Horizonte - MG, Brasil
CEP 30315-350
E-mail laiscap@hotmail.com

Uso da terapia de pressão negativa no tratamento de deiscência em abdominoplastia de paciente pós-bariátrico: relato de caso

LÍVIA NEFFA^{1,2*}VALÉRIA ROCHA MAIA^{1,2}CLÊNIO MARTINS DE SOUZA COELHO^{1,2}IZABELLA COSTA ARAÚJO^{1,2}

RESUMO

Introdução: As deiscências são complicações frequentes nas abordagens de contorno abdominal, e os pacientes pós-cirurgias bariátricas possuem riscos maiores de complicações. Na literatura, a grande maioria das deiscências tem conduta conservadora, aguardando uma cicatrização por segunda intenção; porém, a terapia de pressão negativa, já consagrada para tratamento de feridas complexas, pode ser uma boa alternativa para as deiscências abdominais. **Objetivo:** Demonstrar o uso de terapia de pressão negativa com fechamento primário retardado como uma alternativa à cicatrização por segunda intenção na abordagem de deiscências pós-dermolipectomia abdominal. **Relato de caso:** Paciente, gênero feminino, diabética, tabagista e hipertensa, 53 anos, submetida à cirurgia bariátrica com perda ponderal estável de 30 kg dois anos antes da avaliação para tratamento do contorno corporal. Submetida à dermolipectomia abdominal em âncora com a neofaloplastia sem intercorrências imediatas. Com sete dias, apresentou quadro compatível com seroma de drenagem espontânea com deiscência e posterior infecção de ferida. Após insucesso do tratamento ambulatorial, foi internada e tratada com antibioticoterapia venosa e uso de terapia de pressão negativa em zona de deiscência. Apresentou melhora clínica e laboratorial com o tratamento possibilitando, inclusive, fechamento completo da deiscência apresentada pela paciente. **Discussão:** Seroma, infecção e deiscência são complicações frequentes em procedimentos cirúrgicos. O uso da terapia de pressão negativa já é descrita pela literatura como opção em feridas complexas, e se encaixou com uma boa opção do caso relatado. **Conclusão:** O caso relatado demonstra que a terapia de pressão negativa pode ser uma alternativa para o tratamento de deiscências pós-dermolipectomias abdominais.

Descritores: Procedimentos cirúrgicos reconstrutivos; Cirurgia bariátrica; Gastroplastia; Abdominoplastia; Obesidade; Vácuo; Deiscência da ferida operatória; Tratamento de ferimentos com pressão negativa; Contorno corporal.

DOI: 10.5935/2177-1235.2019RBCP0112

INTRODUÇÃO

As deiscências são complicações frequentes nas abordagens de contorno abdominal¹. Quando maiores, podem resultar de tensão ou necrose marginal da lesão, ocorrendo principalmente na parte distal dos retalhos, próximos a linha média¹. Os pacientes pós-cirurgias bariátricas possuem um risco ainda maior de complicações². Na literatura, a grande maioria das deiscências tem conduta conservadora, aguardando uma cicatrização por segunda intenção^{1,2}. Quando esta não é possível, uma enxertia cutânea pode ser necessária^{1,2}. O avanço adicional do retalho é pouco indicado e raramente possível¹.

A terapia de pressão negativa já é consagrada para tratamento de feridas complexas³. Seu mecanismo de ação envolve um ambiente ideal para a ferida com aumento do fluxo sanguíneo no leito, melhora da angiogênese com aumento do tecido de granulação, redução de edema, estímulo à contração da ferida, e diminuição de diâmetro além da redução da colonização bacteriana^{3,4}. Suas propriedades podem trazer benefícios e tornarem-se alternativas nos tratamentos de deiscências em abdominoplastia de pacientes após perda ponderal.

OBJETIVO

Este trabalho objetiva demonstrar o uso de terapia de pressão negativa com fechamento primário retardado como uma alternativa à cicatrização por segunda intenção na abordagem de deiscências pós-dermolipectomia abdominal.

RELATO DE CASO

Paciente, gênero feminino, 53 anos, submetida à cirurgia bariátrica com perda ponderal de 30 kg em 2016. Apresentava peso inicial de 100 kg, IMC de 37,18. Após dois anos, procurou a equipe de cirurgia plástica para tratamento da deformidade de contorno abdominal já com peso estabilizado de 70 kg e IMC de 26,02.

Paciente diabética, insulínica dependente, hipertensa e dislipidêmica. Negava alergias. Tabagista há 19 anos/maço. Ao exame, apresentava-se corada, hidratada, em bom estado geral, sendo observada lipodistrofia abdominal com abdome em avental, múltiplas estrias, diástase abdominal e hérnia em região umbilical de médio volume. Presença de cicatriz

¹ Sociedade Brasileira de Cirurgia Plástica, São Paulo, SP, Brasil.

² BIOCOR Instituto, Nova Lima, MG, Brasil.



supraumbilical mediana de colecistectomia e cicatrizes da abordagem videolaparoscópica da bariátrica (Figuras 1 e 2).



Figura 1. Pré-operatório – visão frontal e oblíqua.



Figura 2. Pré-operatório – visão frontal e oblíqua.

Foi proposta, pela equipe de cirurgia geral, a dermolipectomia abdominal em âncora para tratamento da deformidade circunferencial do contorno abdominal, com tratamento da diástase abdominal e neo-onfaloplastia em abordagem simultânea à hernioplastia. A paciente foi liberada com as orientações pré-operatórias que incluíram a abstinência do tabagismo por, pelo menos, 30 dias antes da cirurgia.

Em 25/01/2019, a paciente foi submetida ao tratamento proposto com realização de dermolipectomia abdominal em âncora com a neo-onfaloplastia proposta por Donnabella⁵. Foram realizados pontos de Baroudi em toda a extensão da ferida cirúrgica fixando os retalhos à aponeurose abdominal, e não foram utilizados drenos. Os procedimentos tiveram duração total de 150 minutos, sendo 40 destes correspondentes à abordagem da hérnia pela cirurgia geral. Realizou-se antibioticoprofilaxia peroperatória, e para prevenção de fenômenos tromboembólicos foram utilizadas meias elásticas e compressor pneumático intermitente durante todo o ato cirúrgico, além de quimioprofilaxia com enoxaparina 40 mg, por 7 dias, iniciada 9 horas após o procedimento.

A paciente evoluiu sem intercorrências, recebendo alta no primeiro dia de pós-operatório, após ser submetida à drenagem linfática e colocação da malha de compressão cirúrgica. Foi orientada a não molhar o local da incisão por 48 horas, período a partir do qual foi liberado o banho.

No primeiro retorno, com 5 dias de pós-operatório, apresentava boa evolução das feridas operatórias, sem secreções, sem áreas de sofrimento cutâneo e sem sinais de coleções. Porém, iniciou com pápulas pruriginosas e hiperemias em toda a extensão de contato da malha cirúrgica, quadro sugestivo de dermatite de contato. Foi orientada para uso de uma blusa de algodão sob a malha e observação da evolução por 48 horas. Como não houve resolução do quadro, com 7 dias de pós-operatório, a paciente cessou o uso de malha cirúrgica e foi orientada para uso de peça íntima maior e mais justa no local.

Três dias após, com dez dias de pós-operatório, a paciente entrou em contato informando que ocorrera drenagem de secreção serosa pela cicatriz umbilical e região infraumbilical, em moderada quantidade, de forma espontânea. Ao exame, foi identificada pequena deiscência de sutura infraumbilical com drenagem de secreção serosa.

Evoluiu com hiperemia perilesional e espessamento da secreção, sendo iniciada antibioticoterapia oral com amoxicilina+clavulanato. Houve melhora progressiva do volume da drenagem, mas apresentou aumento da área de deiscência para cerca de 5 cm em região infraumbilical, sendo orientada a realizar curativo local com hidrogel, duas vezes ao dia.

Em 15/02/19, com 21 dias de pós-operatório, apresentou dor abdominal recorrente e ao exame verificamos persistência de secreção purulenta na ferida, apesar da antibioticoterapia. Além da deiscência, era possível verificar pouca cicatrização da área profunda dos retalhos, com grande área de solapamento. Devido ao quadro clínico, comorbidades da paciente e ausência de resolução completa com antibioticoterapia oral, optamos por internação hospitalar para antibioticoterapia venosa. Na admissão, já foi realizada limpeza da parede com solução fisiológica através da área de deiscência e mantido curativo com hidrogel. A revisão laboratorial mostrava aumento no número de bastonetes e elevação da proteína C reativa.

Diante das comorbidades da paciente, da cicatrização profunda encontrar-se insatisfatória e da declaração que, ao invés de cessar o tabagismo, a paciente havia apenas reduzido o número de cigarros por dia, os autores sentiram necessidade de associar tratamento que estimulasse melhora local da ferida. A opção de aguardar a cicatrização por segunda intenção aparentou ser mais mórbida, assim como a enxertia com necessidade de área doadora. Portanto, foi solicitada terapia por

pressão negativa para cobertura da ferida visando à melhora da vascularização, diminuição do edema e mobilização dos retalhos locais.

Após cinco dias de internação, já com melhora laboratorial e sem secreção purulenta ao exame, a paciente foi submetida à abordagem cirúrgica do ferimento. Realizou-se limpeza com soro fisiológico a 0,9%, de forma repetida, e desbridamento das bordas da área de deiscência. Algumas regiões receberam sutura simples para reforçar a proteção das áreas com perideiscência. Mantinha um descolamento profundo (Figura 3) no qual foi posicionado curativo com espuma hidrofóbica de poliuretano, seguido de película adesiva e instalação do sistema de terapia negativa contínua, 125 mmHg, com reservatório (Renasys®, Smith e Nephew). Manteve-se com o mesmo curativo por sete dias, quando foi levada novamente ao bloco cirúrgico.



Figura 3. Intraoperatório demonstrando que, apesar da deiscência relativamente simples na superfície, a pinça cirúrgica foi introduzida em metade de seu comprimento na parte profunda da ferida, demonstrando a pouca cicatrização profunda do retalho.

Na primeira troca do curativo, apresentava melhora significativa da granulação da ferida, melhor aderência do retalhos ao plano profundo, sem drenagem significativa de secreções, e melhora do edema perilesional, sendo possível, portanto, avanço bilateral dos retalhos e fechamento primário retardado de toda a área de deiscência de forma segura e sem tensão (Figura 4). Os autores optaram pela colocação do dispositivo de pressão negativa sobre a ferida suturada e o mantiveram por mais sete dias.

A paciente apresentou boa evolução clínica, sem intercorrências, com normalização dos exames laboratoriais



Figura 4. Resultado imediato intraoperatório após fechamento de toda área de deiscência inicial. Em região de cicatriz umbilical foi posicionado curativo de gaze com petrolato.

e completou 14 dias de antibioticoterapia guiada por cultura. Recebeu alta hospitalar após retirada da terapia de pressão negativa, com orientação de uso de óleo de girassol, duas vezes ao dia, nas cicatrizes.

Nos retornos pós-operatórios até 30 dias da última abordagem, a paciente apresentou boa evolução clínica, sem novas intercorrências e exibindo cicatrizes cirúrgicas em bom aspecto, lineares e sem alargamentos significativos (Figuras 5 e 6).

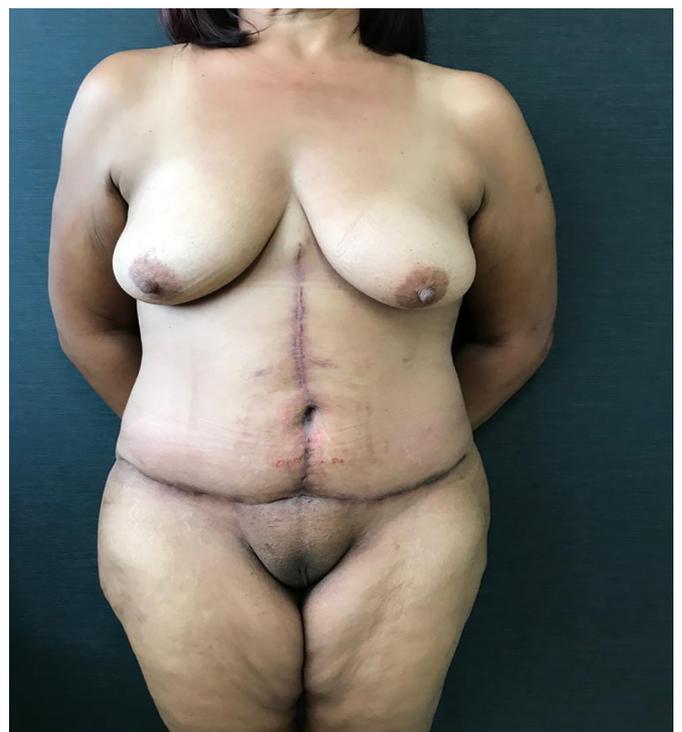


Figura 5. Pós-operatório de 30 dias – visão frontal e oblíqua.



Figura 6. Pós-operatório de 30 dias – visão frontal e oblíqua.

DISCUSSÃO

Seroma, infecção e deiscência são complicações frequentes em procedimentos cirúrgicos, com índices particularmente elevados em paciente obesos e diabéticos⁴. O tabagismo também aparece como fator de risco para complicações¹. A paciente do caso apresentado, além do diabetes, não seguiu as orientações pré-operatórias e manteve o tabagismo.

Os autores acreditam que sem a compressão da malha a paciente desenvolveu um seroma, com drenagem espontânea, que evoluiu com deiscência e infecção local, desenvolvimento facilitado pelas comorbidades da paciente.

O uso da terapia de pressão negativa já é descrita pela literatura como opção em feridas complexas, e se encaixou com uma boa opção do caso relatado. Como não houve instalação de necrose e as complicações não sugeriam uma etiologia de tensão em excesso, o fechamento primário retardado era desejado.

Portanto, o avanço adicional que tem seu processo dificultado na maior parte dos casos¹, era uma possibilidade, caso a terapia de pressão negativa trouxesse boa reposta.

Clinicamente, a melhora observada na primeira troca da paciente reflete os benefícios da terapia, já descritos na literatura, como a melhora de fluxo sanguíneo local, a melhora do edema e desenvolvimento do tecido de granulação^{3,4}.

A decisão de manter a terapia de pressão negativa após o fechamento da ferida, com avanço dos retalhos, é respaldada na literatura, e mostra que, se utilizada de forma profilática, pode diminuir o risco de infecção e seroma⁴.

A sua utilização, inclusive, traz menor tensão na linha de sutura e menores taxas de deiscências em feridas operatórias^{4,6}.

CONCLUSÃO

O caso relatado demonstra que a terapia de pressão negativa pode ser uma alternativa segura para o tratamento de deiscências pós-dermolipectomias abdominais, principalmente quando uma mobilização adicional do retalho é desejada para um fechamento mais precoce e seguro.

REFERÊNCIAS

1. Richter DF, Stoff A. Abdominoplasty procedures. In: Neligan PC (ed.). Plastic Surgery: Aesthetic. Elsevier; 2013; 530-58.
2. Jarjis RD, Crewe BT, Matzen SH. Post-bariatric abdominoplasty resulting in wound infection and dehiscence. Conservative treatment with medical grade honey: A case report and review of literature. *Int J Surg Case Rep.* 2016; 20:1-3.
3. Hasan MY, Teo R, Nather A. Negative-pressure wound therapy for management of diabetic foot wounds: a review of the mechanism of action, clinical applications, and recent developments. *Diabet Foot Ankle.* 2015 Jul; 6:27618. doi: 10.3402/dfa.v6.27618. eCollection 2015.
4. Hyldig N, Birke-Sorensen H, Kruse M, Vinter C, Joergensen JS, Sorensen JA, Mogensen O, Lamont RF, Bille C. Meta-analysis of negative-pressure wound therapy for closed surgical incisions. *Br J Surg.* 2016 Apr; 103(5):477-86. doi: 10.1002/bjs.10084.
5. Donnabella A. Reconstrução anatômica da cicatriz umbilical. *Rev Bras Cir Plast.* 2013; 28(1):119-23.
6. Strugala V, Martin R. Meta-analysis of comparative trials evaluating a prophylactic single-use negative pressure wound therapy system for the prevention of surgical site complications. *Surg Infect.* 2017 Oct; 18(7):810-9.

*Endereço Autor:

Lívia Neffa

Alameda da Serra, nº891, Sala 810 - Nova Lima, MG, Brasil

CEP: 34000-000

E-mail: dralivianeffa@gmail.com

Intercorrências anestésicas respiratórias em palatoplastia do paciente fissurado: relato de dois casos



MARIANGELA LATINI DE MIRANDA ^{1*}

CAMILA CARVALHO CAVAVANTE MARINHO ¹
 HUGO LEONARDO DE REZENDE RODRIGUES ^{1,2}
 KAYO VIEIRA THEODORAK PÊGO ¹
 MARIANA SISTO ALESSI ^{1,2}
 RENATO CORREIA LIMA ¹

DOI: 10.5935/2177-1235.2019RBCP0113

RESUMO

A anestesia para procedimentos eletivos na cirurgia plástica é, geralmente, muito segura, porém, não está isenta de complicações. O conhecimento e o tratamento efetivo das intercorrências anestésicas são importantes para a segurança do paciente, pois, podem levar ao aumento da morbimortalidade. O paciente portador de fissura labiopalatina necessitará de vários procedimentos cirúrgicos para correções das deformidades e apresenta maior incidência de complicações anestésicas, principalmente respiratórias, comparadas ao paciente não fissurado. Este trabalho tem como finalidade relatar dois casos clínicos de intercorrências respiratórias associadas ao ato anestésico em pacientes fissurados e discutir sobre a importância de prever os riscos, e a necessidade do diagnóstico com tratamento imediato e eficaz.

Descritores: Palatoplastia; Edema pulmonar; Broncoespasmo; Pneumomediastino.

INTRODUÇÃO

As complicações relacionadas à anestesia em cirurgias plásticas são raras, mas potencialmente catastróficas. Segundo dados publicados pela Sociedade Brasileira de Cirurgia Plástica, são realizadas aproximadamente 1,5 milhão de cirurgias plásticas no Brasil, por ano, sendo 600 mil reparadoras¹. Embora geralmente seja muito segura, a cirurgia plástica eletiva apresenta taxa de mortalidade de cerca de 1 em 50.000 pacientes².

As fissuras labiopalatinas são uma das deformidades congênitas mais comuns na espécie humana, com incidência aproximada de 1:650 nascidos vivos³. Pacientes fissurados necessitarão de uma ou mais cirurgias reparadoras ao longo da vida. Esses pacientes são mais suscetíveis a complicações anestésicas, pois, além da deformidade craniofacial, podem apresentar alterações anatômicas das vias aéreas superiores e síndromes associadas^{4,5}.

As complicações respiratórias relacionadas à anestesia são reportadas, na literatura, como fatores que podem aumentar a morbimortalidade⁶. O rápido reconhecimento da situação, a reversão de fatores associados e o tratamento adequado previnem a necessidade de medidas mais invasivas e desfechos desfavoráveis⁷⁻⁹.

No presente trabalho, relatamos dois casos de complicações respiratórias em procedimentos cirúrgicos eletivos para correção da fissura palatina, sendo descritos o edema pulmonar pós-extubação e o broncoespasmo intraoperatório com consequente efeito Mecklin.

MÉTODO

Descrição de dois casos clínicos de portadores de fissura palatina e complicações perioperatórias relacionadas ao ato anestésico. Colhidos dados em prontuário eletrônico, revisão bibliográfica em livros e publicações obtidas por meio de portais científicos (PubMed).

CASO CLÍNICO 1

Trata-se de A.L.M., masculino, 30 anos, portador de fissura pós-forame completa, em acompanhamento ambulatorial no CENTRARE (Centro de Tratamento e Reabilitação de Fissura Labiopalatal e Deformidade Craniofacial), em Belo Horizonte – MG. Paciente admitido no bloco cirúrgico do Hospital da Baleia, em Belo Horizonte, pela Cirurgia Plástica, com proposta de palatoplastia secundária para tratamento de insuficiência velofaríngea. De acordo com avaliação pré-operatória, encontrava-se em condições físicas e psicológicas adequadas. Foi classificado como ASA I. Negava alergias ou síndromes.

O paciente foi submetido à intubação orotraqueal sem intercorrências, mantendo bons níveis de saturação no intraoperatório. Após o término do ato cirúrgico pela equipe da Cirurgia Plástica, as vias aéreas foram devidamente aspiradas e permaneceu aos cuidados do anestesista.

Durante o despertar da anestesia geral, o paciente inicialmente encontrava-se agitado e não permitia uma abertura oral adequada, ocorrendo oclusão mecânica temporária do tubo orotraqueal. Minutos após extubação, evoluiu com queda da saturação, esforço respiratório e taquipneia. À ausculta foi diagnosticado quadro de edema agudo de pulmão, possivelmente secundário à obstrução de vias aéreas causada pela oclusão do tubo durante o despertar do paciente. Foi prontamente medicado com diurético e corticosteroide venoso, e realizada oxigenação por máscara facial, havendo melhora quase completa dos sintomas respiratórios.

Ainda em sala cirúrgica, o mesmo evoluiu com dor abdominal em hipogástrio devido a retenção urinária com bexigoma. Foi avaliado pela equipe da urologia e, após várias tentativas de sondagem vesical sem sucesso, foi submetido a uretoscopia, sendo identificada estenose uretral. Optou-se por dilatação uretral com posterior sondagem vesical de demora com resolução do quadro.

¹ Hospital da Baleia em Belo Horizonte, MG, Brasil.

² Sociedade Brasileira de Cirurgia Plástica, Minas Gerais, MG, Brasil.



O paciente evoluiu estável em enfermaria, sem novos episódios de insuficiência respiratória, e manteve diurese satisfatória em uso de sonda vesical de demora. Recebeu alta no 4º dia de pós-operatório e seguiu em controle ambulatorial com a Cirurgia Plástica e Urologia sem novas complicações.

CASO CLÍNICO 2

A.P.O.M., feminino, 32 anos, fissura pós-forame completa, também em acompanhamento ambulatorial no CENTRARE. Admitida em bloco cirúrgico do Hospital da Baleia, em Belo Horizonte, pela Cirurgia Plástica para autonomização de retalho de língua em palato anterior para tratamento de fistula, 14 dias após confecção do retalho. Risco cirúrgico anestésico ASA I, ausência de alergias ou síndromes, previsibilidade de via aérea difícil devido a retalho intraoral (Figura 1).

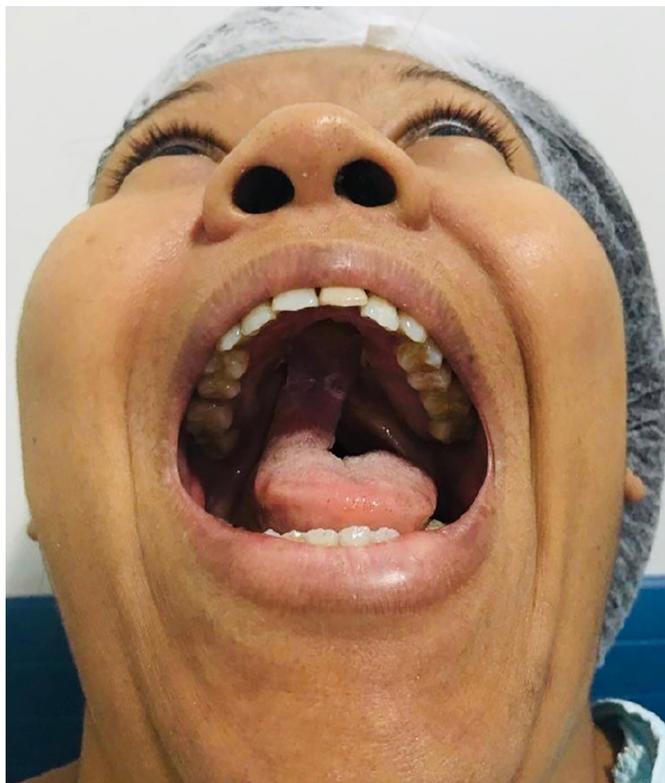


Figura 1. Retalho de língua em palato para tratamento de fistula oronasal. Pre-operatório de autonomização do retalho.

Além da presença do retalho em cavidade oral, o anestesista teve dificuldade em visualizar a via aérea, que se encontrava anatomicamente anormal e anterior. Após várias tentativas e uso de *Bougie*, obteve sucesso na intubação e seguiu-se em procedimento cirúrgico sob anestesia geral balanceada e ventilação mecânica.

Durante o ato operatório, a paciente evoluiu com súbita queda da saturação, dificuldade ventilatória e bradicardia. Foi diagnosticado broncoespasmo severo, sendo prontamente iniciada atropina, broncodilatador inalatório e corticosteroide venoso, pelo anestesista, que também associou ventilação com pressão positiva. A paciente apresentou melhora hemodinâmica, mas somente parcial do quadro ventilatório.

O procedimento cirúrgico foi interrompido e observou-se enfisema subcutâneo extenso em tronco e face, pneumoperitônio progressivo e piora significativa da ventilação pela restrição do volume pulmonar. Devido à dificuldade na ausculta pulmonar

secundária ao enfisema, realizou-se radiografia intraoperatória e confirmou a hipótese de pneumotórax hipertensivo à direita e pneumomediastino (Figura 2).

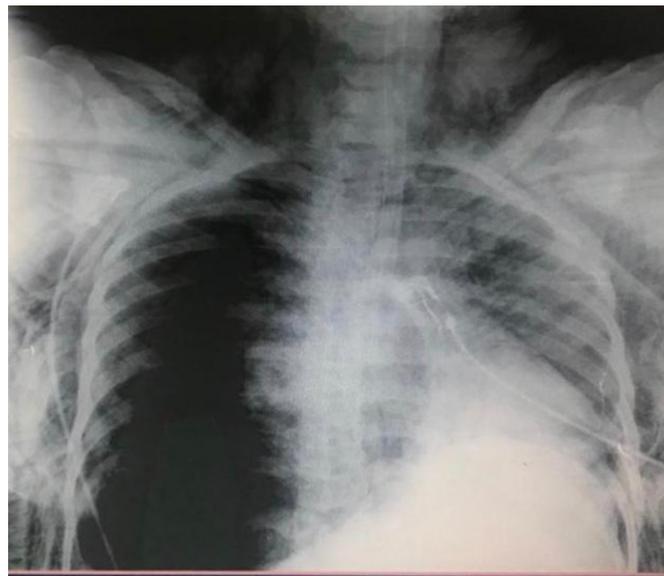


Figura 2. Pneumotórax hipertensivo à direita associado a pneumomediastino.

A paciente foi prontamente avaliada pela Cirurgia Geral e Cirurgia Torácica, sendo submetida a drenagem em selo d'água em hemitórax direito e descompressão abdominal por punção devido ao pneumoperitônio, com melhora significativa dos padrões ventilatórios. Após estabilização do quadro, foi realizada broncoscopia sendo excluída lesão em via aérea superior. Procedeu-se com autonomização do retalho e a paciente foi encaminhada para leito em UTI com hipótese diagnóstica de barotrauma.

Durante a internação hospitalar manteve estabilidade hemodinâmica, o que possibilitou a realização de tomografia computadorizada com contraste que excluiu lesão esofágica e confirmou hipótese de barotrauma e efeito Mecklin (Figura 3). Optou-se, pela equipe da Cirurgia Geral, Torácica e Plástica, por traqueostomia no 3º dia pós-operatório devido a via aérea difícil e alta probabilidade de intercorrências após extubação. Realizada retirada de dreno torácico no 7º dia e alta da UTI no 11º dia pós-operatórios. Manteve acompanhamento fisioterápico em enfermaria e foi submetida a decanulação após 13 dias de traqueostomia com posterior alta hospitalar. A paciente segue em acompanhamento ambulatorial com a Cirurgia Plástica sem novas intercorrências.

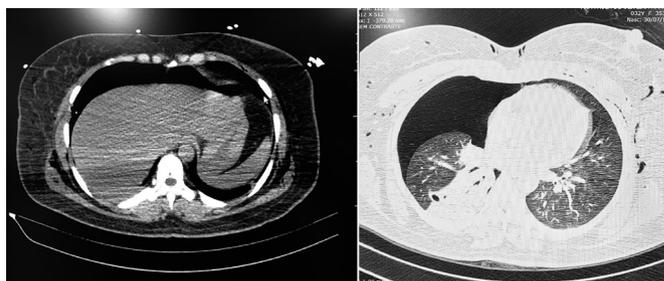


Figura 3. Tomografia computadorizada de abdome (direita) e tórax (esquerda) evidenciando pneumotórax drenado à direita, extenso enfisema subcutâneo e pneumoperitônio, sem evidência de lesões intra-abdominais.

DISCUSSÃO

A incidência de complicações respiratórias no intraoperatório de cirurgias eletivas não é claramente reportada na literatura, porém, em se tratando de portadores de fissura, segundo estudo realizado por Desalu *et al.*⁸, essa incidência pode chegar até 38%. As principais complicações reportadas foram extubação inadvertida, laringoespasma, broncoespasma e obstrução aguda das vias aéreas^{6,7}.

A via aérea difícil é frequente em portadores de fissura palatina pois, sabidamente, esses pacientes apresentam alterações anatômicas relacionadas às vias aéreas, como descrito em estudos comparativos com pacientes não fissurados^{4,5}. Prever esses riscos é crucial para uma boa evolução transoperatória, e a identificação de pacientes com alto risco permite abordagens estratégicas preventivas mais eficazes, alocação de recursos especializados e permite intervenções orientadas^{6,7}.

O primeiro relato apresentado exemplifica um caso típico de edema pulmonar por pressão negativa (EPPN) como complicação da obstrução aguda das vias aéreas, devendo ser essa uma complicação potencial a ser considerada em pacientes jovens e saudáveis, principalmente no período imediato pós-extubação e de recuperação após anestésias gerais com ventilação mecânica. Também citado na literatura como edema pulmonar *ex-vacuum*, a sua frequência relatada varia de 0,05% a 0,1%⁹. O EPPN é, muitas vezes, grave, de forma súbita e inesperada, secundário a um episódio de obstrução aguda de vias aéreas superiores, como no relato acima. A fisiopatologia apresenta caráter multifatorial, mas o mecanismo é predominantemente o desenvolvimento de uma grande pressão negativa intrapleural, que é transmitida para o interstício pulmonar, aumentando o retorno venoso para o ventrículo direito e também a pressão hidrostática capilar pulmonar, proporcionando a transudação de fluidos para dentro do espaço alveolar. A chave para uma abordagem segura repousa no rápido reconhecimento da situação, reversão da obstrução e aplicação de ventilação com pressão positiva. Rapidamente diagnosticada e tratada, essa condição clínica leva a um desfecho favorável, apesar de ser caracterizada como emergência anestesiológica^{10,11}.

O broncoespasma é um quadro caracterizado pela hiperreatividade aguda das vias aéreas, podendo ser desencadeado após manipulação durante a intubação ou ser parte de uma reação imunológica durante a anestesia. Esta condição clínica leva ao aumento excessivo e agudo da pressão das vias aéreas, podendo levar ao barotrauma, pneumotórax e pneumomediastino^{12,13}. O segundo caso relatado representa claramente uma série de eventos fisiológicos logo após grave crise de broncoespasma, e podemos chamá-la de síndrome de Mecklin. Esta síndrome é descrita na literatura como evento fisiológico causado pela ruptura alveolar pulmonar secundária ao aumento da pressão pulmonar, levando à saída de ar do interstício pulmonar e vasos linfáticos, que diseca através dos septos interlobares adjacentes a vasos sanguíneos e hilo brônquico, e daí para o mediastino. No mediastino, o ar atravessa fâscias e dissemina-se para o tecido subcutâneo do tórax e região cervical, pericárdio, peritônio e retroperitônio¹⁴. No caso relatado, devido ao volumoso e progressivo pneumoperitônio, a ventilação pulmonar ficou ainda mais restrita, com melhora significativa após descompressão abdominal de emergência por punção, na tentativa de diminuir a restrição pulmonar. O rápido diagnóstico e manejo assertivo

das equipes presentes (Cirurgia Geral e Torácica), evitou quadro grave de hipóxia podendo levar a parada cardiorrespiratória e consequente óbito.

CONCLUSÃO

Os casos expostos atentam para a necessidade do diagnóstico preciso e precoce das complicações anestésicas respiratórias no perioperatório e pós-operatório imediato. Devido à incidência não tão rara de portadores de fissuras labiopalatais em nosso meio, é importante a especialização da equipe cirúrgica e anestésica, pois, como muitos passarão por vários procedimentos cirúrgicos, o conhecimento prévio de suas peculiaridades faz com que seja possível prevenir riscos anestésicos e cirúrgicos, oferecendo ao paciente menor morbimortalidade e complicações associadas ao procedimento.

REFERÊNCIAS

1. Sociedade Brasileira de Cirurgia Plástica [homepage na internet]. Censo 2016: Situação da Cirurgia Plástica no Brasil. Disponível em: <http://www2.cirurgioplastica.org.br/wp-content/uploads/2017/12/CENSO-2017.pdf>. Acesso em: 29 fev 2019.
2. Mustoe TA, Buck DW, Lalonde DH. The safe management of anesthesia, sedation, and pain in plastic surgery. *Plast Reconstr Surg.* 2010; 126(4):165e-76e.
3. Nagem Filho H, Moraes N, Rocha RGF. Contribuição para o estudo da prevalência das máis formações congênitas lábio-palatais na população escolar de Bauru. *Rev Fac Odontol São Paulo.* 1968; 6(2):111-28.
4. Bacher M, Bacher U, Goz G, Pham T, Cornelius CP, Speer CP, Goelz R, Arand J, Wendling F, Buchner P, et al. Three-dimensional computer morphometry of the maxilla and face in infants with Pierre Robin sequence – a comparative study. *Cleft Palate Craniofac J.* 2000; 37(3):292-302.
5. Gunawardana RH. Difficult laryngoscopy in cleft lip and palate surgery. *Br J Anaesth.* 1996; 76:757-9.
6. Jackson O, Basta M, Sonnad S, Stricker P, Larossa D, Fiadjoe J. Perioperative risk factors for adverse airway events in patients undergoing cleft palate repair. *Cleft Palate Craniofac J.* 2013; 50(3):330-6.
7. Basta MN, Fiadjoe JE, Woo AS, Peeples KN, Jackson AO. Predicting Adverse Perioperative Events in Patients Undergoing Primary Cleft Palate Repair. *Cleft Palate Craniofac J.* 2018 Apr; 55(4):574-81.
8. Desalu I, Adeyemo W, Akintimoye M, Adepoju A. Airway and respiratory complications in children undergoing cleft lip and palate repair. *Ghana Med J.* 2010; 44:16-20.
9. Deepika K, Kanaan CA, Barrocas AM, Fenseca JJ, et al. Negative pressure pulmonary edema after acute airway obstruction. *J Clin Anesth.* 1997; 9:403-8.
10. McConkey PP. Postobstructive pulmonary oedema: a case series and review. *Anaesth Intensive Care.* 2000; 28:72-6.
11. Van Kooy MA, Gargiulo RF. Postobstructive pulmonary edema. *Am Fam Physician.* 2000; 62:401-4.
12. Currie M, Kerridge R, Bacon AK, et al. Crisis management during anaesthesia: anaphylaxis and allergy. *Qual Saf Health Care.* 2005; 14:e19.
13. Woods BD, Sladen RN. Perioperative considerations for the patient with asthma and bronchospasm. *Br J Anaesth.* 2009; 103(1):i57-65.
14. Carrillo-Esper R, Leal-Gaxiola P. Pneumomediastino y pneumoperitoneo secundario a efecto Macklin. *Rev Asoc Mex Med Crity Ter Int.* 2008; 22(2).

*Endereço Autor:

Mariangela Latini de Miranda

R. Juramento, 1464 - Saudade - Belo Horizonte, MG, Brasil

CEP: 30285-408

E-mail: mariangela_latini@hotmail.com

Relato de caso: paraplegia após anestesia peridural em reconstrução mamária



PAULA VALENTE DA SILVA ^{1*}

NATHÁLIA VILLARINS PEDROSA ¹
LUCAS DE MATTOS LOPES ¹
LARISSA SILVA LEITÃO DARODA ²
ROMEU FERREIRA DARODA ²
AMANDA MUDESTO DIAS COSTA ¹

DOI: 10.5935/2177-1235.2019RBCP0114

RESUMO

O carcinoma adenóide cístico é uma neoplasia maligna rara de crescimento lento, caracterizada por prognóstico reservado, devido a sua agressividade e grande potencial recidivante. Neste relato, apresentamos uma paciente portadora de carcinoma adenóide cístico em maxila, submetida a ressecção cirúrgica com margens amplas e reconstrução da maxila com tela de titânio. Evoluiu com deiscência de ferida e exposição de tela, sendo utilizado o retalho de músculo temporal para cobertura de defeito no terço médio da face. Devido a complexa configuração da maxila, a reconstrução dos defeitos pós-excisionais ainda representam um desafio para os cirurgiões plásticos e cirurgiões de cabeça e pescoço.

Descritores: Carcinoma adenóide. Maxila. Cirurgia Reconstructora. Músculo Temporal. Retalhos.

INTRODUÇÃO

A cirurgia plástica é realizada sob várias formas de anestesia, e é uma preocupação dos pacientes que serão submetidos a procedimentos cirúrgicos¹. Alguns procedimentos apresentam indicação variada de métodos anestésicos, e a escolha é realizada pelo anestesista no momento do ato operatório².

A associação de agentes e técnicas anestésicas tem sido utilizada para diminuir os impulsos nociceptivos no intra e pós-operatório, diminuindo a morbidade e a mortalidade.³ Foi demonstrado que a analgesia peridural proporciona controle superior da dor em comparação com opioides intravenosos após grandes procedimentos cirúrgicos, e resulta em menor tempo de hospitalização.⁴

O risco relativo de lesão neurológica permanente após peridural, diante de alguns estudos realizados, varia de 0 a 7,6:10.000 anestésias⁵.

OBJETIVO

O objetivo deste relato é apresentar a intercorrência de uma paciente com sarcoma de mama submetida à reconstrução mamária sob anestesia peridural, que evoluiu com paraplegia permanente associada a lesões por pressão.

RELATO DE CASO

Paciente M.R.S., sexo feminino, 79 anos, submetida à mastectomia à esquerda por sarcoma e reconstrução mamária com retalho latíssimo do dorso associada à prótese. Hipertensa, diabética, negava tabagismo e etilismo. Como história médica prévia, relatava fratura vertebral, colecistectomia laparotômica, cirurgia biliodigestiva, histerectomia total e dois partos vaginais.

Durante ato anestésico, o qual foi bastante laborioso, devido a presença de fratura em corpo vertebral T12, paciente apresentou lesão de canal medular (confirmado pela RM), evoluindo com paraplegia, parestesia e perda das sensibilidades tátil, de pressão e de temperatura nos membros inferiores.

Essa apresentação clínica motivou a avaliação imediata da Neurocirurgia e Radiologia. Após evidência de lesão neurológica, foi optado por laminectomia de T10 a L1.

Exames realizados em pós-operatório: tomografia de colunas torácica e lombar evidenciando aspecto semelhante com relação às RMs prévias sugerindo fratura crônica em T12; RM de colunas torácica e lombar demonstrando lesão do cordão medular distal.

Paciente permanece com o mesmo, evoluindo com lesões por pressão em regiões sacral e coccígea. Atualmente, mantém acompanhamento com serviços de Mastologia, Cirurgia Plástica e Neurocirurgia.

DISCUSSÃO

A paciente apresentada desenvolveu alterações neurológicas incomuns, fora da expectativa rotineira quanto à anestesia peridural.

A reconstrução mamária após mastectomia se tornou uma parte importante do tratamento integral de pacientes com câncer de mama, diminuindo deformidades e melhorando a qualidade de vida. A incidência varia de país e hospital, sendo estimada, nos Estados Unidos, em 8,3% em um ano.

As ressecções mamárias associadas à reconstrução com retalhos musculocutâneos são cirurgias de grande porte, que exigem analgesia eficiente para controle da dor no pós-operatório⁴.

A segurança dos pacientes é uma preocupação sempre presente em todos os procedimentos anestésicos e cirúrgicos realizados. Isto, aliado à negativa de alguns pacientes frente à proposta de uma anestesia geral, faz pensar em um procedimento seguro para oferecer em substituição a esta técnica. A peridural tem sido realizada com sucesso para realização de procedimento cirúrgicos, diagnósticos e analgésicos, associada ou não a anestesia geral. Esta técnica tem benefícios marcantes no controle da dor, demonstrando ser uma técnica segura, porém não isenta de complicações.

¹ Universidade Federal de Juiz de Fora, Juiz de Fora, MG, Brasil.

² Sociedade Brasileira de Cirurgia Plástica, Minas Gerais, MG, Brasil.

CONCLUSÃO

Considera-se a anestesia peridural segura para cirurgias da parede torácica e abdominal, promovendo anestesia cirúrgica e analgesia importantes, sendo boa alternativa associada à anestesia geral; no entanto, não é isenta de complicações exigindo indicação precisa e cuidados ao realizar a técnica.

REFERÊNCIAS

1. Batista KT, Schwartzman UPy. Complicações anestésicas em cirurgia plástica e a importância da consulta pré-anestésica como instrumento de segurança. *Rev Bras Cir Plást.* 2013; 28(3):8.
2. Manica J, et al. *Anestesiologia: princípios e técnicas.* 3 ed. Editora ArtMed; 2011.
3. Schnaier TB, Vieira AM, Castilho DG, et al. Analgesia em procedimentos cirúrgicos de câncer de mama com bloqueio interpleural. *Rev Dor.* 2010; 11(1):5-11.
4. Correl DJ, et al. Epidural analgesia compared with intravenous morphine patient controlled analgesia: postoperative outcome measures after mastectomy with immediate TRAM flap breast reconstruction. *Reg Anesth Pain Med;* 2001.
5. Souza RL, Andrade LOF, Silva JB, Silva LAC. Hematoma neuroaxial após bloqueio peridural. É possível prevenir ou detectar? Relato de dois casos. *Reva Bras Anest.* 2011; 61(2):221-4. doi: 10.1590/S0034-70942011000200011.

***Endereço Autor:**

Paula Valente da Silva

Rua Luz Interior, 500/603, bloco 3, Estrela Sul - Juiz de Fora, MG, Brasil

CEP: 36030-776

E-mail: paulavalentemedcp@gmail.com

Transtorno de Personalidade Borderline: dificuldade de diagnóstico e relação médico/paciente



RENATO ROCHA LAGE^{1,2,3,4*}

CAMILA CRISTINA SILVA MENDES⁵
RODRIGO PIMENTA SIZENANDO^{1,6}

DOI: 10.5935/2177-1235.2019RBCP0115

INTRODUÇÃO

Atualmente, o culto excessivo à beleza e sua associação com o sucesso pessoal, pela mídia, são fatores determinantes na crescente busca por procedimentos estéticos. Consultórios médicos enchem-se de pacientes com o mesmo sonho, mas há indicações e limites. É preciso investigar além do significante físico, aprofundar-se na angústia daquele sujeito para se evitar a realização de uma cirurgia plástica inoportuna.

A personalidade de um indivíduo pode ser brevemente definida como uma construção mental que reflete a estabilidade das dimensões cognitivas (crenças, valores e representação de si), afetivas (emoções e motivações) e comportamentais (condutas). Essas dimensões formam um conjunto de padrões que tendem a se manter ao longo do tempo, permitindo, portanto, que reconhecamos a nós mesmos e às outras pessoas. O transtorno de personalidade é um conjunto de padrões estáveis mal adaptados, desenvolvidos ao longo do ciclo da vida, que se desvia acentuadamente das expectativas da cultura do indivíduo, o que leva ao sofrimento subjetivo, e do seu meio social¹. Há transtorno de personalidade cuja identificação é mais complexa, especialmente por profissional pouco experiente; portanto, ocasionalmente, o médico opera paciente inapto, podendo gerar-lhe sofrimento, bem como ao próprio profissional, que poderá perder o controle sobre a condução pós-operatória.

Um transtorno de personalidade pouco conhecido e de difícil detecção, pois seus sintomas são comuns a outros transtornos, é o transtorno de personalidade *borderline* (TPB). Segundo a Associação Psiquiátrica Americana², sua

RESUMO

Atualmente, o culto excessivo à beleza e sua associação com o sucesso pessoal, pela mídia, são fatores determinantes na crescente busca por procedimentos estéticos. Entretanto, ocasionalmente, o desejo de ter a aparência modificada pode relacionar-se a transtorno de personalidade, sendo o tipo *borderline* de difícil identificação e entendimento por profissionais sem conhecimento específico. Este artigo relata caso de paciente com transtorno de personalidade *borderline*, inicialmente não percebido pelo cirurgião plástico, que gerou grande sofrimento e grandes conflitos no relacionamento entre paciente e equipe. A avaliação psicológica pré-operatória permite identificar transtornos que contraindiquem o procedimento, visando a evitar problemas e frustrações futuras. No acompanhamento pós-operatório, o psicólogo oferece apoio ao paciente e aos seus familiares. Portanto, é de fundamental importância que o psicólogo integre a equipe interdisciplinar de atendimento ao solicitante de cirurgia estética.

Descritores: Autoimagem; Personalidade; Transtorno de personalidade *Borderline*; Relações interpessoais; Cirurgia; Psicologia; Práticas interdisciplinares.

condição-chave é a variação imprevisível do humor, com acentuadas instabilidades afetiva e emocional. Suas principais características são:

- Distorção dos padrões de pensamento ou da percepção de si, com perturbação da identidade e da autoimagem, como estimativas equivocadas do tamanho corporal e do peso;
- Comportamento impulsivo;
- Relacionamentos intensos ou instáveis;
- Sentimentos duradouros de raiva, mágoa, de vazio e solidão, que provocam tentativas exageradas de prevenção de possível abandono por relacionamento sufocante, e ameaças de automutilação.

O paciente com TPB tem grande dificuldade em se compreender e causa prejuízos significativos a si próprio e a relacionamentos interpessoais. Atinge baixo grau de satisfação com resultados de procedimentos estéticos, solicita correções por impulsividade e para evitar o abandono. Profissionais da saúde, principalmente cirurgiões plásticos, acabam adoecendo quando se deparam com este tipo de paciente³. Nesse momento, o médico precisa aceitar suas limitações e suas manifestações psíquicas⁴. O objetivo deste relato é registrar a importância fundamental da avaliação e acompanhamento psicológicos antes e após uma cirurgia estética.

CASO CLÍNICO

Paciente do sexo feminino, de 29 anos, procurou cirurgião plástico porque estava insatisfeita com seu queixo pequeno. Percebia que faltava algo em seu rosto que chamasse atenção quando fotografada como modelo, e ao postar suas

¹ Sociedade Brasileira de Cirurgia Plástica, Minas Gerais, MG, Brasil.

² Associação Brasileira de Cirurgia Craniomaxilofacial, São Paulo, SP, Brasil.

³ Centro de Tratamento e Reabilitação de Fissuras Labiopalatais e Deformidades Craniofaciais.

⁴ Hospital da Baleia, Belo Horizonte, MG, Brasil.

⁵ Clínica privada.

⁶ Hospital João XXIII, Belo Horizonte, MG, Brasil.

fotos nas redes sociais. O cirurgião forneceu informações pré-operatórias e não detectou qualquer alteração psicopatológica na paciente.

Logo após a mentoplastia de aumento com prótese, já na sala de recuperação pós-anestésica, passou a ter comportamento agressivo e agitação, ofendendo toda a equipe multidisciplinar presente. No final de semana que se seguiu, passou mensagens telefônicas insistentemente, inclusive por toda a madrugada, queixando-se do “desastre em seu rosto” à representante comercial da prótese e ao cirurgião, que tentou acalmá-la, reafirmando que seria preciso aguardar o tempo previamente orientado para a região operada desinchar e cicatrizar. Foi reavaliada no primeiro dia útil seguinte e, diante de aparente desespero, foi submetida a novo procedimento cirúrgico um dia após, para diminuição do tamanho da prótese à metade. Manteve a queixa, e o cirurgião propôs, então, remover a prótese, o que foi terminantemente descartado pela paciente, pois alegou tratar-se do seu sonho. Foi medicada com ansiolítico leve e encaminhada a psicólogo, a que se opôs, e fisioterapeuta. Na terceira cirurgia, a prótese foi desbastada à metade do tamanho da menor prótese disponível no mercado, mas a paciente manteve-se insatisfeita, alegando que seu queixo aparentava-se gigantesco. A cada dia seu comportamento tornou-se mais agressivo, obsessivo pelo cirurgião plástico, a quem passou a ameaçar, bem como à administração da clínica onde havia se submetida ao procedimento. Após três procedimentos, havia surgido pequena aderência no sulco labial que precisava ser desfeita. Incapaz de manter qualquer comunicação produtiva com a paciente, o profissional a encaminhou ao seu amigo mais experiente, também cirurgião plástico, que tentaria dar continuidade aos cuidados com equipe interdisciplinar, incluindo psicóloga.

Inicialmente, desconfiada nos atendimentos psicológicos, expressava-se com extrema ansiedade, gesticulando muito, com taquialia. Informou que, logo após a cirurgia, ainda sedada, já notou algo estranho, pois a equipe de enfermagem da clínica estava indiferente, frios e impacientes. Quanto ao cirurgião plástico, declarou:

- “Eu não duvido que ele queria me deixar feia, por ter inveja de ser uma pessoa bonita” (narcisismo).

Acreditava que seu rosto ficara deformado, que sua boca não tinha o mesmo formato de antes, e que seus colegas de trabalho comentavam negativamente. Alegou que passou a perder várias oportunidades de trabalho como modelo fotográfica desde então. Acreditava que sua vida havia chegado ao fim, pois tornara-se um monstro após a cirurgia (distorção da imagem). Questionava se o novo cirurgião plástico poderia causar-lhe maior dano, privando-a de falar ou de reclamar (vitimização). Questionava se seu rosto ficaria perfeito, mas logo em seguida expressava desejo em readquirir, segundo seu entendimento, seu rosto angelical original. Foi orientada sobre a amplidão e relatividade do conceito de perfeição. Instabilizava-se emocionalmente com frequência, impedindo a fala do médico e da psicóloga, mas parecia ter entendido o propósito do tratamento complementar do sulco labial. Confessou que alguns acreditavam que ela tinha algum transtorno mental, mas temia que essa suspeita chegasse à sua empregadora no centro de saúde.

Após a nova intervenção, intercalava períodos de felicidade e gratidão com períodos de explosão e ameaças de morte a toda a equipe (instabilidade de humor). Afirmava constantemente que a psicóloga estava feliz com sua infelicidade, por ter inveja da sua beleza.

Antes da alta do consultório, o cirurgião solicitou que se submetesse a exame de imagem do mento (ressonância nuclear magnética), com finalidade de mostrar-lhe que, após as

intervenções, o tamanho da prótese tornara-se insignificante, e que nada mais havia a ser feito. Foi orientada sobre o resultado do exame e a necessidade de acompanhamentos psicológico e psiquiátrico. Reagiu agressivamente, arremessando objetos e proferindo palavras ofensivas. Impedia o contato da equipe com qualquer familiar. Atingia-se o limite da possibilidade de tratamento pelos médicos e pela psicóloga da equipe.

DISCUSSÃO

O método utilizado no acompanhamento psicológico antes e após cirurgias plásticas estéticas é a Terapia do Esquema. Um indivíduo psicologicamente saudável é aquele que consegue satisfazer de forma adaptativa suas necessidades fundamentais e emocionais, uma vez que entende seus esquemas e seu estilo de enfrentamento. A Terapia do Esquema é um programa comportamental de duração variável, conforme o paciente. Combina exposição com prevenção de resposta e elimina, em grande parte, pensamentos obsessivos. A Terapia do Esquema já se mostrou útil no tratamento de depressão, ansiedade, transtornos alimentares e transtornos de personalidade.

O psicólogo alia-se ao paciente para lutar contra seus esquemas, usando estratégias cognitivas, afetivas, comportamentais e interpessoais. Quando o paciente repete padrões disfuncionais baseados em seus esquemas, o psicólogo confronta, empaticamente, com as razões para mudança. Assim, o paciente começa a exercer algum controle sobre suas respostas e aumenta o exercício do livre arbítrio. O objetivo é aumentar seu autocontrole com relação aos seus esquemas, trabalhando para enfraquecer as memórias, emoções e sensações negativas. É importante avaliar quais dos esquemas podem gerar expectativas falsas ao processo, ou exigir demais após a cirurgia plástica.

Na Terapia do Esquema de pacientes com TPB, o psicólogo estabelece vínculos e uma base estável e carinhosa. O primeiro passo é terapeuta e paciente formarem vínculo emocional seguro, onde será estimulada a expressão de necessidades e emoções, ensinando ao paciente formas de enfrentamento para controlar humores e desconfortos. As estratégias visam a facilitar ao paciente seu aprendizado no controle de seus sentimentos, e a pontuar seus limites, quando ultrapassados⁵.

Outro método utilizado em pacientes que se submeterão a procedimentos de cirurgia plástica é a aplicação do teste NEO FFI revisado, que examina cinco traços de personalidade do indivíduo: abertura a experiência, conscienciosidade, extroversão, agradabilidade e neuroticismo. Trata-se de avaliação psicométrica da personalidade. Utiliza princípios positivos empíricos e baseia-se no pressuposto de que os atributos humanos podem ser avaliados quantitativamente. Os pacientes são convidados a preencher questionários com base em como se percebem e como acreditam que normalmente se comportam em diversas situações. Os resultados são, então, examinados em busca de consistências nas características do indivíduo, com base no pressuposto de que os atributos humanos são característicos, estáveis e consistentes, que se reúnem para compor a personalidade⁶.

Concluindo-se, o acompanhamento psicológico pré-operatório dos pacientes de cirurgia plástica é fundamental para avaliar se as motivações são realistas, e possibilitar intervenção, se houver algum desajustamento, ou mesmo impedimento. Após a cirurgia, oferece apoio contra ansiedade e amplia a capacidade de suportar sensações e emoções desconfortáveis e desconhecidas. O psicólogo é o articulador entre o paciente e o cirurgião plástico, e pode prevenir o adoecer de ambos. Deve sempre integrar a equipe interdisciplinar.

REFERÊNCIAS

1. Alvarenga M. Transtorno de personalidade *borderline*. In: Workshop Transtorno de Personalidade Borderline. Belo Horizonte, Brasil; 2018 Set.
2. American Psychiatric Association. Manual diagnóstico e estatístico de transtornos mentais – DSM 5. Porto Alegre: Artmed; 2014.
3. Scherer JN, Ornell F, Narvaez JCM, Nunes RC. Transtornos psiquiátricos na medicina estética: a importância do reconhecimento de sinais e sintomas. Rev Bras Cir Plást. 2017; 32(4):586-93.
4. Goulart GC. O corpo estranho na cirurgia plástica. Belo Horizonte: Coopmed; 2013.
5. Young JE. Terapia cognitiva para transtornos de personalidade: uma abordagem focada em esquemas. Porto Alegre: Artmed; 2003.
6. Mendoza CEF, NEO FFIR – inventário de personalidade NEO. São Paulo: Vetor Editora; 2007.

Endereço Autor:*Renato Rocha Lage**

Rua Domingos Vieira, 319/701 - Belo Horizonte, MG, Brasil

CEP: 30150-240

E-mail: renatorochalage@hotmail.com

Complicações em abdominoplastia



ROLF GEMPERLI ^{1*}

ROGÉRIO RAFAEL DA SILVA MENDES ¹

DOI: 10.5935/2177-1235.2019RBCP0116

INTRODUÇÃO

Abdominoplastia, ou dermolipectomia abdominal, configura entre os principais procedimentos estéticos realizados atualmente, seja isoladamente ou em associação com lipoaspiração ou suas variantes.

Independentemente das técnicas empregadas, ainda é um procedimento com índice relativamente alto de complicações, porém de fácil manejo e bom prognóstico (Tabela 1). Estudo de inquérito populacional realizado por Matarasso *et al.*¹, em 2006, levantou as principais complicações neste tipo de cirurgia. Para um total citado de 20.029 abdominoplastias, sendo 55% tradicionais isoladas, 35% lipoaspirações e 10% miniabdominoplastias, relatou índices de complicações locais de 20%, 10,3% e 13,5% respectivamente, e índice de complicação sistêmica de 0,1% para todas as técnicas empregadas.

Tabela 1. Índices das principais complicações em abdominoplastias.

Complicações	Incidência (percentual)
Locais	10,4%
Seroma	5,4-31,2%
Necrose tecidual	3-4,4%
Hematoma	2%
Infecção de ferida operatória	1-3,8%
Sistêmicas	0,1%
Tromboembolismo venoso	0,3-1,1%

Como em qualquer procedimento cirúrgico, a avaliação pré-operatória criteriosa, que inclua anamnese e exame físico completo, que inclua fatores de risco como idade avançada, obesidade e tabagismo, além de aspectos biopsicossociais como expectativa elevada do paciente, é o primeiro passo para evitar complicações nas abdominoplastias²⁻⁴.

As principais complicações perioperatórias decorrentes de abdominoplastias, descritas na literatura, podem ser classificadas em locais ou sistêmicas, e maiores ou menores conforme necessidade de reabordagem cirúrgica (Figura 1). Suas apresentações e particularidades, modalidades de tratamento e prevenção estão descritas, detalhadamente, a seguir.

RESUMO

Abdominoplastia configura entre os procedimentos mais realizados em Cirurgia Plástica Estética e Reparadora. Embora seja um procedimento considerado seguro não é isento de complicações, sejam elas locais (seroma, hematoma, necrose, infecção, assimetrias) ou sistêmicas (doença tromboembólica, insuficiência respiratória). Neste artigo foram revisadas e detalhadas as principais complicações em abdominoplastias, com ênfase na frequência de ocorrência, apresentação clínica, fatores de risco, prevenção e tratamento.

Descritores: Abdominoplastia; Lipoaspiração; Cirurgia plástica; Cirurgia estética; Cirurgia reparadora; Complicações

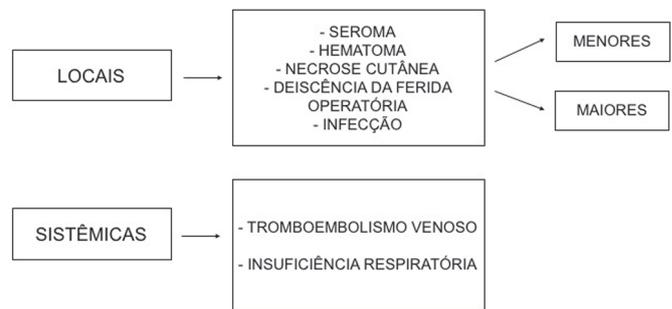


Figura 1. Principais complicações em abdominoplastias.

COMPLICAÇÕES LOCAIS PERIOPERATÓRIAS

Seroma

A formação de seroma é considerada a mais frequente complicação local na abdominoplastia, com índices próximos a 15%⁵.

Ainda é controverso se a associação da abdominoplastia com lipoaspiração desenvolve seroma pós-operatório com maior ou menor frequência. Estudo de Najera *et al.*⁶ citou índices de formação de seroma de 16% e 31,2% respectivamente, nos grupos de abdominoplastia tradicional e lipoabdominoplastia. Entretanto, a sub ou superestimativa desta complicação, por diferentes autores, reflete uma falta de padronização deste diagnóstico e, portanto, não está claro se, realmente, a associação com lipoaspiração aumenta o risco para formação de seroma pós-operatório.

Diversas estratégias foram descritas com o intuito de reduzir a incidência de formação de seroma pós-operatório em abdominoplastias. Uma delas consiste em preservar a fáscia de Scarpa, mantendo-a aderida à fáscia dos músculos retoabdominais e oblíquos externos durante dissecação do retalho abdominal. Costa-Ferreira^{7,8} e Fang⁹ sugeriram que esta técnica permitiu remoção precoce dos drenos, referindo que este fato diminuiu o índice de formação de seroma em até 86%. Swanson *et al.*¹⁰, por sua vez, em ensaio clínico randomizado, relataram ceticismo com estas afirmações, uma vez que demonstraram índices de incidência de seroma próximo a 5,4% quando utilizava lâmina fria no descolamento do retalho abaixo da fáscia de Scarpa.

¹ Faculdade de Medicina, Universidade de São Paulo, São Paulo, SP, Brasil.

Outra estratégia reconhecida, e amplamente empregada, é a obliteração do espaço morto entre a fásia de Scarpa e a fásia dos músculos retoabdominais e oblíquos externos, descrita por Baroudi *et al.*¹¹, utilizando pontos de aderência do retalho descolado à parede abdominal. Seguindo mesmo raciocínio, Pollock *et al.*¹² referiram apenas um caso de seroma em 597 abdominoplastias realizadas ao longo de 12 anos, empregando suturas internas de alívio de tensão progressiva, isto é, fixação interna do retalho descolado.

Alguns autores utilizam cola de fibrina como selante durante o fechamento da abdominoplastia. Esta não é uma conduta recorrente em nosso meio.

Quando presente, o tratamento dos seromas é realizado com punções seriadas e terapia compressiva, e, em geral, este problema é resolvido sem maiores problemas. Injeção de corticoides e agentes esclerosantes não possuem respaldo na literatura e são medidas de exceção. Nos casos em que o seroma é volumoso, ou mesmo persistente após múltiplas punções, a reintervenção cirúrgica, ocasionalmente, e a inserção de drenos são necessárias.

Infecção

Infecção é a segunda complicação local mais comumente observada em abdominoplastias, com incidência estimada entre 1% e 3,8%, sob a forma de infecção da ferida operatória e/ou seroma infectado^{1,5}.

Pacientes imunossuprimidos, desnutridos e diabéticos são mais propensos a infecção pós-operatória, especialmente se associados à obesidade¹³⁻¹⁵.

Tabagismo também aumenta o risco de infecção em até 12,7% comparado com 5% em não fumantes, conforme estudo de Manassa *et al.*¹⁶. Isto é explicado pela vasoconstrição decorrente dos agentes presentes no cigarro, que alteram a microcirculação cutânea, diminuem a imunidade celular intrínseca, além de necrose tecidual e, por vezes, seroma oculto.

Sevin *et al.*¹⁷ demonstraram redução no índice de infecção de 13% para 4% quando utilizada dose única de antibioticoprofilaxia pré-indução anestésica, sem benefícios adicionais de manter esquemas de profilaxia pós-operatória. Entretanto, este não é um consenso estabelecido. Diversos autores mantêm antibioticoprofilaxia por 48 h pós-operatórias ou mais, conforme sua experiência. Esta deve ser, portanto, realizada de acordo com a experiência do cirurgião e protocolos hospitalares específicos das instituições nas quais o mesmo realiza seus procedimentos cirúrgicos¹⁸.

Quando presentes, os sinais clássicos de infecção (dor, calor, rubor, endurecimento, eritema), deve ser realizada hipótese diagnóstica de infecção da ferida operatória ou seroma infectado, e iniciar antibioticoterapia direcionada em conformidade com a cultura e antibiograma do material retirado para exame. Nos casos refratários a este tratamento, reabordagem cirúrgica com ampla drenagem deve ser discutida.

Necrose cutânea e deiscência de ferida operatória

A necrose cutânea em abdominoplastias pode se apresentar desde formas simples, como epiteliólise autolimitada e pequenas deiscências, até necroses extensas com perda de substância em planos profundos, com índices de 3-4,4%. Necrose isolada do umbigo, por sua vez, ocorre em cerca de 0,2% dos casos, geralmente decorrente de plicatura excessiva ao redor desta estrutura^{1,5}.

Tabagismo é reconhecido como principal fator de risco para essa condição, uma vez que triplica as chances de evolução para necrose cutânea. O paciente deve abandonar o hábito de fumar por, pelo menos, dois meses antes do procedimento cirúrgico¹⁶.

Durante o intraoperatório, dissecação limitada em direção às perforantes intercostais, lipoaspiração limitada na região supraumbilical e fechamento por camadas, sem tensão, são as medidas mais seguras no sentido de evitar necrose cutânea. No pós-operatório, deve-se evitar uso de cintas ou similares muito apertadas. Grandes hematomas, seroma oculto e infecção também devem ser investigados e tratados prontamente.

Também deve-se evitar cirurgias prolongadas e associação com outras cirurgias estéticas no mesmo ato cirúrgico, fatores conhecidos de aumento de risco para aumento de morbidade pós-operatória^{19,20}.

Quando estabelecida, a pequena necrose e/ou deiscência deve ser manipulada de maneira conservadora. A maioria destes casos são tratados com curativos, pomadas hidratantes e desbridantes químicos, com período de recuperação que pode levar de semanas a meses.

As necroses extensas e profundas devem ser manejadas com desbridamento cirúrgico de modo a estimular formação de tecido de granulação e propiciar resutura, fechamento primário retardado, enxertia cutânea ou mesmo cicatrização por segunda intenção. Estratégias como oxigenoterapia hiperbárica e terapia por pressão negativa têm benefício comprovado, e podem ser indicadas quando necessário (Figura 2).



Figura 2. Necrose abdominal e seroma infectado decorrente de lipoaspiração e abdominoplastia. Paciente no vigésimo pós-operatório de lipoaspiração e abdominoplastia, admitida com febre e saída de secreção purulenta pela ferida operatória. **A:** Necrose abdominal; **B:** Seroma infectado; **C:** Tecido de granulação decorrente de desbridamento e terapia por pressão negativa; **D:** Resultado final após enxertia.

Mais recentemente, também se tem discutido a eficácia das suturas elásticas no fechamento de feridas complicadas, porém ainda não há evidência científica embasada suficiente para esta prática.

Para os casos de assimetrias e cicatrizes inestéticas decorrentes de necrose cutânea, pode ser empregado, tardiamente, o uso de expansores cutâneos para solução deste problema (Figura 3).

Hematoma

Com incidência próxima a 2%, hematoma é a terceira complicação local mais frequente em abdominoplastias.

O principal fator de risco para ocorrência de hematoma é alteração pressórica intra e pós-operatória, hemostasia inadequada e coagulopatias preexistentes. Não foi identificado aumento do risco para hematoma quando há associação com lipoaspiração^{21,22}.



Figura 3. Assimetria e cicatriz inestética decorrente de cicatrização por segunda intenção em necrose abdominal pós lipoaspiração e abdominoplastia. Paciente em pós-operatório tardio de lipoaspiração e abdominoplastia com relato de tabagismo e uso de cinta apertada no pós-operatório. Evoluiu com necrose do retalho abdominal transposto da região supraumbilical. Manejada com desbridantes químicos tópicos e antibioticoterapia, evoluiu com cicatriz inestética por segunda intenção e mau posicionamento do umbigo por retração cicatricial.

Presença de dreno não previne formação de hematoma, porém, a mudança do débito e do aspecto da drenagem servem para verificar ocorrência de hematoma.

Muitas vezes, o hematoma é assintomático ou não diagnosticado, e não gera maiores consequências. Entretanto, hematomas volumosos podem evoluir com instabilidade hemodinâmica e compressão do retalho descolado, o que pode propiciar necrose cutânea, e devem ser prontamente explorados (Figura 4).



Figura 4. Hematoma volumoso pós-abdominoplastia. Paciente em pós-operatório recente de abdominoplastia que evoluiu com instabilidade hemodinâmica. Submetida à drenagem de urgência de volumoso hematoma decorrente de sangramento de vaso perfurante abdominal (não identificado). Nota-se que o dreno presente não preveniu a formação do hematoma.

COMPLICAÇÕES LOCAIS TARDIAS

As demais complicações locais de apresentação tardia são decorrentes, geralmente, de resultado estético insatisfatório. Cicatrizes hipertróficas podem decorrer de fechamento com tensão excessiva e devem ser manejadas com massagem, placas de silicone específicas e, por vezes, com infiltração de corticoide injetável. Correção cirúrgica é uma alternativa nos casos refratários, assim como nas cicatrizes inestéticas, alargadas ou decorrentes de cicatrização por segunda intenção pós-necrose, ou deiscência da ferida operatória. Cicatriz queloidiana deve ser abordada com cautela e, de preferência, com beta-terapia adjuvante de modo a evitar piora e recidiva da lesão.

Assimetria de contorno corporal pode ser decorrente de mal resultado de plicatura da diástase dos músculos retoabdominais. Esta pode ocorrer em virtude de frouxidão da sutura, ruptura ou mesmo de tensão excessiva e consequente isquemia. Alguns autores recomendam plicatura em duas camadas de modo a formar uma fibrose mais persistente,

porém, há o risco teórico de isquemia e consequente deiscência aponeurótica. Acúmulo de gordura localizada, ressecção insuficiente de pele e mal posicionamento da cicatriz também são fatores de contorno corporal insatisfatório pós-operatório. Estes casos devem ser avaliados cautelosamente e indicada nova abdominoplastia e/ou lipoaspiração, quando necessário.

Casos de neuralgia/dor crônica decorrem, geralmente, de lesão inadvertida do nervo cutâneo femoral lateral. Para tal, é aconselhado dissecação cuidadosa próxima à espinha ilíaca anterossuperior. A dor é, geralmente, sob a forma de parestesias e “pontadas” ao longo dos dias, geralmente autolimitada. O tratamento, quando ocorre neuralgia persistente, consiste em massagem e analgésicos comuns, associados ou não a anticonvulsivantes como amitriptilina e gabapentina. Nos casos refratários, exploração cirúrgica visando a liberação do nervo enclausurado ou ressecção de um neuroma, pode ser necessária.

COMPLICAÇÕES SISTÊMICAS

Tromboembolismo venoso

A incidência de tromboembolismo varia, na literatura, entre 0,3-1,1%, considerando casos confirmados por ultrassonografia Doppler venosa. Assume-se que ocorra um número maior de casos subclínicos, que se resolvem espontaneamente sem desenvolvimento de sintomatologia específica.

Pacientes com IMC > 30 kg/m² apresentam maior risco de desenvolver tromboembolismo em cirurgias abdominais. Quando a abdominoplastia é associada a outras outras cirurgias intra-abdominais, o risco aumenta para 2,17% em comparação com 0,76% quando associada a outras cirurgias estéticas no mesmo ato operatório^{23,24}. Estudo de Gemperli *et al.*²⁵, por outro lado, demonstrou segurança na associação com procedimentos cirúrgicos intra-abdominais quando há boa concordância e prática cirúrgica entre os grupos envolvidos.

Relatos de embolia gordurosa secundária à abdominoplastia isolada ou lipoaspiração sem lipoenxertia são raros. Evidências recentes no tocante aos riscos de lipoenxertia glútea e embolia gordurosa, recomendam lipoenxertia em plano subcutâneo exclusivo, evitando injeções intramusculares, e longe da emergência dos vasos glúteos (Multi-Society Gluteal Fat Grafting Task Force issues safety advisory urging practitioners to reevaluate technique; disponível em: https://www.surgery.org/sites/default/files/Gluteal-Fat-Grafting-02-06-18_0.pdf).

O uso de quimioprofilaxia para prevenção do tromboembolismo venoso é controverso, não devendo ser aplicado indiscriminadamente em todos os pacientes. Newall *et al.*²⁶, em estudo retrospectivo, e Hatfeg *et al.*²⁷, em estudo de revisão, demonstraram diminuição da incidência de tromboembolismo venoso com utilização de heparina de baixo peso molecular em cirurgias abdominais e de contorno corporal; entretanto, evidenciaram mais desenvolvimento de hematoma nestes casos.

Sistemas de avaliação, como a Escala de Caprini, são validados na prática médica geral e extrapolados para a cirurgia plástica. São úteis na indicação da profilaxia de tromboembolismo, embora cada caso deva ser analisado individualmente²⁸.

Cessaçã do tabagismo um mês antes da cirurgia, deambulação precoce, uso de meias elásticas compressivas e compressor pneumático de membros inferiores devem ser indicados a todos os pacientes com procedimentos com duração maior do que uma hora, incluindo as plásticas abdominais^{29,30}.

Insuficiência respiratória

Há um risco teórico de aumento da pressão abdominal e consequente disfunção respiratória em pacientes submetidos a

plicatura exagerada dos músculos retoabdominais. A avaliação da redução do conteúdo abdominal com o paciente em posição de supino e confirmação, pelo anestesiológico, da ventilação adequada, durante a plicatura e ao término do procedimento, são estratégias para se evitar esta complicação.

Óbito

Mortes decorrentes de abdominoplastias são raras, sem registro nas séries mais recentes. Assume-se que a maioria decorra de complicações anestésicas ou tromboembolismo maciço perioperatórios.

CONCLUSÃO

Quando adotadas técnicas cirúrgico-anestésicas adequadas, realizadas por profissional qualificado, as complicações em abdominoplastias são em geral raras, e quando presentes, manejáveis.

Escores de segurança, no contexto de medicina baseada em evidências, são úteis, mas o julgamento do cirurgião em cada caso particular é soberano^{31,32}.

Por fim, os casos de óbito em cirurgia plástica apresentadas pela mídia, em geral decorrem de procedimentos realizados com não especialistas, incapacitados para exercer o ofício de cirurgião plástico, devendo o paciente verificar no conselho de classe competente a certificação do cirurgião para exercício da profissão.

REFERÊNCIAS

- Matarasso A, Swift RW, Rankin M. Abdominoplasty and abdominal contour surgery: a national plastic surgery survey. *Plast Reconstr Surg.* 2006 May; 117(6):1797-808.
- Friedland JA, Maffi TR. MOC-PS(SM) CME article: abdominoplasty. *Plast Reconstr Surg.* 2008 Apr; 121(4 Suppl):1-11.
- Dutot M-C, Serror K, Al Ameri O, Chaouat M, Mimoun M, Boccara D. Improving Safety after Abdominoplasty: a retrospective review of 1,128 cases. *Plast Reconstr Surg.* 2018 Aug; 142(2):355-62.
- Gutowski KA. Evidence based medicine [Internet]. *Plast Reconstr Surg.* 2017; 1-5.
- Neaman KC, Armstrong SD, Baca ME, et al. Outcomes of traditional cosmetic abdominoplasty in a community setting: a retrospective analysis of 1,008 patients. *Plast Reconstr Surg.* 2013; 131:403e-10e.
- Najera RM, Asheld W, Sayeed SM, Glickman LT. Comparison of seroma formation following abdominoplasty with or without liposuction [Internet]. *Plast Reconstr Surg.* 2011; 127:417-22.
- Costa-Ferreira A, Rebelo M, Váscenez LO, Amarante J. Scarpa's fascia preservation during abdominoplasty: a prospective study [Internet]. *Plast Reconstr Surg.* 2010; p. 1.
- Costa-Ferreira A, Rebelo M, Silva A, Váscenez LO, Amarante J. Scarpa fascia preservation during abdominoplasty [Internet]. *Plast Reconstr Surg.* 2013; 131:644-51.
- Fang RC, Lin SJ, Mustoe TA. Abdominoplasty flap elevation in a more superficial plane: decreasing the need for drains [Internet]. *Plast Reconstr Surg.* 2010; 125:677-82.
- Swanson E. Scarpa fascia preservation during abdominoplasty [Internet]. *Plast Reconstr Surg.* 2013; 132:871e-73e.
- Baroudi R, Ferreira C. Seroma: How to avoid it and how to treat it [Internet]. *Aest Surg J.* 1998; 18:439-41.
- Pollock TA, Pollock H. Progressive tension sutures in abdominoplasty: a review of 597 consecutive cases [Internet]. *Aest Surg J.* 2012; 32:729-42.
- Rogliani M, Silvi E, Labardi L, Maggiulli F, Cervelli V. Obese and nonobese patients: complications of abdominoplasty. *Ann Plast Surg.* 2006 Sep; 57(3):336-8.
- Vastine VL, Morgan RF, Williams GS, Gampper TJ, Drake DB, Knox LK, et al. Wound complications of abdominoplasty in obese patients [Internet]. *Ann Plast Surg.* 1999; 42:34-9.
- Murshid M, Khalid KN, Shakir A, Bener A. Abdominoplasty in obese and in morbidly obese patients [Internet]. *J Plast, Reconstr & Aest Surg.* 2010; 63:820-5.
- Manassa EH, Hertl CH, Olbrisch R-R. Wound healing problems in smokers and nonsmokers after 132 abdominoplasties [Internet]. *Plast Reconstr Surg.* 2003; 111:2082-7.
- Sevin A, Senen D, Sevin K, Erdogan B, Orhan E. Antibiotic use in abdominoplasty: prospective analysis of 207 cases [Internet]. *J Plast, Reconstr & Aest Surg.* 2007; 60:379-82.
- Casaer B, Tan EK, Depoorter M. The role of antibiotic prophylaxis in abdominoplasty: a review of the infection rate in 300 cases treated without prophylaxis [Internet]. *Plast Reconstr Surg.* 2009; 123:42e.
- Hardy KL, Davis KE, Constantine RS, Chen M, Hein R, Jewell JL, et al. The impact of operative time on complications after plastic surgery: a multivariate regression analysis of 1,753 cases [Internet]. *Aest Surg J.* 2014; 34:614-22.
- Winocour J, Gupta V, Ramirez JR, Shack RB, Grotting JC, Higdon KK. Abdominoplasty: Risk factors, complication rates, and safety of combined procedures. *Plast Reconstr Surg.* 2015 Nov; 136(5):597e-606e.
- Samra S, Sawh-Martinez R, Barry O, Persing JA. Complication rates of lipoabdominoplasty versus traditional abdominoplasty in high-risk patients [Internet]. *Plast Reconstr Surg.* 2010; 125:683-90.
- Hensel JM, Lehman JA, Prasad Tantri M, Parker MG, Wagner DS, Topham NS. An outcomes analysis and satisfaction survey of 199 consecutive abdominoplasties [Internet]. *Ann Plast Surg.* 2001; 46:357-63.
- Hatef DA, Kenkel JM, Nguyen MQ, Farkas JP, Abtahi F, Rohrich RJ, et al. Thromboembolic risk assessment and the efficacy of enoxaparin prophylaxis in excisional body contouring surgery. *Plast Reconstr Surg.* 2008 Jul; 122(1):269-79.
- Salgado AA, Padilla JF, Arreguín JC. Assessment of postoperative venous thromboembolism risk in body sculpting procedures [Internet]. *Body Contouring and Sculpting;* 2016.
- Gemperli R, Neves RI, Tuma P, Bonamichi GT, Castro Ferreira M, Manders EK. Abdominoplasty combined with other intraabdominal procedures [Internet]. *Ann Plast Surg.* 1992; 29:18-22.
- Newall G, Ruiz-Razura A, Mentz HA, Patronella CK, Ibarra FR, Zarak A. A retrospective study on the use of a low-molecular-weight heparin for thromboembolism prophylaxis in large-volume liposuction and body contouring procedures. *Aesthetic Plast Surg.* 2006 Jan; 30(1):86-95; discussion 96-7.
- Hatef DA, Trussler AP, Kenkel JM. Procedural risk for venous thromboembolism in abdominal contouring surgery: a systematic review of the literature [Internet]. *Plast Reconstr Surg.* 2010; 125:352-62.
- Pannucci CJ, Dreszer G, Wachtman CF, Bailey SH, Portschy PR, Hamill JB, et al. Postoperative enoxaparin prevents symptomatic venous thromboembolism in high-risk plastic surgery patients. *Plast Reconstr Surg.* 2011 Nov; 128(5):1093-103.
- Somogyi RB, Ahmad J, Shih JG, Lista F. Venous thromboembolism in abdominoplasty: a comprehensive approach to lower procedural risk [Internet]. *Aesthetic Surg J.* 2012; 32:322-9.
- Gutowski KA. Venous thromboembolism in abdominoplasty: a comprehensive approach to lower procedural risk [Internet]. *Yearbook Plast Aesth Surg.* 2013; 112-3.
- Saldanha OR, Salles AG, Llaverias F, Filho ORS, Saldanha CB. Predictive factors for complications in plastic surgery procedures – suggested safety scores [Internet]. *Rev Bras Cir Plást (RBCP) – Braz J Plast Surg.* 2014; v. 29.
- Vu MM, Ellis MF, Blough JT, Gutowski KA, Kim JYS. Development and internal validation of the abdominoplasty risk calculator. *Plast Reconstr Surg.* 2018 Jan; 141(1):34e-45e.

*Endereço Autor:

Rolf Gemperli

Rua Pedroso Alvarenga, 1046, Cj. 23. São Paulo – SP, Brasil.

CEP: 04531-011

E-mail: rgemperli@sti.com.br

Complicações em cirurgia íntima: análise de quarenta casos

ROSIMARA MORAES
BONFIM^{1*}



DOI: 10.5935/2177-1235.2019RBCP0117

INTRODUÇÃO

A cirurgia íntima tem tido sua procura aumentada, majoritariamente com o conceito de ninfoplastia. Ainda há controvérsias na literatura sobre as indicações¹ e até aspectos do que seria uma vulva anatomicamente normal². Em nossa prática, buscamos uma visão conceituando como “plástica vulvar”, assim analisamos e tentamos harmonizar cirurgicamente as estruturas que se relacionam com os pequenos lábios, proporcionando uma abordagem mais ampla que ninfoplastia^{4,5} (Figuras 1 e 2). As pacientes desconhecem muitos aspectos da sua vulva e esta abordagem parece permitir uma maior satisfação com o resultado, bem como nos proporciona uma sistematização do procedimento visando minimizar complicações (Figuras 3 e 4) e insatisfação^{6,7}.



Figura 1. Exemplo de paciente que necessita de diversas correções.

RESUMO

Estudo prospectivo de 40 pacientes operadas pela autora, com acompanhamento variando de 6 meses a 2 anos, incluindo pesquisa via telefone após 10 meses de operadas, com 2 casos de edema prolongado, nenhum hematoma, 3 deiscências mínimas com reintervenção e todas as pacientes satisfeitas. Os resultados são comparados com artigos na literatura.

Descritores: Vulva/cirurgia; Ninfoplastia; Labioplastia; Cirurgia íntima; Hipertrofia de pequenos lábios; Complicações; Satisfação do paciente.



Figura 2. Aumento importante de tecido pré-clitoriano.

OBJETIVO

Analisar prospectivamente uma casuística de cirurgias plásticas vulvares, avaliadas e operadas pela autora, utilizando sistematização e enquadramento na classificação de Cunha, com ninfoplastia majoritariamente realizada por técnica de ressecção “em cunha”^{6,8}, todas sob anestesia peridural com sedação sem infiltração local com adrenalina. Utilizado fio Catgut 4-0.

MÉTODO

Após a indicação e realização da cirurgia, 40 pacientes com idades entre 24 e 52 anos, tiveram avaliação presencial realizada aos 10 dias, 20 dias, dois meses e até o sexto mês de pós-operatório. Após este período, as que não compareceram foram incluídas em pesquisa de satisfação, pelo telefone, no décimo mês. Em todos os casos, não foi realizada apenas ninfoplastia, havendo associações variando de tratamento do capuz pré-clitoriano, lipoenxertia de grandes lábios e ressecção dos grandes lábios, e lipoaspiração de monte pubiano. No peroperatório, a infiltração e adrenalina foi apenas na obtenção da gordura para enxertia.

¹ Sociedade Brasileira de Cirurgia Plástica, Minas Gerais, MG, Brasil.

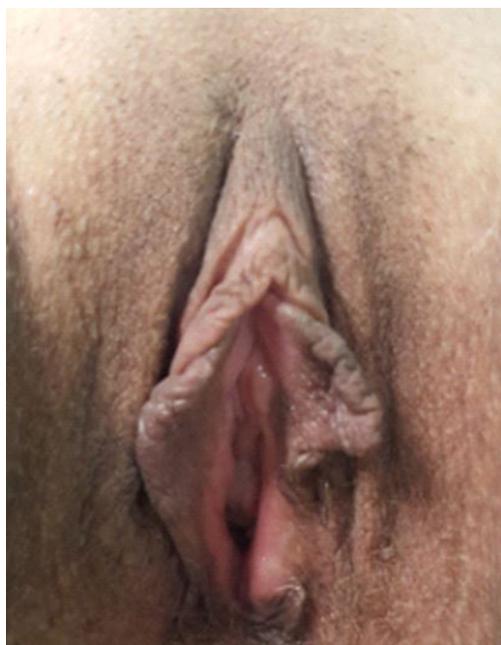


Figura 3. Paciente operada em outro serviço só com ressecção de ninfas e com deiscência caudal unilateral.



Figura 4. Deiscência em ressecção “em cunha” – candidíase.

RESULTADOS

Tivemos dois casos de edema prolongado (mais que 10 dias) em pacientes sem enxertia de gordura que se resolveram sem intervenção, cinco casos de pequena deiscência, e em apenas três casos foi necessário refinamento sob anestesia local. Em um dos casos, a paciente no PO imediato apresentou

candidíase importante. Não houve hematoma. Em um dos casos de enxertia de gordura houve absorção total após um ano e meio, sendo diagnosticada portadora de hipotireoidismo; nova enxertia após dois anos, sem queixas após 15 meses. Todas as pacientes se mostram satisfeitas com a aparência, conforto com as vestes e sem queixas na atividade sexual, relatando melhora da mesma. Não houve queixa de perda de sensibilidade, mesmo nas duas pacientes de técnica amputativa.

DISCUSSÃO

A abordagem vulvar e de suas relações estruturais permite melhor compreensão da paciente sobre as possibilidades cirúrgicas. Nossos resultados são coerentes com os da literatura^{1,3,5}, que demonstram maior chance de deiscência nas ressecções “em cunha”. O cuidado de posicionamento das incisões e a hemostasia sem uso de vasoconstrictor são fatores que podem justificar a não incidência de hematomas, além do uso de vestes íntimas mais compressivas no pós-operatório⁷. A satisfação das pacientes com o resultado nos motiva a continuar aprimorando os estudos e as técnicas (Figura 5).

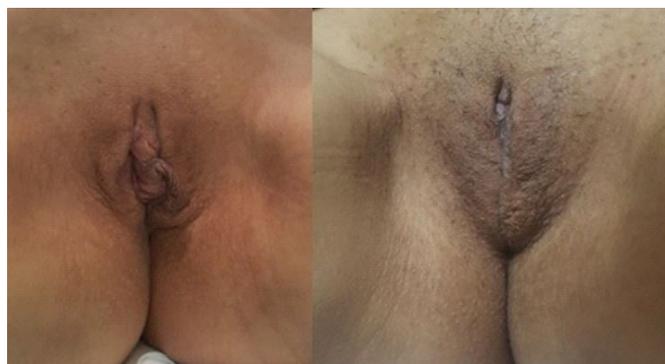


Figura 5. Exemplo de resultado seis meses após ninfoplastia e enxerto de gordura dos grandes lábios.

REFERÊNCIAS

1. Hunter JG. Labia minora, labia majora, and clitoral hood alteration: experience-based recommendations. *Aesth Surg J.* 2015; 1-9.
2. Clerico C, Larry A, et al. Anatomy and aesthetics of the labia minora: the ideal vulva? *Aesth Plast Surg.* 2017 Jun; 41(3):714-9. DOI 10.1007/s00266-017-0831-1. Disponível em: <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/28314908>.
3. Wilkie G, Bartz D. Vaginal rejuvenation: a review of female genital cosmetic surgery. *Obst Gynec Sur.* 2018; 73(5):287-92.
4. Ozer M, et al. Labiaplasty: motivation, techniques, and ethics. *Nature Rev Urol.* 2018 Mar; 15:175-89.
5. Bucknor A, et al. Labiaplasty: indications and predictors of postoperative sequelae in 451 consecutive cases. *Aesth Surg J.* 2018 may; 38:644-53.
6. Hamori CA. Aesthetic surgery of the female genitalia: labiaplasty and beyond. *Plast Reconstr Surg.* 2014; 134:661.
7. Cunha FI, et al. Ninfoplastia: classificação e refinamentos técnicos. *Rev Bras Cir Plást.* 2011; 26(3):507-11.
8. Daher M, et al. Ninfoplastia em estrela: técnica para redução dos pequenos lábios vulvares. *Rev Bras Cir Plást.* 2015; 30(1):44-50.

*Endereço Autor:

Rosimara Moraes Bonfim

Rua Israel Pinheiro, nº1890 - Governador Valadares, MG, Brasil

CEP 35020-220

E-mail: rosimarabonfim@yahoo.com.br

Amputação digital após liberação de contratura digital: relato de caso

SERGIO ANTONIO SALDANHA
RODRIGUES FILHO^{1*}



THALITA EZEQUIEL DE SOUZA¹
MARCELO MARTINS CASAGRANDE¹
GILBERTO INÁCIO CARDOSO NETO¹
GABRIEL HENRIQUE GONTIJO CARNEIRO¹
FILIPE REIS PEDRA¹

DOI: 10.5935/2177-1235.2019RBCP0118

INTRODUÇÃO

A mão é um instrumento primário de comunicação, estética, emoção e sexualidade. Ela é acometida em até 80% dos casos em grandes queimados, acarretando em perda da capacidade laboral e sequelas psicossociais graves¹. Devido à alta suscetibilidade em absorver traumas, geralmente as queimaduras nas mãos levam à absorção de grades quantidades de energia, o que acarreta lesões graves, sobretudo nas queimaduras por chamas, sendo este o principal fator etiológico². Mesmo após cuidados intensos na fase aguda, a formação de contraturas e cicatrizes hipertróficas se torna um grave empecilho para o desenvolvimento funcional e estético do membro afetado³. Existem vários fatores de risco para formação de cicatrizes hipertróficas, incluindo baixa idade, infecções, estiramento da pele e local anatômico. Quanto mais profunda a queimadura, maior o risco de contratura e cicatrizes hipertróficas⁴.

Após a maturação cicatricial, a correção cirúrgica se mostra como uma das melhores ou única forma de solucionar sequelas funcionais. A presença de contraturas lineares, por exemplo, é melhor abordada por zetaplastias, contínuas ou compostas, com ângulos de 60° ou maiores⁵. A presença de contraturas nas faces volares das falanges e nas regiões interfalangeanas podem ser tratadas com enxertos de espessura total (preferencialmente) ou parcial, na eventualidade de não se exporem estruturas nobres, como vasos, nervos, ossos ou tendões¹.

As cirurgias são feitas, via de regra, sob anestesia geral ou sedação, infiltração locorregional de anestésicos locais e torniquete pneumático para melhor visualização do campo cirúrgico. Isquemia e necrose digitais, dentre outras complicações, são desfechos possíveis neste procedimento, sobretudo em pacientes diabéticos, vasculopatas e aqueles com extensas fibroses profundas, com vascularização errática⁶.

OBJETIVO

Este trabalho objetiva relatar um caso de amputação digital após cirurgia para correção de contratura na face volar dos terceiro, quarto e quinto quirodáctilos direitos de uma

RESUMO

A mão é acometida em até 80% dos casos em grandes queimados, acarretando em perda da capacidade laboral e sequelas psicossociais graves. A presença de contraturas nas faces volares das falanges e nas regiões interfalangeanas podem ser tratadas com enxertos de pele ou retalhos, após liberação das cicatrizes. Isquemia e necrose digitais, dentre outras complicações, são desfechos possíveis neste procedimento, sobretudo em pacientes diabéticos, vasculopatas e aqueles com extensas fibroses profundas, com vascularização errática. O relato apresenta caso de amputação digital após cirurgia para correção de contraturas nas faces flexoras dos quirodáctilos de uma paciente pediátrica.

Descritores: Queimaduras; Contratura; Amputação; Procedimentos cirúrgicos reconstrutivos; Cirurgia plástica.

paciente pediátrica, com as medidas tomadas para amenizar o grau de isquemia e nível de amputação subsequente, além de incitar reflexão sobre os possíveis riscos relacionados à cirurgia de membros múltiplas vezes abordados.

MÉTODO

As informações foram coletadas durante a condução da paciente nas consultas, cirurgias, por meio de revisão do prontuário, registros fotográficos e revisão da literatura nas bases PubMed, SciELO, Google Acadêmico e Medline.

RESULTADOS

Paciente feminina, 12 anos, moradora da zona rural de Guaxupé, admitida no ambulatório de cirurgia plástica do Hospital das Clínicas da Universidade Federal de Minas Gerais após encaminhamento de outro serviço terciário para avaliação de contratura nas faces flexoras do terceiro, quarto e quinto quirodáctilos direitos, resultantes de queimadura por chama aos três anos de idade. A paciente tinha ângulos de contratura metacarpo-falangeanas entre 30-60° em repouso (McCauley grau III). Havia passado por seis outras abordagens ao longo dos últimos cinco anos, sendo a última 18 meses antes da abordagem a ser relatada. A paciente não possuía comorbidades ou alergias. A paciente vivia com a avó materna, mas tinha a mãe como acompanhante nas consultas médicas e internações hospitalares.

Foi submetida a zetaplastias duplas no terceiro e quinto dedos, e enxertia de pele total no quarto dedo, este proveniente da face volar do punho (Figura 1).

Foram realizados bloqueios tronculares com lidocaína 1% + epinefrina 1:200.000 4 mL nos três quirodáctilos e 15 mL na área doadora do enxerto de pele total (EPT) e posicionado torniquete elástico na base de cada um dos dedos, sucessivamente, por etapa cirúrgica.

Foram realizadas, primeiramente, as zetaplastias, com ângulos de 75°, sem quaisquer intercorrências, tendo o tempo de torniquete sido de 35 minutos para o 5° quirodáctilo direito (QDD) e 40 minutos para o 3° QDD. Foram realizados pontos simples com nylon 4-0, com liberação quase total do ângulo de flexão nestes dedos.

¹ Hospital das Clínicas, Universidade Federal de Minas Gerais, Belo Horizonte, MG, Brasil.



Figura 1. Planejamento pré-operatório.

Seguiu-se a coleta do EPT, com síntese em dupla-camada (poliglactina 4-0 e nylon 4-0). À incisão transversa da brida no 4º QDD, não foi visualizada contratura que atingisse os tendões flexores, restando os paratendões e cápsulas articulares íntegros e coxins gordurosos recobrimdo os feixes vasculonervosos laterais, sem tentativas de esqueletização dos mesmos. A enxertia foi realizada com quatro pontos cardeais simples para fixação do enxerto e chuleios para fechamento das bordas. Não foi realizado curativo de Brown, apenas curativo simples. Não foi perseguida a extensão total do dedo, permitindo-se um leve grau de contratura neste quirodáctilo.

Ao término do procedimento, foram testadas as perfusões distais, com tempo de enchimento capilar menor que dois segundos em todos os dedos e mobilização preservada. A mão foi imobilizada com calha gessada antebraquiofalangeana, em posição anatômica semifletida, sem cobertura das faces distais dos dedos e enfaixamento não apertado.

A paciente foi liberada com prescrição analgésica e retorno programado para três dias. Devido ao demorado acesso e, segundo o relato da paciente e acompanhante, não houve queixas importantes até o terceiro dia de pós-operatório, não houve comparecimento à consulta marcada, tendo a paciente retornado apenas no sétimo dia de pós-operatório (DPO).

Ao exame, a paciente apresentava isquemia importante, com sinais de necrose, a partir da interfalangeana proximal do 4º QDD (Figura 2). A criança relata ter sentido dor forte, súbita, na noite do 4º DPO. Após ingestão de comprimido de paracetamol com codeína, teve melhora e conseguiu dormir. Contudo, acordou na manhã com a extremidade deste dedo arroxeadada e parestésica. Não padecendo mais de dor, negligenciou a evolução e não foi inspecionada pelos cuidadores.



Figura 2. Sétimo dia de pós-operatório.

Optou-se por conduta conservadora, inicialmente, com prescrição de enoxaparina subcutânea 40 mg, em doses únicas diárias. Foram retirados a imobilização e os pontos que seguravam o enxerto, sendo realizado curativo local com gaze embebida em petrolato. A paciente seguiu acompanhamento semanal por duas semanas até delimitação da área de gangrena, sob vigilância infecciosa e hemorrágica.

Após este período, foi observado delimitação necrótica a partir da interfalangeana distal, com pega parcial do enxerto proximal e sangramento à punção da falange média (Figura 3).

A paciente foi submetida à amputação parcial, ao nível da interfalangeana proximal, com preservação da pele da face extensora da falange média como retalho para fechamento do coto de amputação. Foram retiradas suturas dos outros quirodáctilos ao fim do procedimento.

Tendo permanecido internada por dois dias, recebeu alta com prescrição analgésica e encaminhamento para tratamento fisioterápico precoce. Retornou após 15 dias do último ato



Figura 3. Vigésimo primeiro dia de pós-operatório.

cirúrgico, com perda parcial do arco de movimento ganho nos outros dedos, mas com melhor movimento de pega global (Figura 4).



Figura 4. Décimo quinto dia pós-amputação.

DISCUSSÃO

A correção de sequelas de queimaduras é desafiadora e tão pior quanto maior o tempo desde o evento agudo⁷. No caso de contratura da região flexora, o enxerto de pele total, assim como retalhos ilhados, retalhos de fluxo reverso e retalhos em *cross-finger* podem ser usados. A utilização de enxertos de pele total é descrita na literatura como tendo bons resultados e baixa morbidade⁸.

A infiltração de soluções adrenalizadas, sabe-se hoje, não acarreta maior sofrimento vascular nos membros operados, sendo rotineiramente utilizada em serviços de cirurgia de mão⁹.

A evolução para isquemia no pós-operatório desses casos pode ocorrer por espasmo arterial ou por compressão por edema no pós-operatório. No caso relatado, dados o cuidado de não se forçar a extensão total do dedo, a imobilização ocorrer

em posição semifletida, a perfusão normal no pós-operatório e o surgimento tardio do quadro isquêmico, suscita-se a possibilidade de compressão vascular causada pelo edema pós-operatório.

A utilização de enoxaparina é rotineira nos casos que se suspeita de trombose ou que a trombose é uma complicação possível, como nos casos de gangrena de membros, em que o estado pró-coagulante é um risco perene até a amputação¹⁰.

CONCLUSÃO

Pacientes com contraturas em áreas flexoras da mão têm pior prognóstico quanto maior o tempo desde o trauma, devendo-se sempre buscar medidas preventivas em prol da melhor evolução nestes casos, a fim de se diminuir a extensão e gravidade de sequelas funcionais. Assumir um caso já múltiplas vezes operado, com cicatrização e vascularização errática deve sempre incitar parcimônia nas disseções e na busca de resultados condizentes com as expectativas do paciente, muitas vezes intolerante ao prolongamento de seu tratamento, sobretudo na faixa etária pediátrica. Para tanto, é preciso informar, verbal e por escrito, os pacientes e seus familiares dos desfechos a que cirurgias como essa podem levar.

Mesmo utilizando-se das orientações relativas ao manejo de casos como esse, situações graves podem ocorrer, devido ao edema que se forma em áreas já muito mobilizadas, devendo o acompanhamento pós-operatório ser mais rigoroso, a frequentes retornos, de modo que se possa tratar precocemente situações como a isquemia digital e diminuir o risco de sequelas ainda maiores para o paciente.

REFERÊNCIAS

1. Culnan DM, Capek KD, Huang T, Lineaweaver W. Acute and reconstructive care of the burned hand. 5 ed. Elsevier. 2018; 589-608.
2. Sorkin M, Cholok D, Levi B. Scar management of the burned hand. *Hand Clin.* 2017; 1-10.
3. Fufa DT, Chuang SS, Yang JY. Postburn contractures of the hand. *J Hand Surg Am.* 2014; 39(9):1869-76.
4. McKee DM. Acute management of burn injuries to the hand and upper extremity. *J Hand Surg Am.* 2010; 35(9):1542-4.
5. Rohrich RJ, Zbar RI. A simplified algorithm for the use of Z-plasty. *Plast Reconstr Surg.* 1999; 103(5):1513-7.
6. Bashir MM, Sohail M, Wahab A, Iqbal U, Qayyum R, Jan SN. Outcomes of post burn flexion contracture release under tourniquet versus tumescent technique in children. *Burns*; 2018. Disponível em: <https://doi.org/10.1016/j.burns.2017.10.005>.
7. Bhattacharya S. Avoiding unfavorable results in postburn contracture hand. *Indian J Plast Surg.* 2013 May-Aug; 46(2):434-44.
8. Iwuagwu FC, Wilson D, Bailie F. The use of skin grafts in postburn contracture release: A 10-year review. *Plast Reconstr Surg.* 1999; 103:1198-204.
9. Lalonde D, Martin A. Tumescent local anesthesia for hand surgery: improved results, cost effectiveness, and wide-awake patient satisfaction. *Arch Plast Surg.* 2014; 41(4):312-6.
10. Yoshida WB. Tratamento convencional da trombose venosa profunda proximal: ainda uma boa opção? *J Vasc Bras.* 2016 jan-mar; 15(1):1-3.

*Endereço Autor:

Sergio Antonio Saldanha Rodrigues Filho

Rua Professor Moraes, nº72 - Belo Horizonte, MG, Brasil

CEP: 30150-370

E-mail: drsergirodrigues@gmail.com

Abordagem reconstrutora após injeção de silicone líquido industrial nas mamas



ALEXANDRE ALCIDES
MATTOS DE MEIRA ^{1*}

THIAGO ASSIS LISBOA ¹
THAÍS PAIVA MORAES ^{2,3}

DOI: 10.5935/2177-1235.2019RBCP0119

RESUMO

A injeção de silicone líquido industrial nas mamas é um procedimento ilícito e que pode desencadear manifestações clínicas locais e sistêmicas de elevada gravidade para o paciente. As mulheres e indivíduos transgêneros correspondem às principais vítimas, podendo evoluir com: nodulações dolorosas, migração à distância, resposta inflamatória, ulceração, embolização e óbito. Embora não seja possível estabelecer uma relação causal entre a presença de siliconoma e o desenvolvimento de câncer de mama, estudos de imagem e histopatológicos podem não identificar com clareza um eventual tumor de origem neoplásica concomitante. Atualmente, não há protocolos de abordagem do siliconoma, porém, recomenda-se a ressecção cirúrgica quando possível, sendo geralmente necessária mastectomia simples seguida de reconstrução imediata. Reabordagens cirúrgicas podem ser necessárias para tratamento de complicações associadas. O presente trabalho apresenta um relato de caso de injeção de silicone líquido industrial nas mamas, realizado por esteticista, com repercussões locais severas para a paciente, e cujo tratamento envolveu procedimentos cirúrgicos secundários e acompanhamento por equipe multidisciplinar.

Descritores: Óleos de silicone; Mama; Mastectomia; Reconstrução da mama.

INTRODUÇÃO

A aplicação de silicone líquido como preenchedor de partes moles foi, inicialmente, relatada na literatura científica por Wegener, em 1957. Em 1965, Winer *et al.* caracterizaram um tipo de reação de corpo estranho no tecido mamário e na face de pacientes que receberam silicone injetável, e denominou “siliconoma”¹. Após evidências de complicações locais e sistêmicas advindas da injeção de silicone em humanos, a partir estudos da década de 1970, seu uso foi suspenso pelo FDA, nos Estados Unidos, e pela DIMED, no Brasil².

Atualmente, o silicone líquido industrial ainda é frequentemente utilizado, de forma ilícita, por indivíduos que se anunciam na mídia virtual como profissionais especialistas em estética, os quais realizam procedimentos em locais clandestinos sem qualquer medida de cuidado com a segurança do paciente. As manifestações clínicas decorrentes da administração subcutânea, intramuscular ou intravascular inadvertida do silicone líquido, incluem: nódulos dolorosos, reação granulomatosa, discromias, fibrose com calcificação, retrações cicatriciais, abscesso, fistula, migração à distância, assimetrias corporais, necrose, ulceração, resposta inflamatória sistêmica (associada ou não a infecção), pneumonite aguda e crônica, linfadenopatia, embolização e óbito³.

Embora não exista um protocolo de abordagem sistematizada de tratamento do siliconoma, recomenda-se sua ressecção cirúrgica, sendo, muitas vezes, necessários procedimentos secundários para exérese ampla, além de prevenção e tratamento de possíveis complicações associadas³⁻⁵.

O presente relato de caso estabelece uma discussão sobre a evolução clínica, tratamentos realizados e sequelas decorrentes da aplicação de silicone líquido industrial nas mamas realizada por esteticista.

RELATO DO CASO

Paciente 37 anos, sexo feminino, sem relato de morbidades prévias, comparece ao serviço de mastologia do Hospital Mater Dei de Belo Horizonte, apresentando nódulos dolorosos palpáveis em ambas as mamas, principalmente nos polos inferiores, e alteração do contorno das mamas após interrupção da amamentação do filho de 11 meses. Relata piora progressiva do quadro álgico e história de injeção de silicone líquido industrial nas mamas, por esteticista, no interior da Bahia há cerca de 5 anos.

Foram realizadas mamografia e estudo de ressonância nuclear magnética (RNM) das mamas (Figura 1), as quais evidenciaram: presença de múltiplos nódulos de densidades heterogêneas, tamanhos variados e distribuídos com padrão difuso bilateralmente, compatíveis com silicone intramamário.

Equipes da mastologia e da cirurgia plástica optaram pela mastectomia bilateral simples seguida de reconstrução imediata com uso de implantes mamários texturizados (400 cc), redondos e perfil alto, posicionados em plano submuscular por meio de incisão em sulco inframamário (Figura 2). Realizada desepidermização de pequena área peri e infra-areolar para ressecção do excedente cutâneo e promover melhor acomodação tecidual. Durante acompanhamento pós-operatório, evoluiu com necrose bilateral do complexo areolopapilar (CAP), sendo necessário desbridamento cirúrgico e reconstrução com enxerto dermocutâneo extraído da raiz da coxa perivulvar (Figura 3).

A paciente apresentou integração completa dos enxertos e evolução satisfatória (Figura 4). Foi mantido acompanhamento e discutida possibilidade de cuidados adicionais para tratamento de cicatrizes alargadas e áreas de discromia em ambos os CAP com objetivo de melhorar resultado estético.

¹ Sociedade Brasileira de Cirurgia Plástica, Minas Gerais, MG, Brasil.

² Rede Mater Dei de Saúde, Belo Horizonte, MG, Brasil.

³ Sociedade Brasileira de Mastologia, São Paulo, SP, Brasil.

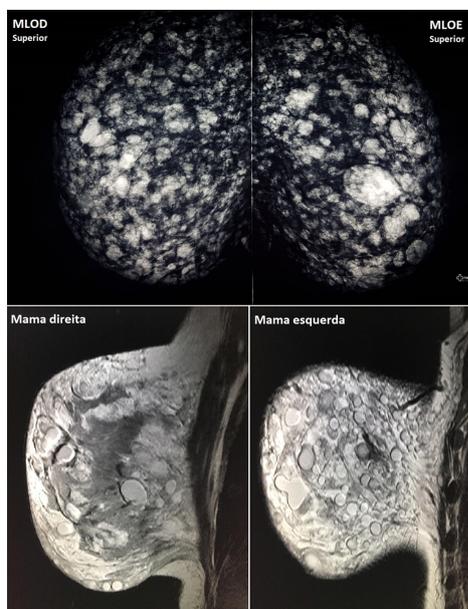


Figura 1. Mamografia e ressonância nuclear magnética das mamas, evidenciando silicone intramamário.



Figura 2. Mastectomia bilateral seguido de reconstrução imediata.



Figura 3. Necrose bilateral do complexo aréolo-papilar e reconstrução com enxerto dermo-cutâneo da raiz da coxa peri vulvar.



Figura 4. Pós-operatório de reconstrução do complexo aréolo-papilar.

DISCUSSÃO

A utilização clandestina de silicone líquido industrial (polidimetilsiloxano) em humanos para mudança do contorno corporal ainda é frequente nos dias atuais, sendo as principais vítimas mulheres e indivíduos transgêneros⁶. O quadro clínico pode se manifestar em fase aguda ou anos após a realização do procedimento, sendo registrado período de latência de até 25 anos. Embora, no respectivo caso, a paciente tenha notado

presença de nódulos dolorosos nas mamas sem manifestações sistêmicas de maior gravidade após período prolongado de latência, estudos prévios demonstraram que o tempo não caracteriza fator que diminui o risco de complicações mais severas⁷.

O aumento na incidência de câncer de mama secundário à mastopatia pelo silicone industrial permanece como tema controverso na literatura. Independentemente da respectiva hipótese, em função da dificuldade de investigação diagnóstica por métodos de imagem ou por meio de estudo histopatológico pós-biópsia aspirativa, estudos sugerem a ocorrência de considerável proporção de resultados falso-negativos⁸. Diante da incerteza da neoplasia, além do risco potencial de piora do prognóstico ao se postergar o tratamento, recomenda-se a abordagem cirúrgica precoce, sendo a mastectomia simples seguida de reconstrução imediata considerada uma boa estratégia^{3,8}.

A mastectomia subcutânea simples permite a remoção máxima de tecido mamário sobre o CAP, mantendo um retalho fino e com risco de comprometimento da vascularização regional, isquemia e consequente necrose⁹. É provável que a evolução do caso analisado para necrose total do CAP bilateralmente tenha, também, como fatores contribuintes: o processo fibrótico desenvolvido nas mamas e a mudança da arquitetura vascular secundários à mamoplastia redutora prévia e ao próprio siliconoma, a necessidade de desepidermização e ressecção do excedente cutâneo e o efeito compressivo dos implantes mamários sobre um retalho tecidual fino.

A necrose total do CAP pode ser um evento catastrófico para a paciente e para o cirurgião, necessitando muitas vezes de múltiplos procedimentos para se obter um resultado satisfatório. Além do desbridamento do material necrótico e enxertia de pele total, foi discutido com a paciente sobre a possibilidade de tatuagem para correção das áreas de hipocromias. Embora não tenha sido verificada a presença excessiva de pelos sobre a área enxertada durante o acompanhamento, é comum a ocorrência desse tipo de alteração em enxertos colhidos da face interna da coxa, podendo necessitar de depilação manual ou com auxílio de laser¹⁰.

O risco potencial de complicações severas pelo siliconoma proporcional aumento importante do estresse psicológico da paciente, desde o diagnóstico até acompanhamento pós-operatório. Foi necessária, no presente caso, uma abordagem multidisciplinar pela mastologia, cirurgia plástica, enfermagem e psicologia para oferecer uma terapêutica ampla, o que contribuiu para uma boa relação com a equipe, uma boa adesão ao tratamento proposto e um resultado satisfatório.

CONCLUSÃO

A injeção de silicone líquido industrial nas mamas é um procedimento ilícito e com risco potencial de complicações locais e sistêmicas graves. O tratamento envolve múltiplas abordagens cirúrgicas e acompanhamento multidisciplinar.

REFERÊNCIAS

1. Winer L, Sternberg T, Lehman R, Ashley F. Tissue reactions to injected silicone liquids. *Arch Dermatol.* 1964; 90:588-93.
2. Freitas RJ, Cammarosano MA, Rossi RHP, Bozola AR. Injeção ilícita de silicone líquido: revisão de literatura a propósito de dois casos de necrose de mamas. *Rev Bras Cir Plást.* 2008; 23(1):53-7.
3. Mello DF, Gonçalves KC, Fraga MF, Perin LF, Júnior AH. Local complications after industrial liquid silicone injection – case series. *Rev Col Bras Cir.* 2013; 40(1):37-42.
4. Carson B, Cox S, Ismael H. Giant siliconoma mimicking locally advanced breast cancer: a case report and review of literature. *Int J Surg Case Rep.* 2018; 48:54-60.

5. Chen TH. Silicone injection granulomas of the breast: treatment by subcutaneous mastectomy and immediate subpectoral breast implant. *Br J Plast Surg.* 1995; 48(2):71-6.
6. Chasan PE. The history of injectable silicone fluids for soft-tissue augmentation. *Plast Reconstr Surg.* 2007; 120(7):2034-40; discussion 2041-3.
7. Camacho JP, Quiroz M, Subiabre R, Cluderón W. Injerto dermo-epidérmico como tratamiento del siliconoma de extremidad inferior. *Rev Chil Cir.* 2018; 70(1):70-4.
8. Frisina AA, Pedrosa CF, Gomes KS. Paciente com siliconomas e sua associação com tumores nas mamas. *Rev Soc Bras Cir Plást.* 2005; 20(2):117-9.
9. Ahn SJ, Woo TY, Lee DW, Lew DH, Song SY. Nipple-areolar complex ischemia and necrosis in nipple-sparing mastectomy. *Eur J Surg Onc;* 2018. doi: 10.1016/j.ejso.2018.05.006.
10. Bodin F, Bruant-Rodier C, Ruffenach L, Dissaux C. La reconstruction de l'aréole et du mamelon. *Chir Plast Esth.* Forthcoming; 2018.

Endereço Autor:*Alexandre Alcides Mattos de Meira**

Rua Aimorés, n° 2480 - 10° andar - Santo Agostinho - Belo Horizonte, MG, Brasil

CEP: 30140-072

E-mail: alexandre.meira@gmail.com

Embolia pulmonar em rinoplastia estética: relato de caso



**VIKTOR MONTE ALTO
REZENDE**^{1,2,3*}

HANNAH ABREU BADARÓ REZENDE³
KLAUS RODRIGUES DE OLIVEIRA²

DOI: 10.5935/2177-1235.2019RBCP0120

RESUMO

Introdução: O tromboembolismo venoso é um dos principais motivos de preocupação no pós-operatório, sendo a embolia pulmonar a principal causa de óbito. Entretanto, existem escassos estudos acerca da correlação entre esses eventos e a rinoplastia, tornando a recomendação de profilaxia um desafio. **Relato de caso:** Paciente masculino, 36 anos, sem relato de comorbidades prévias, apresentou quadro de tromboembolismo pulmonar ao sexto dia do pós-operatório de rinoplastia. Recebeu anticoagulação, com melhora clínica e alta com acompanhamento ambulatorial. **Discussão:** O TEP é uma evolução amplamente temida, mas pouco esperada, em rinoplastia estética. De acordo com o Escore de Caprini, o paciente do caso poderia ser classificado como “baixo risco”, estando indicada apenas a profilaxia mecânica com o uso de botas pneumáticas. **Conclusão:** A rinoplastia é um procedimento cirúrgico de baixo risco; entretanto, a ocorrência de TEP alerta para uma possível correlação, ainda necessitando de estudos mais amplos a este respeito.

Descritores: Rinoplastia; Embolia pulmonar; Complicações pós-operatórias; Cirurgia plástica; Estética.

INTRODUÇÃO

O tromboembolismo venoso (TEV) pode ser apontado como um dos principais motivos de preocupação no pós-operatório das intervenções em cirurgia plástica. É definido pela trombose venosa profunda e pela embolia pulmonar (TEP), sendo esta última a principal causa de óbito em pacientes hospitalizados¹. Tal preocupação se deve ao fato de que os eventos tromboembólicos estão associados a altas taxas de morbidade e mortalidade, afetando cerca de 200.000 americanos por ano², além de sua apresentação muitas vezes oligo ou assintomática, o que pode levar a diagnósticos tardios, justificando tais índices.

Considerando a relevância do tromboembolismo, há ainda uma importante escassez de estudos a respeito da correlação entre os eventos tromboembólicos e a rinoplastia, o que torna a decisão em se recomendar a profilaxia, dificultosa². Nesse sentido, periodicamente, o American College of Chest Physicians (ACCP) estabelece recomendações para a profilaxia do TEV, aplicáveis a quaisquer especialidades médicas, conhecidas como Escore de Caprini, que leva em consideração os fatores de risco e, a partir dele, estratifica o risco³.

RELATO DO CASO

Trata-se de paciente masculino, 36 anos, que procurou avaliação em clínica privada com queixa de obstrução nasal e giba em dorso nasal. Apresentava-se hígido, sem relato de doenças prévias ou histórico familiar para doenças hematológicas ou tromboembolismo. Submetido a rinosseptoplastia aberta sob anestesia geral, sem intercorrências, com duração de quatro horas. Recebeu alta no primeiro dia de pós-operatório, em conduta habitual para o procedimento. No sexto dia de pós-operatório, compareceu ao Pronto Atendimento referindo dor abdominal em hipocôndrio direito, relacionado

à febre não termometrada e discreta dor ventilatório-dependente em transição toracoabdominal à direita. Negava dispneia ou palpitações. Houve ainda relato de náuseas e vômitos. Ao exame físico, apresentava bom estado geral, corado, anictérico, hidratado, com frequência cardíaca de 77 bpm, saturando 99% em ar ambiente, com pressão arterial de 120×80 mmHg, abdome normotenso e indolor, ausculta pulmonar com murmúrio fisiológico universalmente audível, sem ruídos adventícios. Membros inferiores mantinham boa perfusão, panturrilhas livres, sem sinais clínicos de empastamento. Mediante a queixa apresentada, levantou-se a suspeita de tromboembolismo pulmonar (TEP), diante da qual, se iniciou propedêutica complementar laboratorial e de imagem, nas quais foram obtidos os seguintes achados: leucócitos: 13.600 (VR: 3,5 a 10,5×10³/mm³), proteína C reativa 143 (VR: menor que 6) e D-dímero 2.858,86 nanog/mL (VR: 68 a 494 nanog/mL). À angiotomografia de tórax se obteve estudo positivo para tromboembolismo pulmonar com provável área de infarto pulmonar em segmento basal posterior do lobo inferior, já em ultrassonografia (USG) com Doppler dos membros inferiores não apresentou evidências compatíveis com trombose venosa profunda, bem como ao ecocardiograma transtorácico, no qual não se observaram alterações. O paciente foi internado para propedêutica complementar e controle clínico-cirúrgico.

O paciente recebeu alta no 3º dia de internação, mediante anticoagulação com rivaroxabana e melhora parcial dos sintomas, estável hemodinamicamente. Foi realizada investigação posterior de trombofilia com hematologista (fator V Leiden, antitrombina III, proteína S, anticoagulante lúpico e cardioplipina) obtendo todos os resultados negativos. Fez uso de anticoagulante por dois meses, sendo suspenso após novos exames para trombofilia negativos.

¹ Fundação Hospitalar Getúlio Vargas, Rio Grande do Sul, RS, Brazil.

² Hospital Felício Rocho, Belo Horizonte, MG, Brasil.

³ Faculdade de Medicina do Vale do Aço.



Figura 1. Pré e pós-operatório imediato.

DISCUSSÃO

O relato clínico exemplifica um caso de tromboembolismo pulmonar em um paciente jovem e sem fatores de risco conhecidos, submetido ao procedimento de rinoplastia, que evoluiu com tromboembolismo pulmonar no pós-operatório. O TEP é uma evolução amplamente temida em situações pós-operatórias, mas pouco esperada em casos como o descrito, ao se levar em consideração o protocolo mais recente adotado pela American College of Chest Physicians, de 2009, e validado no estudo de Bahl⁴. De acordo com este protocolo, é possível estabelecer o risco em se evoluir com TEV mediante as comorbidades apresentadas pelo paciente, o que constitui o Escore de Caprini, diante do qual se estabelecem as bases para a tromboprofilaxia pós-operatória³. Há uma escassez na

literatura de trabalhos que correlacionem o tromboembolismo como desfecho de uma rinoplastia. Moubayed foi pioneiro nesse sentido, e nessa correlação obteve o risco de 0,0% de TEV em pacientes submetidos à rinoplastia estética ou funcional. Assim, concluiu, em razão do baixo risco ao Escore de Caprini, a dispensabilidade de outras formas de profilaxia, senão a já citada, embora tenha realizado também a quimioprofilaxia para os casos avaliados, por ser parte do protocolo do seu serviço². No caso aqui relatado, o paciente esteve exposto a um único fator de risco: o tempo cirúrgico superior a 45 minutos, de maneira que, respaldado pelo Escore de Caprini, seria possível classificá-lo como “baixo risco”, no escore de 1-2 fatores, com 1,5% de risco sem quimioprofilaxia, ao que estaria indicada apenas a profilaxia mecânica com o uso de botas pneumáticas.

CONCLUSÃO

Mediante o caso descrito, e reportando à literatura médica, é possível concluir que o TEP não é uma complicação esperada em rinoplastia estética eletiva em pacientes de baixo risco, segundo o Escore de Caprini, embora seja uma complicação temida. Trata-se de uma possível exceção, o que, a princípio, não agregaria risco suficiente a esses pacientes, em contraste ao uso inadvertido de quimioprofilaxia e a recomendação para o uso de profilaxia mecânica nesse grupo de pacientes.

REFERÊNCIAS

1. Paiva RA, Chadraoui J, Machado BB, Amorim NFG, Fischdick H, Pitanguy I. Protocolo de prevenção de tromboembolismo venoso no Instituto Ivo Pitanguy: eficácia e segurança em 1.351 pacientes. *Revista Brasileira de Cirurgia Plástica*. 2013;28(1): 3-9.
2. Moubayed SP, Akdagli S, Most SP. Incidence of Venous Thromboembolism in Rhinoplasty. *Aesthetic Surgery Journal*. 2017; 37(3):34-5
3. Venturi ML, Davison SP, Caprini JA. Prevention of Venous Thromboembolism in the Plastic Surgery Patient: Current Guidelines and Recommendations. *Aesthetic Surgery Journal*. 2009; 29(5):421-31.
4. Bahl V, Hu HM, Henke PK, Wakefield TW, Campbell DA, Caprini JA. A Validation Study of a Retrospective Venous Thromboembolism Risk Scoring Method. *Annals of Surgery*. 2010;251(2):344-50.

*Endereço Autor

Viktor Monte Alto Rezende

Rua Platina, 56/702, Prado, Belo Horizonte, MG, Brasil

CEP 30411-092

E-mail viktormontealto@gmail.com

**Artigos apresentados nas edições anteriores
do Simpósio Mineiro de Intercorrências em
Cirurgia Plástica**



DE 26 A 28 DE SETEMBRO,
JORNADA NORTE-NORDESTE
DE CIRURGIA PLÁSTICA



TROPICAL MANAUS
DE 26 A 28 DE SETEMBRO DE 2019



SOCIEDADE BRASILEIRA DE
CIRURGIA PLÁSTICA

www2.cirurgioplastica.org.br

Perfuração intestinal em lipoaspiração: relato de caso



EMILIANO JOSÉ CANTON ^{1*}

MARCELO LIMA PUPO NOGUEIRA ²
LUCAS AUGUSTO CANTON FERREIRA ³
DENÍLSON MARCOS CÚRCIO JÚNIOR ⁴

DOI: 10.5935/2177-1235.2019RBCP0121

INTRODUÇÃO

Sendo considerada um procedimento revolucionário para a cirurgia do contorno corporal, a lipoaspiração vem sendo aperfeiçoada continuamente nos últimos 30 anos. Trata-se de uma técnica artesanal, que exige longa curva de aprendizado e estabelecimento de escore de segurança¹. No Brasil, segundo a ISAPS (International Society of Aesthetic Plastic Surgery), foram realizadas 209.165 lipoaspirações em 2016, correspondendo a 14,4% de todos os procedimentos estéticos realizados naquele ano. Como em qualquer cirurgia, envolve riscos e possibilidade de complicações que podem ser locais (irregularidades, hiperpigmentação, úlceras e necroses, cicatrizes inestéticas etc.) ou sistêmicas (reações alérgicas, infecções, anemias, embolias, perfurações, óbitos etc.)^{2,3}.

A perfuração em lipoaspiração pode atingir uma diversidade de órgãos e sistemas como parede abdominal, parede torácica, vísceras ou órgãos, vasos sanguíneos, articulações, implantes, além de outras estruturas anatómicas (ureter, traqueia etc.).

OBJETIVO

Relatar um caso de perfuração intestinal em paciente submetida a lipoaspiração tumescente de abdome e dorso. A propedêutica, o diagnóstico e a conduta médica pertinentes ao caso também serão discutidos.

RELATO DO CASO

Paciente caucasiana, sexo feminino, 42 anos. Submetida a lipoaspiração tumescente (abdominal e lombar) e lipoenxertia glútea, sob raquianestesia e sem complicações peroperatórias. Evoluindo, 6 horas após o procedimento, com dor intensa tipo cólica no andar superior do abdome. Realizada propedêutica com radiografias (tórax e abdome – Figuras 1 e 2) e tomografia

RESUMO

Introdução: A lipoaspiração, como em qualquer cirurgia, envolve riscos e possibilidade de complicações que podem ser locais ou sistêmicas. A perfuração em lipoaspiração pode atingir uma diversidade de órgãos e sistemas como parede abdominal, parede torácica, vísceras ou órgãos, vasos sanguíneos, articulações, implantes, além de outras estruturas anatómicas (ureter, traqueia etc.). O objetivo é relatar um caso de perfuração intestinal ocorrida durante lipoaspiração abdominal. **Relato do caso:** Paciente do sexo feminino, submetida a lipoaspiração de abdome evoluindo com pneumoperitônio em pós-operatório imediato, a investigação utilizada, o tratamento instituído e da evolução clínica, neste caso, favorável. Muitas situações semelhantes de evolução satisfatória ou de resultados desfavoráveis não são relatadas; portanto, a ocorrência desta complicação é subestimada pela literatura médica específica. **Conclusão:** É uma complicação grave que exige acesso pleno a investigação, decisões e condutas imediatas que podem evitar situações dramáticas e o óbito do paciente.

Descritores: Lipoaspiração; Perfuração intestinal; Cirurgia plástica; Mortalidade; Pneumoperitônio.

computadorizada de abdome (Figura 3) que evidenciaram pneumoperitônio e níveis hidroaéreos, sinal de Rígler positivo, presença de líquido livre em cavidade abdominal.

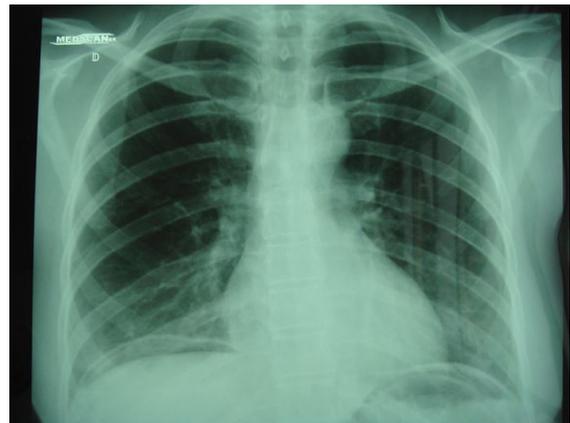


Figura 1. Radiografia de tórax evidenciando pneumoperitônio.

Baseando-se nestes achados, a paciente foi submetida a laparotomia exploradora (9 horas após a lipoaspiração), por incisão supraumbilical mediana. O inventário da cavidade abdominal demonstrou perfuração única da parede abdominal e perfuração puntiforme de alça ileal. Tratada com sutura primária da perfuração ileal e antibioticoterapia sistêmica. Permaneceu internada por 5 dias e evoluiu satisfatoriamente.

DISCUSSÃO

A ocorrência de óbitos por perfuração intestinal é observada de forma bastante diversa na literatura disponível.

¹ Sociedade Brasileira de Cirurgia Plástica, Minas Gerais, MG, Brasil.

² Faculdade de Ciências Médicas e da Saúde, Suprema, Juiz de Fora, MG, Brasil.

³ Faculdade de Medicina de Barbacena, Barbacena, MG, Brasil.

⁴ Universidade Federal de Viçosa, Viçosa, MG, Brasil.

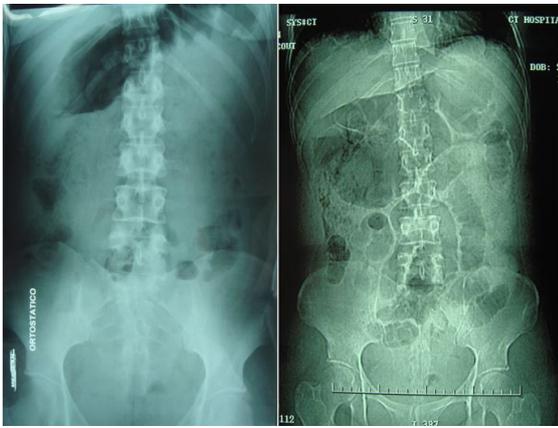


Figura 2. Radiografias de abdome: sinais de Rigler e da borda hepática positivos.



Figura 3. Tomografia computadorizada de abdome: pneumoperitônio e líquido livre em cavidade abdominal.

A SBPCP, em 2015, demonstrou que 6,7% dos óbitos em lipoaspiração ocorreram por perfuração intestinal⁴, enquanto que Grazer e Jong, em 2000, apresentaram uma taxa de 14,6% dos óbitos, tendo analisados 496.245 pacientes⁵. Já Housman *et al.*, em 2001, e Graf *et al.*, em 2016, publicaram taxas de óbito de 13,9% e 8,9%, respectivamente^{2,3}.

Muitos casos de evolução satisfatória ou mesmo aqueles de resultados desfavoráveis não são relatados, portanto, pode-se considerar que a ocorrência desta complicação é subestimada pela literatura médica específica⁶.

Alguns fatores estão diretamente relacionados à solução eficiente desta complicação como o diagnóstico precoce, propedêutica adequada, equipe cirúrgica capacitada e disponível, e adoção de medidas imediatas para a resolução adequada do caso.

Se a perfuração for percebida pelo cirurgião durante a lipoaspiração estará indicada a laparotomia imediata, uma

decisão difícil, pois baseia-se apenas na percepção do cirurgião no peroperatório. Diante de tal suspeita ou de uma evolução atípica nas primeiras horas do pós-operatório imediato deve-se iniciar, o mais breve possível, a propedêutica para abdome agudo perfurativo (radiografias de tórax e abdome, tomografia computadorizada de abdome e exames laboratoriais). Outros exames complementares também podem auxiliar no diagnóstico como a ultrassonografia e a ressonância nuclear magnética.

O exame clínico do abdome é sempre prejudicado pelas características próprias da lipoaspiração (dor e edema da parede abdominal).

Diagnosticada a perfuração, trata-se com laparotomia exploradora realizada em ambiente cirúrgico seguro e por equipe médica competente, internação hospitalar, antibioticoterapia e demais medidas cabíveis.

Seguir os princípios de uma boa relação médico-paciente é fundamental diante de todas as circunstâncias que envolvem uma complicação desta natureza. O paciente deverá se sentir seguro para confiar novamente no seu médico assistente. Atitudes sérias e ágeis, corroboradas por membros da equipe médica, indicarão o sucesso da terapêutica e fortalecerá a relação entre o cirurgião plástico e o seu paciente.

CONCLUSÃO

A ocorrência de perfuração em lipoaspiração, provavelmente, é mais significativa do que se evidencia estatisticamente. A divulgação sistemática de episódios malsucedidos, pela mídia, parece contribuir para um baixo índice de relatos de casos deste tipo.

É uma complicação grave, que exige acesso pleno a propedêutica, decisões e condutas imediatas que podem evitar situações dramáticas e o óbito do paciente.

REFERÊNCIAS

1. Saldanha OR, Salles AG, Llaverias F, Saldanha Filho OR, Saldanha CB. Fatores preditivos de complicações em procedimentos da cirurgia plástica – sugestão de escore de segurança. *Rev Bras Cir Plást.* 2014; 29(1):105-13. DOI: 10.5935/2177-1235.2014RBCP0018.
2. Franco FF, Basso RCF, Tincani AJ, Kharmandayan P. Complicações em lipoaspiração clássica para fins estéticos. *Rev Bras Cir Plást.* 2012; 27(1):135-40.
3. Graf R, Freitas RS, Maluf Júnior I, Ono MCC, Nasser I, Balbinot P, Bigolin P, Lopes MAC, Itikawa WM. Profilaxia da síndrome de embolia gordurosa: uma análise atual. *Rev Bras Cir Plást.* 2016; 31(3):436-41. DOI: 10.5935/2177-1235.2016RBCP0072.
4. Cupello AMB, Dornelas M, Aboudib Junior JH, Castro CC, Ribeiro LC, Serra F. Intercorrências e óbitos em lipoaspiração: pesquisa realizada pela comissão de lipoaspiração da SBPCP. *Rev Bras Cir Plást.* 2015; 30(1):58-63. DOI:10.5935/2177-1235.2015RBCP0117.
5. Farina Júnior JA, Nogueira FVM, Coelho GVBF, Silveira Júnior VF, Andrade CZN, Hetem CMC. Lipoaspiração e embolia gordurosa. Revisão de literatura. *Rev Bras Cir Plást.* 2015; 30(2):291-4. DOI: 10.5935/2177-1235.2015RBCP0157.
6. Avelar LET, Lapertosa L, Versiani MT. Óbitos pós-lipoaspiração. *Rev Bras Cir Plást.* 2010; 25(supl):60.

*Endereço Autor:

Emiliano José Canton

Rua Padre Anchieta, n°48 sala 307 - Barbacena, MG, Brasil
CEP 36200-036

E-mail: emiliano.canton@hotmail.com

Razões para a insatisfação da paciente mesmo com bom resultado cirúrgico



GUSTAVO COSTA GOULART^{1,2,3,*}

DOI: 10.5935/2177-1235.2019RBCP0122

RESUMO

O bom resultado cirúrgico avaliado pelo cirurgião pode não coincidir com a mesma opinião da paciente. Este artigo propõe-se a discutir as razões possíveis para esta diferença, levando em conta noções de psicanálise. Avaliando os critérios percepção do corpo, influência do inconsciente e tipo de transferência, o cirurgião deve compreender como fatores de ordem subjetiva podem causar insatisfação mesmo diante de um bom resultado cirúrgico.

Descritores: Cirurgia plástica; Psicanálise; Satisfação do paciente; Imagem corporal; Relações médico-paciente.

INTRODUÇÃO

O resultado bem-sucedido de uma cirurgia plástica parece estar vinculado a uma cirurgia bem realizada e livre de complicações.

Entretanto, nada suscita maior perplexidade do que a constatação de que um resultado cirúrgico irretocável é causa de insatisfação para a paciente, levantando hipóteses de irracionalidade, de transtorno mental ou de má-fé.

Nosso objetivo é buscar, com noções psicanalíticas, compreender melhor como se dão esses fenômenos.

DISCUSSÃO

Lógica objetiva

De uma maneira geral, poderíamos dizer que a avaliação de um bom resultado cirúrgico segue uma lógica objetiva. A queixa da paciente corresponde a um diagnóstico anômico equivalente. A indicação cirúrgica correta, uma técnica bem executada e ausência de intercorrências, proporciona o resultado almejado. A satisfação seria uma consequência natural.

Lógica subjetiva

Fatores de ordem subjetiva determinarão como a paciente fará sua avaliação da cirurgia.

Esses fatores serão situados em três campos principais: a percepção do corpo, a influência do inconsciente e a relação médico-paciente, isto é, a transferência da paciente com o médico.

A percepção do corpo

A percepção do corpo como próprio parece natural e intuitiva, contudo, na realidade, não é bem assim. No recém-nascido, o corpo é percebido de forma fragmentada e polimorfa. É possível fazer essa dedução por meio das análises de crianças e de pacientes esquizofrênicos, nas quais seus corpos são descritos como despedaçados, segmentados e desorganizados. Por volta dos 6 aos 18 meses, no chamado estágio do espelho¹, a imagem da criança vai-lhe sendo reiteradamente apresentada como sua por meio dos pais, dos adultos e do meio cultural. O

processo de totalização da imagem nesse período vai gerar uma coesão que sempre traz em si a ameaça do despedaçamento original. A cirurgia plástica pode ser um momento reativador da desorganização dessa autoimagem, por aludir à fragmentação constitucional do corpo, e surge angústia ao invés de satisfação.

Ao longo da vida, a visão do corpo será marcada não só por imagens como também por definições (significantes) e sensações próprias. Então, temos um corpo que é apreendido pelo seu aspecto imaginário (parecer), pelo seu aspecto simbólico (ser) e pelo seu aspecto real[#] (experiência corporal não imaginada ou simbolizada pelo sujeito e que emerge abruptamente).

Esses aspectos se sobrepõem, mas têm pesos diferentes.

Geralmente, o corpo, em seu registro imaginário, encontra-se no campo das identificações com as imagens, marcado pelo olhar do outro, pelos significantes que o adjetivam e por uma relação de dualidade e exterioridade. Isso é facilmente percebido em pessoas que ancoram sua própria imagem em referência a outra, por exemplo, modelos ou celebridades. Por isso, é comum que sejam apresentadas fotos do “modelo” a ser seguido.

O predomínio do registro imaginário faz a paciente ficar dependente de como outras pessoas (amigas) julgam sua imagem, da comparação com a de outras mulheres ou dos elementos significantes que a adjetivam. Se a cirurgia não alcança essa expectativa, facilmente um bom resultado torna-se um desapontamento.

No seu aspecto simbólico, o corpo pode estar atrelado a valores históricos, a definições da cultura, a uma tradição ou, até mesmo, a uma religião. Assim as pessoas, muitas vezes sem saber, querem ser reconhecidas por traços físicos que as identifiquem com uma nacionalidade, com uma cultura, com uma tradição histórica ou com uma religião.

Podemos, assim, compreender como a insatisfação com o resultado pode surgir de fatores psíquicos e não, necessariamente, da cirurgia em si. A grande dificuldade advém de que a motivação, quase sempre inconsciente, da origem da insatisfação acaba deslocada para o resultado da operação. Estaremos lidando com ela quando estivermos diante destas situações: a idealização imaginária da paciente não coincide com o que, de fato, pode ser obtido; a fixação da imagem do outro

¹ Sociedade Brasileira de Cirurgia Plástica, Minas Gerais, MG, Brasil.

² Universidade Federal de Minas Gerais, Belo Horizonte, MG, Brasil.

³ Santa Casa de Belo Horizonte, Belo Horizonte, MG, Brasil.

[#] O conceito de real, na psicanálise laciana, não coincide com o conceito comum de realidade e se refere a aquilo que está fora da simbolização e do imaginário. É associado ao gozo e tem profunda relação com o corpo.

difficilmente permite que a paciente aceite sua nova imagem como positiva; o conflito com o lugar simbólico do corpo impede que se apreciem as melhoras obtidas. O real do corpo perturbado pela cirurgia gere intensa angústia.

O inconsciente

Freud, em sua época, se viu intrigado com pacientes que apresentavam quadros de suposta etiologia neurológica cujo acometimento, estranhamente, não possuía correspondência anatômica². Diligentemente, percebeu que conflitos psíquicos inconscientes se expressavam de diversas formas no corpo. Se, por um lado, esse corpo apresentava sintomas como dores, contraturas e paralisias que não tinham causa anatômica, por outro, o médico, também, se deparava com a intensificação de doenças diagnosticadas, porquanto essas condições “atraíam” conflitos mentais. O corpo imaginado, simbolizado e investido pulsionalmente³ é lugar privilegiado para expressão de fantasias inconscientes que deixam tanto o médico quanto a própria paciente perplexos. Portanto, é importante para o profissional ter em mente que toda intervenção no corpo está sujeita, em maior ou menor grau, a atrair manifestações inconscientes que soarão incompreensíveis ou mesmo bizarras. Hoje, os sintomas têm uma nova roupagem como bulimia, anorexias e dismorfobias⁴ mantendo, porém, a mesma relação com a origem psíquica.

No âmbito das cirurgias plásticas, os fenômenos geralmente surgem no pós-operatório e podem surpreender por acontecerem com pacientes que antes se mostravam muito equilibradas e tranquilas, estando longe do que, normalmente, pudesse levantar qualquer suspeita de problemas. São comuns os casos em que as dores parecem muito exageradas e há incapacitações atípicas⁵; podemos observar distúrbios alimentares; algumas pacientes podem apresentar aspecto de sofrimento físico digno de doenças graves que, não raro, se relacionam a fantasias masoquistas inconscientes; e o surgimento de um quadro depressivo deixa as pacientes visivelmente desmotivadas com a cirurgia, tornando frequente a insinuação de que a mesma não foi bem-sucedida.

Essas situações são difíceis para qualquer cirurgião, e a experiência clínica nos mostra que a carga emocional envolvida acaba por aumentar os níveis de cortisol, comprometendo a imunidade e contribuindo para complicações cirúrgicas⁶.

A transferência

Com relação à transferência, podemos agrupá-la sob três aspectos: transferência positiva, negativa e erotizada.

Na transferência positiva, a figura do médico é percebida pelos seus melhores predicados. Sua capacidade e conhecimento são tidos como de alto nível. Em presença de complicações e, inclusive, maus resultados, uma atitude condescendente e compreensiva deixa o médico a salvo de maiores críticas. Essa transferência, entretanto, pode gerar uma demanda excessiva por parte da paciente. A falta de um pronto atendimento pelo médico pode dar lugar a uma frustração, e esta, facilmente, virar uma depreciação do resultado.

Já na transferência negativa, se dá o oposto. Pacientes tipicamente histéricas costumam assumir posições de rivalidade e hostilidade, fazem críticas ao médico, duvidam de sua capacidade técnica, desafiam a autoestima do cirurgião, insinuando que deveriam ter escolhido outro. As queixas fluem

livremente e o resultado, obviamente, é julgado sob um aspecto negativo.

Na vertente chamada erótica, surge a demanda de uma relação amorosa e/ou sexual com o médico. Aqui o profissional deve se lembrar de que este tipo de demanda o coloca no circuito do amor e do ódio. Os que desconhecem esta forma de transferência, e a rechaçam veementemente pelas mais legítimas alegações, provavelmente, se tornarão objeto de um profundo ódio que facilmente se dirige à avaliação da cirurgia. Em contrapartida, aqueles que se aventuram a corresponder amorosamente às solicitações da paciente podem se surpreender, quando do fracasso da relação, com a transformação, *ipsi literi*, de toda a carga amorosa em odiosidade.

Devemos estar cientes que, nesses três tipos de transferência, o manejo ainda está nas mãos do médico. Mesmo nas vertentes negativa e erotizada, é crucial entender o fenômeno como projeção de fantasias e posições inconscientes que a paciente aplica, naquele momento, sobre a figura do cirurgião – não à sua pessoa – e que fazem parte do rol das relações que ela tende a manter com outras ao longo da vida. Para tanto, o médico deve evitar seu próprio envolvimento afetivo para que possa atuar, sem ser agressivo ou evasivo, de forma neutra, até um apaziguamento.

CONCLUSÃO

Pelo exposto, podemos concluir que o aprimoramento dos conhecimentos da vida psíquica contribui, inegavelmente, na compreensão da avaliação do resultado subjetivo pela paciente.

É importante reconhecer o *status* do corpo sob seus aspectos imaginário (parecer), simbólico (ser) e real. Como também é preciso valorizar a potência do psiquismo em ativar conflitos inconscientes, fazendo-os incidir sobre a cirurgia e gerando insatisfações. A prevalência do fator psíquico, caso seja negligenciado pelo cirurgião, o deixará em desvantagem e à mercê desses fenômenos.

Na perspectiva da transferência, é igualmente necessário aprimorar seu discernimento para um manejo mais eficaz. A emblemática expressão “quando a paciente complica, devemos nos casar com ela” traduz, nessa concepção, que se deve legitimar, na relação médica, o interesse, a paciência e a escuta (como exige mesmo um casamento) a fim de que a paciente se sinta inserida na esfera de interesse de seu médico e não abandonada.

Devemos ter em conta que a dificuldade em se lidar com esses aspectos do psiquismo, hoje em dia, faz-nos presenciar a migração dessas questões do espaço médico para o jurídico, ambiente cada vez mais desfavorável ao cirurgião.

REFERÊNCIAS

1. Lacan J. Escritos. Rio de Janeiro: Zahar, 1998.
2. Freud S. Estudos sobre a histeria. Volume 2. Rio de Janeiro: Imago, 1996.
3. Macri S. El sintoma em la experiencia analítica. Buenos Aires: Grama Ediciones, 2012.
4. Scherer J. Transtornos psiquiátricos na medicina estética: a importância do reconhecimento de sinais e sintomas. Rev Bras Cir Plast. v. 32, n. 4, outubro/dezembro 2017.
5. Goulart GC. O corpo estranho na cirurgia plástica. Belo Horizonte: COOPMED, 2013.
6. Cacioppo JT. Autonomic, neuroendocrine, and immune responses to psychological stress: the reactivity hypothesis. Ann NY Acad Sci. 1998 may; 840:664-73.

*Endereço Autor:

Gustavo Costa Goulart

Rua Ribeiro de Oliveira, 50/301 – Bairro Serra, Belo Horizonte, MG, Brasil
CEP 30220-170

E-mail: guscog@hotmail.com

Intercorrências com uso de material aloplástico em rinoplastia: relato de casos

LUCIANO ASSIS COSTA ^{1*}MATHEUS DIAS ARAÚJO ¹GULHERME TEIXEIRA DE SOUZA E CASTRO ¹EMÍLIA SILVA KLEIN ^{1,2}MÁRIO MÚCIO MAIA DE MEDEIROS ^{1,2}CARLOS ROBERTO NUNES ^{1,2}

DOI: 10.5935/2177-1235.2019RBCP0123

RESUMO

Introdução: Emprego de material aloplástico em rinoplastia, análise de duas intercorrências. **Método:** Apresentamos soluções em dois casos de intercorrências, encaminhados ao Serviço de Cirurgia Plástica do Hospital Belo Horizonte, com o uso de materiais aloplásticos em rinoplastias. **Resultados:** Foram tratados dois casos, um com extrusão antiga e outro com expulsão imediata que apresentaram soluções favoráveis. **Conclusão:** Há inúmeras controvérsias quanto ao uso de material aloplástico. No primeiro caso, a rejeição ocorreu após quatro anos do implante. No segundo, houve expulsão imediata. O resultado das abordagens foi satisfatório às pacientes.

Descritores: Materiais aloplásticos; Intercorrência; Enxertos autólogos.

INTRODUÇÃO

A rinoplastia é considerada um dos procedimentos mais desafiadores da cirurgia plástica. A rinoplastia estruturada funcional traz soluções que priorizam a funcionalidade nasal. Diante disso, diversas técnicas foram desenvolvidas com o objetivo de alcançar resultados mais naturais, previsíveis e que mais se aproximassem do desejo do paciente. O nariz, mais que qualquer outro órgão, é apontado por diversos autores como responsável pela personalidade peculiar na face¹. Na literatura mundial, existem padrões determinados, como o tamanho e a forma do nariz, que são preferencialmente desejados pela maioria das pessoas^{1,2}. Atualmente, as rinoplastias requerem o emprego de materiais que visem adequar sua forma, função e estética; no entanto, tem-se grande dificuldade na escolha do melhor enxerto ou implante para essa finalidade. Na rinoplastia estruturada funcional são empregados, preferencialmente, estruturas autólogas como cartilagens costais, septais e da orelha³. Podem ser utilizados materiais aloplásticos como os implantes de silicone pré-moldados e fabricados com elastômero de silicone de grau médio, implantes de silicone estruturados utilizando o bloco de silicone *hard*, o Medpor®, Silastic®, Proplast®, Gore-Tex®.

O objetivo deste trabalho é apresentar dois casos nos quais ocorreu expulsão do implante de silicone e a solução encontrada.

RELATO DOS CASOS

No corrente ano, dois casos vieram encaminhados ao nosso serviço com sequelas de implante de silicone para reconstrução nasal, sendo um pós-rinoplastia estética e um segundo para correção de nariz leporino. A seguir, são descritos os dois casos:

1º - Paciente F.G.O.A., faioderma, gênero feminino, 44 anos de idade. Apresenta-se em consultório de cirurgia plástica com edema acentuado no nariz, drenagem espontânea de secreção turva, importante hiperemia em toda a ponta nasal e columela, abscesso entre a porção distal do septo nasal e columela. Informou ter se submetido à rinoplastia estética com implante de silicone no dorso e na região columelar há 4 anos.

2º - Paciente M.F.Q.J., faioderma, gênero feminino, 54 anos de idade. Portadora de seqüela de fissura transalveolar à direita, queixando-se de duas intervenções para correção da deformidade nasal congênita. A última, realizada há 20 anos optando por implante de prótese pré-moldada. Relata que 15 dias após a cirurgia ocorreu expulsão espontânea do implante. As pacientes foram submetidas a rinoplastia aberta (exorinoplastia) sob anestesia geral. No primeiro caso, foi realizada incisão de Rethy com expulsão imediata do material aloplástico (Figura 1), seguida de desbridamento da cápsula da região dorsal do nariz e da columela. A seguir, foi realizada exaustiva lavagem local. Fechamento com Monocryl®, antibioticoterapia imediata e por via oral após alta durante 10 dias correntes. Cultura e antibiograma realizados no pré-operatório revelaram crescimento de *S. aureus*. No segundo caso, foi planejada uma rinoplastia estruturada funcional frente às sequelas encontradas: base deprimida com columela retroposicionada, nariz em sela, asa direita alargada. Tomografia computadorizada e em 3D revelou ausência de septo e alterações da pirâmide nasal à direita. Área doadora escolhida foi a cartilagem costal. Foi realizada uma incisão de Rethy, dissecação de toda a ponta e dorso nasal, remoção de extensa área fibrótica e retrátil. Confecção de um túnel em base nasal, túnel em porção médio-inferior da columela até a região da espinha nasal superior-anterior. Preparo das cartilagens para composição do dorso nasal, *strut* columelar para projeção da base nasal e Gunter à direita. Uma vez estruturados, foram implantados nas respectivas lojas e suturados com fio não absorvível 5-0 evitando-se, assim, o seu deslocamento. Fechamento das áreas cruentas com fio de absorção lenta 5-0, fechamento da incisão de Rethy com fio não absorvível 6-0. Realizado Wear bilateral para simetriação das cartilagens. Tamponamento e imobilização gessada.

No primeiro caso, em que foi realizada apenas a remoção do material aloplástico, encontra-se aguardando o tempo hábil para nova rinoplastia estética. O segundo caso apresenta um resultado que proporcionou acentuada melhora da autoestima da paciente (Figuras 2 e 3).

¹ Hospital Belo Horizonte, Faculdade de Ciências Médicas de Minas Gerais, Belo Horizonte, MG, Brasil.

² Sociedade Brasileira de Cirurgia Plástica, Minas Gerais, MG, Brasil.



Figura 1. Visualização do material aloplástico no peroperatório.



Figura 2. Pré-operatório.



Figura 3. Pós-operatório de 7 dias.

DISCUSSÃO

O uso de materiais aloplásticos seduzem os cirurgiões pela disponibilidade ilimitada, manutenção da forma, volume em longo prazo e facilidade de manipulação. A indicação de material aloplástico nos tratamentos cirúrgicos da região nasal apresenta-se com muitas controvérsias. Deve ser usado com parcimônia e naqueles casos com uma indicação mais precisa, e submetidos a uma análise criteriosa caso a caso. Na literatura, observa-se indicações ao uso de implantes aloplásticos quando há recusa do paciente à utilização dos autólogos, optando-se sempre pela escolha do que melhor adequa como implante na região nasal. Sugerem que este material tenha como características a não toxicidade, não serem alergênicos, com mínima reatividade tecidual, de fácil manipulação, inabsorvível e passível de ser retirado³; entretanto, são frequentes os relatos de expulsão deste. Muitos autores apontam para o uso de material autólogo por apresentarem excelente biocompatibilidade, facilidade de aquisição e manipulação^{4,5}. Como áreas doadoras de escolha são citadas: o septo, quando disponível, cartilagem auricular e cartilagem costal. A cartilagem septal, por estar no mesmo sítio anatômico e mostrar-se forte e retilínea, torna-se a primeira opção durante as rinoplastias⁴. As cartilagens costais possuem a vantagem de se apresentarem com maior volume, permitindo a confecção de enxertos longos, retilíneos, finos ou espessos, permitindo serem esculpados e fixados na loja do implante, prevenindo-se, assim, seu deslocamento e distorção ao longo do tempo^{4,5}. A cartilagem auricular é de fácil acesso, menor morbidade com relação às costelas, porém não disponibiliza enxertos retilíneos, o que limita sua utilização em muitos casos^{4,7}. Neste trabalho, encontramos inadequação dos implantes aloplásticos à região nasal em dois casos. No caso (paciente M.F.Q.S.) em que a expulsão ocorreu há mais tempo, na substituição por um enxerto autólogo, o resultado permitiu uma boa forma estética com melhora funcional demonstrada pela satisfação com o resultado e melhora da autoestima da paciente.

CONCLUSÃO

Com os tratamentos cirúrgicos indicados em ambos casos foram observados ganhos positivos. Destacamos no primeiro caso (paciente F.G.O.A.) que a remoção dos implantes veio trazer alívio à sintomatologia e desconforto que ele trouxe à paciente, mesmo em presença de sequela na zona II nasal e o período que aguardará a reconstituição nasal. No segundo caso (paciente M.F.Q.S.), o ganho funcional e estético e a melhora da autoestima referendam o emprego do material autólogo.

REFERÊNCIAS

1. Lupo G. The history of aesthetic rhinoplasty: special emphasis on the saddle nose. *Aesthetic Plast Surg.* 1977; 21(5):390-27.
2. Dyer WK, Beaty MM, Prabtha A. Architectural deficiencies of the nose: treatment of the saddle nose and short nose deformities. *Otolaryngol Clin North Am.* 1999; 32(1):89-112.
3. Daher JC. Rinoplastia columelar: uma nova visão com uso de silicone sólido. *Rev Bras Cir Plást.* 2010; 25(3):450-7.
4. Patrocínio LG, Patrocínio JA. Use of grafts in Rhinoplasty. *Int Arch Otorhinolaryngol.* 2001; 5(1):21-5.
5. Swenson RW, Koopman CF Jr. Grafts and implants. *Otolaryngol Clin North Am.* 1984; 17(2):413-28.
6. Tostes ROG, Ferreira FPM, Andrade JCCG, Lima JCSA, Almeida PN, Meira AAM et al. Uso de Gore-tex para preenchimento do dorso nasal em rinoplastias. *Rev Bras Cir Plást.* 2011; 26(3):461-5.
7. Gunther JF, Rohrich RJ, Adams WP. *Dallas Rinoplastia: Cirurgia do Nariz pelos Mestres.* Rio de Janeiro: Ed Revinter; 2002.

*Endereço Autor:

Luciano Assis Costa

Av. Presidente Antônio Carlos, 1694, sala 13 - Belo Horizonte, MG, Brasil

CEP 31130-122

E-mail: lucianoassiscosta@gmail.com

Hematoma expansivo tardio após ritidoplastia



ANDREIA SOUTO DA MOTTA ^{1*}

CAMILA MATOS VERSIANI ¹

LILIANE CARVALHO JAMIL ¹

PAULA PIMENTEL LEITE ROCHA ¹

HENRIQUE BELETABLE FONSECA ¹

AUGUSTO CÉSAR DE MELO ALMEIDA ¹

DOI: 10.5935/2177-1235.2019RBCP0124

INTRODUÇÃO

Na literatura, os hematomas ocorridos após a ritidoplastia ou cirurgia do rejuvenescimento facial são vistos como a complicação mais comum deste procedimento (1% a 15%)^{1,2}. Ocorrem, geralmente, nas primeiras 24 horas¹⁻³ e podem causar consequências significativas como comprometimento da vascularização dos retalhos cutâneos, prolongamento da convalescença cirúrgica, até comprometimento respiratório¹. Eventualmente, podem se apresentar de forma tardia, podendo ocorrer dias após manipulação cirúrgica^{2,4}. Hematomas expansivos tardios são pouco descritos na literatura e tendem a ser negligenciados pela maioria dos cirurgiões plásticos⁴. Quando ocorrem, necessitam de abordagem cirúrgica de urgência, pois podem causar danos significativos. Geralmente, são causados por “destamponamento” de lesões de grandes vasos, como os temporais superficiais^{2,4}. É importante que o cirurgião esteja atento a essa complicação, para que o diagnóstico seja realizado em tempo hábil, não comprometendo a saúde do paciente e o resultado cirúrgico final. O trabalho apresentado tem como objetivo relatar o caso de uma paciente submetida a ritidoplastia completa, que evoluiu no décimo dia pós-operatório (DPO) com hematoma expansivo, choque hipovolêmico e desvio de via aérea.

OBJETIVO

Relatar o caso de uma paciente submetida a ritidoplastia completa, que no décimo dia pós-operatório evoluiu com hematoma expansivo, choque hipovolêmico e desvio de via aérea.

MÉTODO

Paciente A.M.R., sexo feminino, 65 anos. À admissão encontrava-se no décimo DPO de ritidoplastia completa realizada em clínica particular. Apresentava edema e abaulamento em hemiface esquerda após drenagem linfática (Figura 1). Realizada evacuação imediata de 250 mL de sangue vivo através de abertura de ponto de sutura, com melhora momentânea. A paciente foi mantida sob observação, evoluiu com nova coleção cervicofacial e progressão para choque

RESUMO

A ritidoplastia, ou cirurgia do rejuvenescimento facial, tem se tornado uma das cirurgias plásticas estéticas mais procuradas em todo o mundo e, como qualquer outra cirurgia, apresenta riscos de complicações. O hematoma pós-operatório, a complicação mais comum, tende a se apresentar precocemente, mas em alguns casos ocorrem dias após o procedimento. Podem ocorrer de forma leve, com pequenas coleções, ou podem se desenvolver com sangramentos ativos volumosos, classificados como hematomas expansivos. Apresentamos o caso de uma paciente submetida à ritidoplastia completa, evoluindo tardiamente com hematoma cervicofacial levando a instabilidade hemodinâmica e comprometimento de via aérea.

Descritores: Ritidoplastia; Hematoma; *Facelift*; Sangramento; Complicação.

hipovolêmico, sendo então encaminhada com urgência para o bloco cirúrgico (Figura 2). No momento da intubação orotraqueal, foi necessário o uso de fibroscópio devido à compressão e desvio de via aérea. Durante o ato cirúrgico, foi identificado volumoso hematoma cervicofacial à esquerda e, após evacuação do mesmo, foi possível identificar sangramento ativo da artéria temporal superficial (Figura 3). Realizada hemostasia através de ligadura da artéria temporal superficial esquerda e síntese dos retalhos cutâneos por planos.



Figura 1. Edema e abaulamento cervicofacial em hemiface esquerda.

RESULTADO

A paciente permaneceu 48 horas no centro de tratamento intensivo, em intubação orotraqueal para manutenção de via aérea. Apresentou boa evolução no pós-operatório, sem novos sangramentos, sem progressão do sofrimento de pele. Recebeu alta hospitalar no quinto dia após drenagem, em boas condições clínicas. O seguimento foi dado em consultório particular, não havendo novas intercorrências (Figura 4).

DISCUSSÃO

Descrita no início do século XX, a ritidoplastia, ou cirurgia do rejuvenescimento facial, tem se tornado uma

¹ Hospital Felício Rocho, Belo Horizonte, MG, Brasil.



Figura 2. Retalho cutâneo com sinais de sofrimento vascular - epidermólise e palidez do retalho.



Figura 3. A artéria temporal superficial esquerda apresentava sangramento ativo durante ato cirúrgico.



Figura 4. Resultado após 1 mês.

das cirurgias estéticas mais realizadas em todo o mundo⁵, principalmente em pacientes com mais de 65 anos de idade¹. Embora apresente baixas taxas de complicações graves, quando estas ocorrem, podem levar a aumento expressivo da morbidade e resultados estéticos devastadores¹. Os hematomas

permanecem como a complicação mais comum e podem ser classificados em três categorias, de acordo com sua extensão⁶. O primeiro grupo corresponde a pequenos hematomas que podem ser conduzidos de forma expectante ou submetidos à punção por agulha. O segundo grupo, hematomas médios, geralmente ocorrem nas primeiras 24 horas, sendo possível tratá-los através de expressão manual, sem necessidade de abordagem cirúrgica. Já os hematomas de grande volume, hematomas expansivos, necessitam de evacuação cirúrgica imediata, abertura das suturas e ligadura de vasos sangrantes^{2,6}. A maioria dos hematomas do primeiro e segundo grupos ocorrem de 1 a 15 horas pós-operatórias, e os do terceiro grupo em até 48 horas. Rees relatou casos ocorridos em 2, 4 e 5 dias após procedimento cirúrgico⁷, e Goldwin relatou um hematoma expansivo ocorrido no décimo dia pós-operatório⁴. Embora infrequente, o hematoma expansivo tardio é uma importante complicação que demanda exploração cirúrgica imediata. Ao contrário dos eventos recentes, são passíveis de identificação durante abordagem, pois usualmente ocorrem por “destamponamento” de grandes vasos, como os temporais superficiais^{2,4}. Esses vasos devem ser hemostasiados através de ligaduras, e somente a cauterização elétrica não é recomendada⁴. A fisiopatologia dos sangramentos tardios é desconhecida, mas sabe-se que podem decorrer até por estímulos mínimos⁴. No caso apresentado, a paciente foi submetida à drenagem linfática previamente ao sangramento, sendo creditado por nós como evento desencadeador. Quando trata-se de hematomas em cirurgia plástica, o melhor tratamento continua sendo a prevenção. Preconiza-se que grandes vasos sejam ligados durante a dissecação, em detrimento de apenas coagulação direta. É importante que o cirurgião conheça e esteja atento a essa complicação, para que o diagnóstico seja realizado em tempo hábil, não comprometendo a saúde do paciente e o resultado cirúrgico final.

CONCLUSÃO

Hematomas expansivos tardios após ritidoplastia podem ser graves, podendo culminar em ameaça à vida. É essencial que o cirurgião tenha em mente essa possível complicação, realizando hemostasia rigorosa e de forma adequada. Além disso, o acompanhamento minucioso pós-operatório do paciente continua sendo a melhor conduta para evitar desdobramentos desfavoráveis.

REFERÊNCIAS

1. Gupta V, Winocour J, She H, Shack RB, Grotting JC, Higdon KK. Preoperative risk factors and complication rates in facelift: analysis of 11,300 patients. *Aesthetic Surg J*. 2016 Jan; 36(1):1-13. doi: 10.1093/asj/sjv162.
2. *Dermatologic Surgery: Official Publication For American Society For Dermatologic Surgery*, et al. 2005 Sep; 31(9 Pt 1):1134-44. Discussion 1144.
3. Beer GM, Goldscheider E, Weber A, et al. *Aesth Plast Surg*. 2010; 34:502. doi: 10.1007/s00266-010-9488-8.
4. Goldwyn RM. Late bleeding after rhytidectomy from injury to the superficial temporal vessels. *Plast Reconstr Surg*. 1991; 88:443-5.
5. Kleinberger AJ, Spiegel JH. What is the best method for minimizing the risk of hematoma formation after rhytidectomy? *Laryngoscope*. 2015; 125:534-6. doi: 10.1002/lary.24685.
6. Sukop A, Duskova M, Tvrdek M, et al. *Aesth Plast Surg*. 2009; 33:838. doi: 10.1007/s00266-008-9297-5.
7. Rees TD, Lee YC, Couburn RJ. Expanding hematoma after rhytidectomy: a retrospective study. *Plast Reconstr Surg*. 1973; 51:149-53.

*Endereço Autor:

Andreia Souto da Motta

Avenida do Contorno, 8000 - sala 1302, Santo Agostinho - Belo Horizonte, MG, Brasil

CEP 30110-017

E-mail: asmotta.med@gmail.com

Complicações em cirurgias plásticas após perdas ponderais maciças: uma busca sistemática e revisão



JOANNA GUELLER BECKER ^{1*}

ELVIO BUENO GARCIA ¹
JUAN CARLOS MONTANO PEDROSO ¹
LYDIA MASAKO FERREIRA ¹

DOI: 10.5935/2177-1235.2019RBCP0125

INTRODUÇÃO

A obesidade é doença bem estabelecida e presente no cenário global. Segundo a Organização Mundial da Saúde (OMS), em 2018, cerca de 1,9 bilhão de pessoas encontravam-se acima do peso ideal, e estimativas indicam que em 2025 serão três bilhões de pessoas¹. No arsenal terapêutico contra a obesidade, a cirurgia bariátrica tornou-se opção de escolha viável, acessível e segura, com a melhora de comorbidades e perdas ponderais maciças². No seguimento destas perdas ponderais expressivas, surgem as deformidades de contorno corporal e a necessidade de procedimentos reparadores. Neste contexto, a cirurgia plástica vem apresentando crescimento importante: de acordo com a American Society of Plastic Surgeons (ASPS), em 2016 foram realizados 55.245 mil procedimentos de contorno corporal pós-bariátricos somente nos Estados Unidos, registrando, assim, um aumento significativo de 9,6% com relação aos cinco anos anteriores^{3,4}.

Os pacientes pós-bariátricos apresentam uma série de desafios para o cirurgião plástico. Esses pacientes, frequentemente, possuem comorbidades médicas, deficiências nutricionais e distúrbios psicológicos, além de alterações complexas do contorno corporal, que levam esse grupo de pacientes ao risco para complicações pós-operatórias⁵.

OBJETIVO

Através de uma busca sistemática e revisão da literatura, determinar a incidência de complicações nos pacientes

RESUMO

Introdução: A obesidade é uma doença prevalente e pandêmica. Após perdas ponderais maciças obtidas através da cirurgia bariátrica, a cirurgia plástica tem apresentado crescimento evidente. Entretanto, pacientes pós-bariátricos apresentam maior incidência de complicações. O objetivo deste estudo foi realizar uma busca sistemática e revisão das complicações das cirurgias de contorno corporal após grandes perdas ponderais. **Métodos:** Realizada busca sistemática e revisão, na língua inglesa, utilizando as bases Medline/PubMed, Cochrane Library e SciELO. A busca foi feita cruzando o descritor complicações com os seguintes termos: plástica pós-bariátrica; plástica após perda ponderal maciça; contorno corporal. **Resultados:** A população analisada resultou em 1.167 pacientes, submetidos a 1.791 procedimentos cirúrgicos, através da seleção de sete artigos na literatura, sendo dois prospectivos e cinco retrospectivos. Obteve-se a taxa de complicação geral (26,9% a 55,5%) e a taxa de reoperações (0% a 13,4%). A complicação mais frequente encontrada foi dificuldade de cicatrização, seguida de seroma, infecção, epidermólise, hematoma, deiscência maior, anemia, embolismo e óbito. **Conclusão:** Pacientes com perda ponderal maciça apresentam tendência elevada a complicações pós-operatórias, sendo a principal a dificuldade de cicatrização – deiscência menor. Há necessidade de maior conhecimento dos fatores específicos envolvidos a fim de reduzir a incidência de complicações.

Descritores: Complicações em cirurgia plástica; Cirurgia plástica; Plástica pós-bariátrica; Plástica após perda ponderal maciça; Contorno corporal; Complicações.

submetidos a cirurgia plástica após perda ponderal maciça, elencando-as de acordo com sua taxa de frequência.

MÉTODO

Realizada busca sistemática e revisão da literatura³ utilizando as bases eletrônicas Medline/PubMed, Cochrane Library e SciELO, no período de janeiro de 2006 até janeiro de 2018, avaliando os artigos publicados que referissem complicações em cirurgia plástica após perda ponderal maciça. A busca foi feita cruzando o descritor “complicações” com os seguintes descritores: “plástica pós-bariátrica”; “plástica após perda ponderal maciça” e “contorno corporal”. A pesquisa foi conduzida apenas em estudos na língua inglesa.

Foram selecionadas apenas publicações que abordavam o tema complicações em cirurgias plásticas pós-bariátricas, tanto de forma quantitativa como qualitativa. Foram excluídos estudos repetidos, relatos de caso, estudos experimentais, revisões sistemáticas, cartas editoriais, estudos com fornecimento de dados incompletos e estudos não condizentes com proposta da pesquisa.

RESULTADOS

A busca inicial resultou em 89 artigos. Foram excluídos os estudos que contemplaram os critérios de exclusão. Restaram sete estudos⁶⁻¹² condizentes com o objetivo da pesquisa. Destes, dois apresentavam delineamento prospectivo e cinco, retrospectivo. No total, englobaram 1.167 pacientes submetidos a 1.791 procedimentos cirúrgicos (Tabelas 1 e 2).

¹ Universidade Federal de São Paulo, São Paulo, SP, Brasil.

Tabela 1. Características dos estudos selecionados sobre complicações em cirurgia plástica após perda ponderal maciça.

Autor	Publicação	Título do estudo	Delineamento do estudo
Botero <i>et al.</i>	2017 - Annals of Plastic Surgery	Complications After Body Contouring Surgery in Post Bariatric Patients	Prospectivo
Egrari <i>et al.</i>	2012 - Aesthetic Surgery Journal	Outpatient-Based Massive Weight Loss Body Contouring: A Review of 260 Consecutive Cases	Retrospectivo
van der Beek <i>et al.</i>	2011 - Obesity Facts	Complications After Body Contouring Surgery in Post Bariatric Patients: The Importance of a Stable Weight Close to Normal	Retrospectivo
Coon <i>et al.</i>	2009 - Annals of Plastic Surgery	Body Mass and Surgical Complications in the Postbariatric Reconstructive Patient: Analysis of 511 cases	Prospectivo
Kerviler <i>et al.</i>	2009 - Obesity Surgery	Body Contouring Surgery Following Bariatric Surgery and Dietetically Induced Massive Weight Reduction: A Risk Analysis	Retrospectivo
Sanger <i>et al.</i>	2006 - Annals of Plastic Surgery	Impact of Significant Weight Loss on Outcome of Body-contouring Surgery	Retrospectivo
Shermak <i>et al.</i>	2006 - Plastic and Reconstructive Surgery	An Outcomes Analysis of Patients Undergoing Body Contouring Surgery After Massive Weight Loss	Retrospectivo

Tabela 2. Dados e variáveis dos estudos selecionados sobre complicações em cirurgia plástica após perda ponderal maciça.

Autor	Número de pacientes	Número de procedimentos	Número de complicações
Botero <i>et al.</i>	154	198	110
Egrari <i>et al.</i>	260	544	76
van der Beek <i>et al.</i>	43	68	19
Coon <i>et al.</i>	449	511	188
Kerviler <i>et al.</i>	104	104	28
Sanger <i>et al.</i>	18	31	5
Shermak <i>et al.</i>	139	335	55

A população total foi composta por 1.054 mulheres (90,3%) e 113 homens (9,7%). A média de idade foi de 43,54 anos, variando entre 18 a 76 anos.

O índice de massa corporal (IMC) dos pacientes pré-cirurgia plástica variou entre 27 a 33,3 kg/m². A cirurgia bariátrica respondeu por 93,14% dos emagrecimentos, já as modificações no estilo de vida por apenas 6,86%.

A prevalência do tabagismo variou de 0% a 45,19%; já a hipertensão arterial sistêmica (HAS) esteve presente em 0% a 53,5% dos estudos, e o diabetes *mellitus* (DM) em 0% a 22,3%.

A cirurgia mais comumente executada foi a abdominoplastia (41%), responsável por 734 das operações. Em seguida, a mastoplastia (15%) respondeu por 272 procedimentos e o *lifting*/suspensão total de membros inferiores (15%) por 268 cirurgias. Outros procedimentos também encontrados foram a braquioplastia (n=214; 12%), a cruroplastia/dermolipectomia da porção medial da coxa (n=168; 9%) e a lipospiração (n=109; 6) (Figuras 1 e 2).

A taxa de complicações geral variou entre 26,9% a 55,5% (Figura 3). As principais complicações encontradas foram: dificuldade de cicatrização menor – deiscência pequena, sem necessidade de tratamento cirúrgico (5,5% a 22,4%); seroma (4,6% a 23,2%); infecção (0,38% a 14,8%); necrose de pele ou epidermólise (1,15 a 6,8%) e hematoma (3,54% a 6,97%). Outras complicações também relatadas, porém menos comuns, foram: deiscência maior, anemia pós-operatória com indicação de hemotransusão, eventos tromboembólicos e retenção urinária. Relatou-se um óbito, este em decorrência de embolismo.

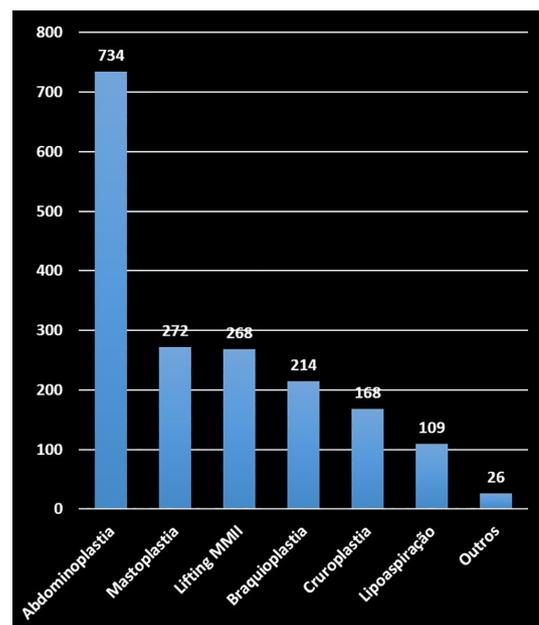


Figura 1. Número e distribuição dos procedimentos cirúrgicos realizados após perda ponderal maciça.

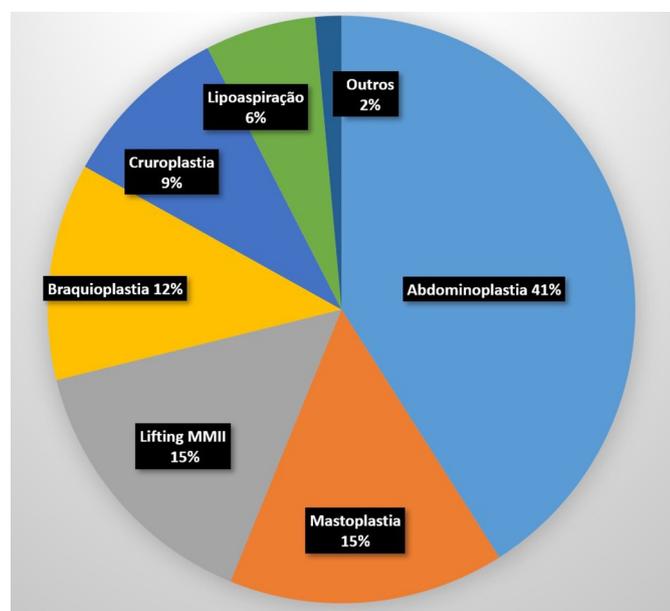


Figura 2. Distribuição dos procedimentos cirúrgicos realizados após perda ponderal maciça.

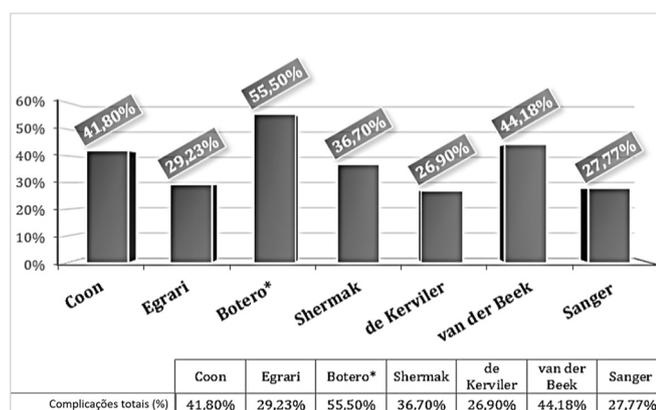


Figura 3. Taxa de complicações gerais de acordo com cada estudo selecionado.

A taxa de reoperações encontrada variou de 0% a 13,4%, sendo a maior parte destas por hematoma.

DISCUSSÃO

A cirurgia plástica é frequentemente indicada para a correção das deformidades após grandes perdas ponderais. Entretanto, tais pacientes apresentam maior risco de complicações em comparação com aqueles que jamais foram obesos devido a vários fatores, tais como: tempo cirúrgico prolongado, maior tamanho das incisões, alterações na qualidade da pele e presença de comorbidades¹³. De fato, observou-se neste estudo alta prevalência de HAS, DM e tabagismo.

Houve grande variabilidade na incidência de complicações entre os diferentes estudos selecionados nesta revisão. A taxa de complicações gerais variou entre 26,9% a 55,5% (Figura 3). São possíveis explicações para esta grande variabilidade a execução de diferentes técnicas cirúrgicas, o manejo pós-operatório ou condições de saúde dos próprios pacientes.

Com relação ao tipo de complicação mais frequente, também há divergência entre os estudos: enquanto alguns apontam a dificuldade de cicatrização menor (ou pequenas deiscências), outros afirmam ser o seroma. Ao se analisar a

totalidade dos estudos, os distúrbios de cicatrização foram a complicação mais frequente em cinco das sete publicações (Figura 4), enquanto o seroma foi a complicação mais frequente em apenas dois estudos (Figura 5). Outras complicações tais como infecção, necrose de pele, hematoma, deiscência maior, anemia com indicação de transfusão sanguínea e embolias foram observadas (Figura 6). Embora menos frequentes, tais complicações precisam ser minimizadas e adequadamente avaliadas em estudos prospectivos com adequado número de pacientes.

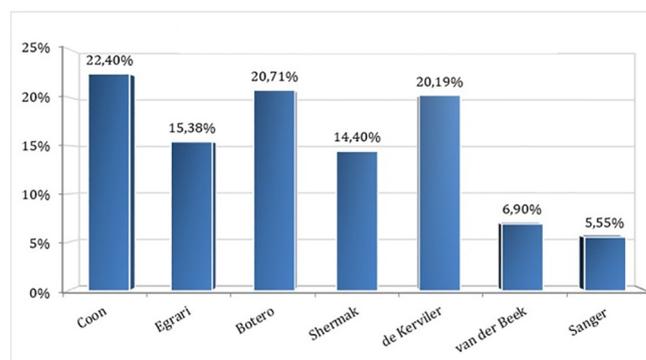


Figura 4. Variação de dificuldade de cicatrização menor - deiscência menor obtida em cada estudo.

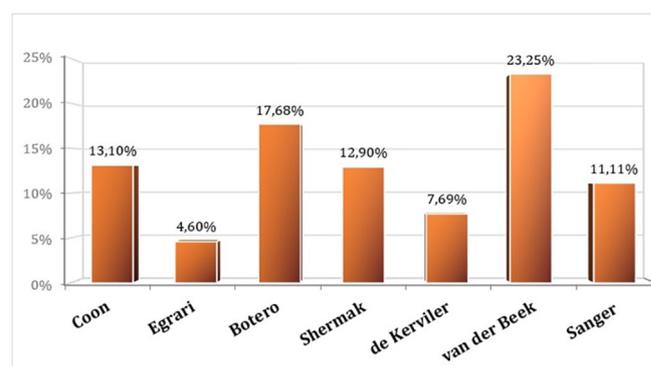


Figura 5. Variação de seroma obtida em cada estudo.

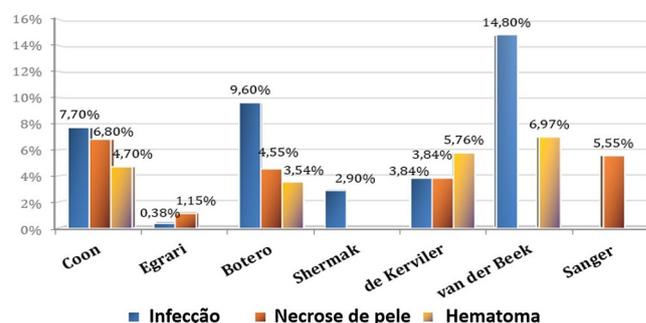


Figura 6. Variação de outras complicações (infecção, necrose de pele e hematoma) relatadas nos estudos selecionados.

CONCLUSÃO

Há uma grande variabilidade nos percentuais de complicações em pacientes após perda ponderal maciça submetidos a cirurgia plástica reportados na literatura, podendo atingir até metade desta população. A complicação mais frequente é a dificuldade de cicatrização (deiscência menor), seguida do seroma. Novos estudos prospectivos, com adequado

número de pacientes, devem ser realizados para obtenção de percentuais mais precisos da frequência das complicações, assim como definição dos seus fatores de risco.

REFERÊNCIAS

1. World Health Organization (WHO). World Health Statistics: 2018. Geneva WHO; 2018. Disponível em: https://www.who.int/gho/publications/world_health_statistics/2018/EN_WHS2018_AnnexA.pdf?ua=1.
2. Longitudinal Assessment of Bariatric Surgery (LABS) Consortium, Flum DR, Belle SH, King WC, Wahed AS, Berk P, Chapman W, Pories W, Courcoulas A, McCloskey C, Mitchell J, Patterson E, Pomp A, Staten MA, Yanovski SZ, Thirlby R, Wolfe B. Perioperative safety in the longitudinal assessment of bariatric surgery. *N Engl J Med*. 2009; 361(5):445-54.
3. American Society of Plastic Surgeons. 2011 National Plastic Surgery Statistics; 2011. Disponível em: <https://www.plasticsurgery.org/documents/News/Statistics/2011/body-contouring-after-massive-weight-loss-2011.pdf>.
4. American Society of Plastic Surgeons. 2016 National Plastic Surgery Statistics; 2016. Disponível em: <https://www.plasticsurgery.org/documents/News/Statistics/2016/plastic-surgery-statistics-full-report-2016.pdf>.
5. Rosa SC, et al. Perfil antropométrico e clínico de pacientes pós-bariátricos submetidos a procedimentos em cirurgia plástica. *Rio de Janeiro: Rev Col Bras Cir*. 2018; 45(2):e1613.
6. Botero G, Wenninger G, Loaiza F. Complications after body contouring surgery in postbariatric patients. *Ann Plast Surg*. 2017; 79:293-7.
7. van der Beek ES, van der Molen AM, van Ramshorst B. Complications after body contouring surgery in post-bariatric patients: the importance of a stable weight close to normal. *Obes Facts*. 2011; 61-66.
8. Egrari S. Outpatient-based massive weight loss body contouring: a review of 260 consecutive cases. *Aesthetic Surg J*. 2012 May; 32(4):474-83.
9. Coon D, Gusenoff JA, Kannan N, El Khoudary SR, Naghshineh N, Rubin JP. Body mass and surgical complications in the postbariatric reconstructive patient: analysis of 511 cases. *Ann Surg*. 2009; 249:397-401.
10. Sanger C, David LR. Impact of significant weight loss on outcome of body- contouring surgery. *Ann Plast Surg*. 2006; 56:585-6.
11. De Kerviler S, Hüsler R, Banic A, et al. Body contouring surgery following bariatric surgery and dietetically induced massive weight reduction: a risk analysis. *Obes Surg*. 2009; 19:553-9.
12. Shermak MA, Chang D, Magnuson TH, Schweitzer MA. An outcomes analysis of patients undergoing body contouring surgery after massive weight loss. *Plast Reconstr Surg*. 2006; 118(4):102631.
13. Michaels 5th J, Coon D, Rubin JP. Complications in postbariatric body contouring: postoperative management and treatment. *Plast Reconstr Surg*. 2011; 127(4):1693-700.

*Endereço Autor:

Joanna Gueller Becker

Rua Borges Lagoa, 836, ap 81 - São Paulo, SP, Brasil

CEP 04038-002

E-mail: joannabeckr@gmail.com

Reoperações após mamoplastias redutoras e mastopexias associadas a implantes de silicone



LAURO JOSÉ VICTOR
AVELLAN NEVES^{1,2*}

DOI: 10.5935/2177-1235.2019RBCP0126

INTRODUÇÃO

A mamoplastia redutora e a mastopexia associadas à colocação de implantes de silicone ganhou muito popularidade na última década, sendo frequente a solicitação da inclusão de implantes de silicone em mamoplastias redutoras e mastopexias pelas pacientes. No entanto, a colocação de implantes de silicone nestas operações aumenta o risco de deiscências de sutura, exposição dos implantes, alterações das aréolas (alargamento, perda de sensibilidade) e mau posicionamento dos implantes¹⁻⁴, e leva a um índice maior de reoperações quando comparadas às mesmas cirurgias sem implantes⁴. Além disto, a expectativa das pacientes que solicitam a colocação de implantes de silicone em todos os tipos de mamoplastia é muito alta, pois existem muitos mitos em torno dos implantes de silicone, e muita confusão entre mamoplastia de aumento isolada, mastopexia e mamoplastia redutora. Este fato, associado a um índice maior de complicações, faz com que esta seja uma das cirurgias plásticas que, proporcionalmente, mais gera litígio nos Estados Unidos^{2,3}.

OBJETIVO

O objetivo deste trabalho é apresentar uma série de casos de pacientes candidatas a reoperação após mastopexias e mamoplastias redutoras associadas a implantes de silicone, alertando sobre os riscos desta associação.

MÉTODO

Foi realizado um estudo retrospectivo de pacientes, atendidas pelo autor na Clínica Avellan, insatisfeitas com o

RESUMO

Introdução: A mamoplastia redutora e a mastopexia associadas à colocação de implantes de silicone ganhou muito popularidade na última década. A expectativa das pacientes com o resultado destas operações é muito alta, este fator aliado a um maior índice de complicações leva a uma incidência alta de reoperações. **Método:** Revisão de prontuários, entre outubro de 2016 e janeiro de 2018, de pacientes insatisfeitas com o resultado de uma mastopexia ou mamoplastia redutora associadas a implantes de silicone. **Resultados:** Foram incluídos prontuários de 14 pacientes. A posição dos implantes foi subglandular em 12 casos e submuscular em 2 casos. O principal motivo de insatisfação, responsável por 78,5% das queixas, foi a perda de projeção do polo superior com abaulamento do polo inferior. A reoperação não foi indicada em 5 pacientes. Em 9 casos a reoperação foi indicada pelo autor. Destes, 5 pacientes foram reencaminhadas para o cirurgião que realizou a cirurgia primária e não retornaram ao consultório, e 4 pacientes foram reoperadas pelo autor. **Conclusão:** O índice elevado de complicações e a alta exigência das pacientes com o resultado faz com que muitas pacientes fiquem insatisfeitas com o resultado e sejam candidatas a reoperação. A maior queixa é a perda de projeção no polo superior e o abaulamento do polo inferior, porém, cerca de um terço das pacientes insatisfeitas possuem resultados acima do padrão esperado. O cirurgião plástico deve orientar suas pacientes sobre os riscos das mamoplastias redutoras e mastopexias associadas aos implantes de silicone e sobre os resultados.

Descritores: Mamoplastia; Implantes de mama; Contratura capsular em implantes; Cirurgia plástica; Reoperação.

resultado de mastopexias e mamoplastias redutoras associadas a implantes de silicone e com desejo de reoperação.

Foram revisados os prontuários, no período de outubro de 2016 a janeiro de 2018, e selecionadas todas as pacientes cuja queixa principal na consulta foi a insatisfação com o resultado de uma mastopexia ou mamoplastia redutora associadas a implantes de silicone.

Os dados avaliados foram:

- Origem da paciente: se realizou a cirurgia primária com o autor ou não;
- Tipo de mamoplastia primária realizada (mastopexia ou mamoplastia redutora);
- Posição dos implantes;
- Motivos da insatisfação com o resultado, podendo haver mais de um motivo pela mesma paciente: perda de projeção do polo superior com abaulamento do polo inferior; assimetria mamária, contratura capsular, ruptura dos implantes, necrose de aréola, deiscência de sutura, alterações cicatriciais tardias (queloide ou cicatriz hipertrófica) e tamanho maior ou menor que o desejado;
- Tratamento realizado, sendo divididos em três grupos: a) não indicada reoperação; b) reoperação indicada com o cirurgião que realizou a cirurgia primária; c) reoperadas pelo autor deste artigo. Todas as pacientes oriundas de outro cirurgião plástico foram encorajadas a retornar para realizar

¹ Sociedade Brasileira de Cirurgia Plástica, Minas Gerais, MG, Brasil.

² Universidade Federal de Minas Gerais, Belo Horizonte, MG, Brasil.

a reoperação com o cirurgião que realizou a cirurgia primária. Apenas as que não desejaram reoperar com o mesmo cirurgião, ou foram egressas do próprio autor, foram reoperadas.

RESULTADOS

Foram revisados e incluídos prontuários de 14 pacientes. Destas, três pacientes realizaram a cirurgia primária com o autor e 11 com outros cirurgiões. O tempo entre a cirurgia primária e a consulta variou entre 2 meses e 12 anos (média de 27 meses). A posição dos implantes foi subglandular em 12 casos e submuscular em dois casos. Em seis casos, a cirurgia primária associada a colocação de implantes foi a mamoplastia redutora; a mastopexia foi realizada em sete casos. Em um caso foram realizadas as duas operações: no primeiro momento foi realizada uma mamoplastia redutora com colocação de implantes, e 6 meses depois uma mastopexia com aumento do volume das próteses.

O principal motivo de insatisfação, responsável por 78,5% das queixas, foi a perda de projeção do polo superior com abaulamento do polo inferior seguido por assimetria mamária e alterações cicatriciais, ambas com 50% das queixas. Houve um caso de complicação grave com necrose total de uma aréola. As queixas das pacientes foram representadas em um gráfico (Figura 1).

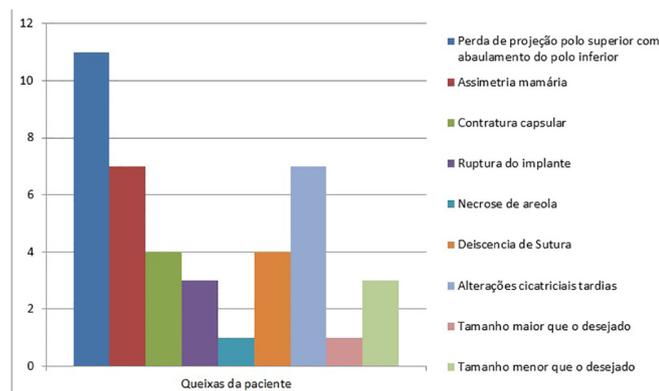


Figura 1. Queixas apresentadas pelas pacientes.

A reoperação não foi indicada em cinco pacientes. Todas se queixavam de perda de projeção do polo superior da mama e, além disto, quatro delas relataram o desejo de aumentar o volume das mamas. Nestes casos, o autor não indicou a reoperação, pois considerou que o resultado da cirurgia primária foi satisfatório e que as expectativas das pacientes eram irrealizáveis e não seriam atingidas com uma reoperação, mesmo com o aumento do volume dos implantes (Figura 2). Em nove casos a reoperação foi indicada pelo autor. Destes, cinco pacientes foram reencaminhadas para o cirurgião que realizou a cirurgia primária e não retornaram ao consultório, e quatro pacientes foram reoperadas pelo autor. Entre as pacientes reoperadas, uma paciente havia realizado a cirurgia primária com o autor, com colocação dos implantes em plano submuscular parcial e três haviam realizado a cirurgia com outros médicos e apresentavam implantes no plano subglandular.

A paciente que realizou a cirurgia primária com o autor queixava-se de assimetria mamária, com uma prótese em posição mais alta que a outra e com assimetria de altura das aréolas. Esta paciente foi submetida a reoperação com reposicionamento da prótese e aréola, mantendo o implante no plano submuscular. Entre as pacientes operadas por outros cirurgiões, duas apresentavam contratura capsular e ruptura dos implantes, em um caso ruptura unilateral e outro, bilateral. Ambas pacientes foram submetidas a capsulectomia total, troca



Figura 2. Caso de paciente com queixa de perda de projeção no polo superior da mama 6 meses após mastopexia com implante 300ml. O autor não indicou reoperação por considerar o resultado dentro do padrão esperado para a operação.

de implantes com mudança de loja e do plano subglandular para o submuscular (Figuras 3 e 4). A terceira paciente havia sido submetida a duas operações em um período de 18 meses e queixava-se de má posicionamento dos implantes, com deslocamento inferolateral de uma das próteses, perda de projeção em polo superior, assimetria mamária, cicatriz hipertrófica e desejo de redução do volume das mamas. Esta paciente foi submetida a nova mastopexia com correção de assimetrias, confecção de nova loja para implantes no plano submuscular e redução do volume de 360 mL para 285 mL (Figuras 5 a 7).



Figura 3. Pré e pós-operatório paciente com queixa de perda de projeção em polo superior das mamas, contratura grau 2 de Baker e ruptura bilateral dos implantes. Foi submetida a capsulectomia, troca de implantes 200ml para 250ml com mudança do plano subglandular para submuscular parcial.



Figura 4. Peça cirúrgica mostrando implantes rompidos, fragmentos da cápsula e 6 siliconomas (diagnóstico confirmado por exame anatomopatológico).

DISCUSSÃO

A mastopexia associada à colocação de implantes de silicone é uma cirurgia complexa que apresenta altos índices de reoperação, mesmo nas mãos de cirurgiões experientes¹⁻³. O motivo é o fato de ser cirurgia com princípios conflitantes; enquanto na mastopexia existe a retirada de pele, na

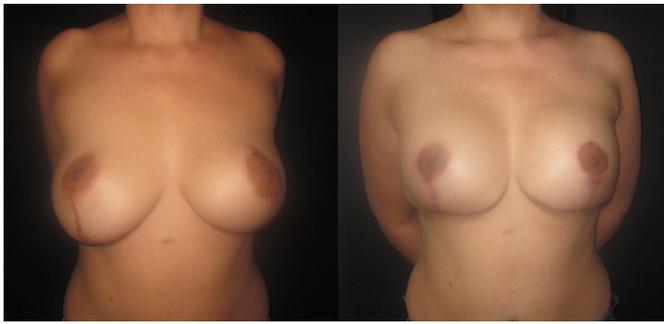


Figura 5. Frente. Pré e pós-operatório de 12 meses. Paciente submetida a nova mastopexia com redução de implantes de 360 mL para 285 mL e mudança do plano subglandular para submuscular.

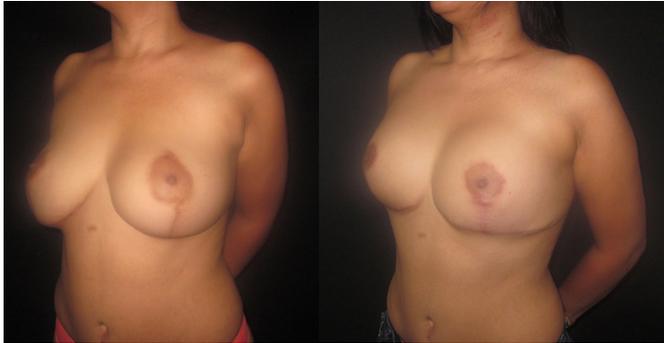


Figura 6. Mesma paciente da Figura 5 em posição oblíqua evidenciando a perda de projeção no polo superior e o abaulamento do polo inferior.



Figura 7. Mesma paciente da Figura 5 em decúbito dorsal evidenciando o deslocamento inferolateral do implante direito.

mamoplastia de aumento há a expansão dos tecidos¹. Na mamoplastia redutora, o conflito é ainda maior, pois o objetivo da operação é a redução das mamas com retirada de tecido mamário, e a colocação de uma prótese de silicone produz justamente o efeito contrário, obrigando o cirurgião a retirar mais tecido mamário para obter o mesmo resultado com relação à operação sem os implantes⁵. Este conflito aumenta o grau de dificuldade da operação e a possibilidade de complicações⁴, sendo o motivo pelo qual muitos cirurgiões preferem realizar a operação em dois estágios^{6,7}.

No presente estudo, recebemos uma paciente com necrose total do complexo areolomamilar. Apesar de autores sugerirem o risco aumentado de necrose nas mastopexias com implantes¹, este tipo de complicação não pode ser atribuído apenas ao fato da combinação das operações, já que estudos recentes mostraram que não existe aumento significativo do risco de necrose com esta combinação^{4,8}. Por outro lado, complicações menores, relacionadas aos tecidos, podem acometer uma a cada três pacientes operadas⁸. Metade das pacientes deste estudo queixavam-se de assimetria mamária e de alterações cicatriciais, especialmente cicatriz hipertrófica, corroborando a literatura que mostra aumento significativo de complicações relacionadas aos tecidos em pacientes com cirurgias combinadas^{3,4,8}.

No Brasil, a colocação de implantes de silicone em mamoplastias redutoras foi proposta por Saldanha⁵, com uma publicação ilustrada com bons resultados estéticos, mas sem nenhuma menção a complicações ou reoperações. Considerando que a colocação do implante de silicone não é fundamental para atingirmos o objetivo de uma mamoplastia redutora, levantamos alguns questionamentos sobre esta indicação. O primeiro é com relação aos implantes e aos riscos inerentes aos mesmos, em estudos controlados de acompanhamento por 10 anos, para aprovação pelo Food and Drug Administration, nos Estados Unidos, as complicações relacionadas aos implantes são altas. Em um prazo de 10 anos, uma a cada três pacientes que possuem implantes mamários são submetidas à reoperações⁹. No período de 10 anos, a literatura relata rupturas em 8,5%⁹ a 24,2%¹⁰ das pacientes e contraturas em 15,8%⁹ a 20,5%¹⁰. Além disso, existem os linfomas anaplásicos de células gigantes relacionados aos implantes mamários, e cuja incidência de diagnóstico tem aumentado muito nos últimos cinco anos¹¹. Pensando no princípio hipocrático *Primum non nocere*, e considerando os riscos inerentes aos implantes bem como o fato que seu uso em mamoplastias redutoras não é fundamental para atingirmos o objetivo da operação, o autor prefere não utilizar implantes mamários de rotina nas mamoplastias redutoras primárias.

No presente estudo, percebemos que grande parte das mulheres que solicitam colocação de implantes em mamoplastias possuem expectativas irreais a respeito do efeito do implante mamário de silicone. Cerca de um terço das pacientes deste estudo que se consultaram com desejo de reoperar as mamas, apresentavam resultados estéticos bons, muito superiores aos resultados que ilustram as publicações internacionais^{3,4,9} e a reoperação foi contraindicada. Supomos que a exigência das brasileiras com relação ao resultado é muito maior que das mulheres americanas e europeias. Acreditamos que essas expectativas irreais são exacerbadas por informações inadequadas divulgadas por leigos na internet, com postagem de resultados de antes e depois, mostrando, na maioria das vezes, resultados imediatos de pacientes recém-operadas com grande projeção do polo superior devido ao edema. Hoffman¹² também observou que “as pacientes veem fotos pela internet e acabam esperando resultados que os cirurgiões plásticos não conseguem alcançar”, sendo este o motivo de muitos processos judiciais. O fato da queixa mais frequente das pacientes deste estudo, especialmente nos casos em que não foi indicada a reoperação, ser a perda de projeção no polo superior, que é natural após a regressão do edema e acomodação dos tecidos, corrobora essa impressão. Por este motivo, é imprescindível que o cirurgião plástico passe tempo suficiente com sua paciente para entender suas expectativas com relação à cirurgia¹², e que atue como um educador discutindo o que é apresentado nos meios de comunicação e os resultados reais que podem ser obtidos pela cirurgia plástica.

Todas as pacientes que realizaram a operação primária com outro cirurgião plástico foram encorajadas a retornarem para reoperação com o mesmo médico. O autor sempre orienta que complicações e necessidade de retoque podem acontecer com qualquer cirurgião, e acontece inclusive com suas pacientes. Assim, deixamos claro que essas intercorrências fazem parte da rotina da cirurgia plástica, valorizando a especialidade e desencorajando demandas judiciais. Devemos ter muito cuidado ao atender as complicações dos colegas, evitando comentários que possam denegrir a imagem do mesmo ou da nossa especialidade. Sabemos que a cirurgia plástica é uma especialidade de meio e não de resultado¹³ e todos estamos sujeitos a complicações. A satisfação de receber agradecimento dos colegas pela condução ética do caso é muito superior a

qualquer ganho financeiro que poderia ser auferido com a operação.

CONCLUSÃO

As mamoplastias redutoras e mastopexias associadas a implantes de silicone são cirurgias plásticas que possuem alto grau de complexidade. O índice elevado de complicações e a alta exigência das pacientes com o resultado fazem com que muitas pacientes fiquem insatisfeitas com o resultado e sejam candidatas a reoperação. A maior queixa das pacientes que consultam para reoperação é a perda de projeção no polo superior e o abaulamento do polo inferior; porém, cerca de um terço das pacientes insatisfeitas possuem resultados acima do padrão esperado para essas cirurgias. O cirurgião plástico deve entender bem os desejos das pacientes e informá-las sobre os riscos das mamoplastias redutoras e mastopexias associadas aos implantes de silicone e sobre os possíveis resultados e limitações da operação.

REFERÊNCIAS

1. Spear S. Augmentation/mastopexy: "surgeon, beware". *Plast Reconstr Surg.* 2003 Sep; 112(3):905-6.
2. Spear SL, Boehmler JH 4th, Clemens MW. Augmentation/mastopexy: a 3-year review of a single surgeon's practice. *Plast Reconstr Surg.* 2006 Dec; 118(7 Suppl):136S-147S.
3. Patronella CK, Mentz HA, Johnson-Alviza J. The delay fill technique: a safer approach to combination augmentation mastopexy. *Semin Plast Surg.* 2015; 29(2):85-93. doi:10.1055/s-0035-1549049.
4. Doshier LJ, Eagan SL, Shock LA, Henry SL, Colbert SH, Puckett CL. The subtleties of success in simultaneous augmentation-mastopexy. *Plast Reconstr Surg.* 2016; 138(3):585-92.
5. Saldanha OR, Maloof RG, Dutra RT, Luz OAL, Filho OS, Saldanha CB. Mamoplastia redutora com implante de silicone. *Rev Bras Cir Plást.* 2010; 25(2):317-24.
6. Nahai F, Fisher J, Maxwell PG, Mills DC. Augmentation mastopexy: to stage or not. *Aesthetic Surg J.* 2007; 27(3):297-305.
7. Bassem N, Mark M, Zachary N. Two-stage breast augmentation-mastopexy: how many return for the mastopexy? *Plast Reconstr Surg.* 2014; 133(2):233e-234e.
8. Swanson E. All seasons vertical augmentation mastopexy: a simple algorithm, clinical experience, and patient-reported outcomes. *Plast Reconstr Surg Global Open.* 2016; 4(12):e1170.
9. Stevens WG, Calobrace MB, Alizadeh K, Zeidler KR, Harrington JL, d'Incelli RC. Ten-year core study data for sientra's food and drug administration-approved round and shaped breast implants with cohesive silicone gel. *Plast Reconstr Surg.* 2018 Apr; 141(4S Sientra Shaped and Round Cohesive Gel Implants):7S-19S.
10. Canada. Health Canada. Drugs and health products, summary basis of decision (SBD) for Mentor MemoryGel™ silicone gel-filled breast implants. Mentor Corporation; 2014. Date Issued: January 16, 2014. Disponível em: <https://hpr-rps.hres.ca/regcontent/summary-basis-decision-medical-device-detailOne.php?lang=en&linkID=SB000412>. Acesso em: May 20, 2018.
11. de Boer M, van Leeuwen FE, Hauptmann M, Overbeek LIH, de Boer JP, Hijmering NJ, Sernee A, Klazen CAH, Lobbes MBI, van der Hulst RRWJ, Rakhorst HA, de Jong D. Breast implants and the risk of anaplastic large-cell lymphoma in the breast. *JAMA Oncol.* 2018 Mar; 4(3):335-41.
12. Hoffman S. Some thoughts on augmentation/mastopexy and medical malpractice. *Plast Reconstr Surg.* 2004; 113(6):1892-3.
13. Resolução 1.621/2001, artigo 4º. Conselho Federal de Medicina. Disponível em: http://www.portalmedico.org.br/resolucoes/cfm/2001/1621_2001.htm. Acesso em: May 20, 2018.

*Endereço Autor:

Lauro José Victor Avellan Neves

Rua Professor Júlio Mourão, 342, Belo Horizonte, MG, Brasil

CEP 30380-340

E-mail: lauroavellan@gmail.com

Rinomodelação com silicone, complicando com fibrose e deformidade nasal: relato de caso e seu tratamento



MARCUS VINÍCIUS
CAPANEMA GONÇALVES ^{1*}

SERGIO MOREIRA DA COSTA ¹
LILIANE CARVALHO JAMIL ¹
PAULA PIMENTEL LEITE ROCHA ¹
CAMILA MATOS VERSIANI ¹
ANDREIA SOUTO DA MOTTA ¹

DOI: 10.5935/2177-1235.2019RBCP0127

INTRODUÇÃO

O nariz sempre foi foco de estudos e experimentos para correções de deformidades, devido a sua importância na estética e harmonização facial. Têm-se relatos de reconstrução nasal cirúrgica desde a Idade Média, mas foi no início do século XX que Broeckaert, inicialmente, descreveu o uso de parafina líquida para preenchimento e correção de pequenas deformidades nasais¹.

Desde então, o uso de preenchedores usando diversos materiais, sendo o mais comum ácido hialurônico, surgiu como alternativa para correção de pequenos defeitos no nariz, em vez da rinoplastia, ou como complementação cirúrgica.

Apesar de ser considerada minimamente invasiva e com menores riscos, se comparada com a rinoplastia cirúrgica, o uso de preenchedores nasais não é isento de complicações como infecção, deformidade, necrose de pele, dentre outros, além de não possuir resultado duradouro.

OBJETIVO

Descrever um caso de um adulto jovem submetido à rinomodelação com silicone, complicando com deformidade nasal, e seu tratamento com rinoplastia aberta reparadora.

RELATO DE CASO

Paciente D.F.S, sexo feminino, 21 anos, foi submetida há 3 anos a rinoplastia e rinomodelação com silicone. Um ano após o procedimento evoluiu com calor, rubor e edema local, com drenagem ocasional de secreção seropurulenta. Tratada com antibióticos e cuidados locais, com resolução parcial. Desde então, evoluiu com episódios recorrentes semelhantes, resultando em deformidade e endureção progressiva em ponta nasal. Foi submetida a tratamento com corticoide injetável (triancinolona) durante exacerbações, também com resolução parcial e recidiva. Negou outros procedimentos estéticos, comorbidades ou uso regular de medicação.

Realizou tomografia computadorizada de face que evidenciou imagem sugestiva de corpo estranho em ponta nasal (Figuras 1, 2, 3 e 4).

RESUMO

Procedimentos estéticos minimamente invasivos, como toxina botulínica e preenchimento facial, têm ganhado cada vez mais espaço, principalmente para correção de pequenos defeitos e sinais de envelhecimento da face. Dentre eles, surgiu a rinomodelação, com injeção de substâncias diversas para correção de pequenas deformidades nasais, com resultados estéticos imediatos satisfatórios, porém, sem resultado em longo prazo ou funcional, e não isenta de riscos e complicações. Apresentamos o caso de uma jovem submetida à rinomodelação com silicone, evoluindo com fibrose e deformidade nasal, tratada com rinoplastia aberta.

Descritores: Rinoplastia; Rinomodelação; Silicone; Preenchedores; Ácido hialurônico.

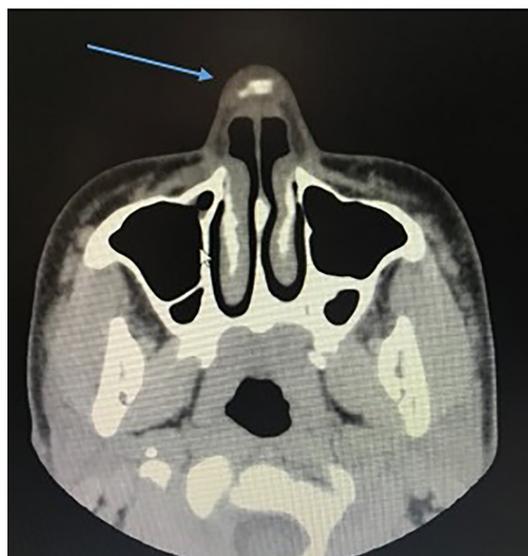


Figura 1. Imagem de tomografia computadorizada e reconstrução, evidenciando corpo estranho em ponta nasal (setas).

O exame físico mostrou ponta nasal globosa, endurecida, com presença de pontos de eritema e descamação local, e consistência fibrosa, resultantes de um possível processo inflamatório crônico, além de dorso sem sustentação e côncavo (Figuras 5 e 6).

Foi submetida a tratamento com rinoplastia aberta para retirada de corpo estranho e correção de deformidade.

No intraoperatório, evidenciamos distorção importante das cartilagens nasais, além de massa fibrótica em ponta nasal, encapsulada, firmemente aderida aos planos adjacentes, com drenagem de secreção purulenta em pequena quantidade. Também foram identificadas lâminas de material transparente e maleável (Figura 7).

O tratamento incluiu a ressecção da massa e de corpo estranho, reestruturação da ponta nasal com *strut* columelar

¹ Hospital Felício Rocho, Belo Horizonte, MG, Brasil.



Figura 2. Imagem de tomografia computadorizada e reconstrução, evidenciando corpo estranho em ponta nasal (setas).



Figura 3. Imagem de tomografia computadorizada e reconstrução, evidenciando corpo estranho em ponta nasal (setas).



Figura 4. Imagem de tomografia computadorizada e reconstrução, evidenciando corpo estranho em ponta nasal (setas).



Figura 5. Ponta nasal com deformidade.



Figura 6. Ponta nasal com deformidade.

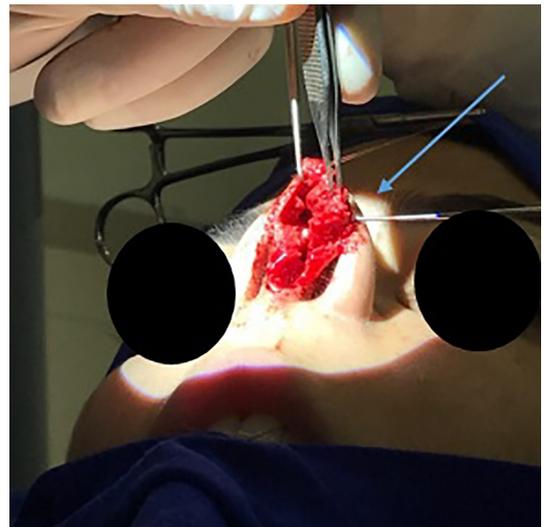


Figura 7. Intraoperatório evidenciando massa fibrótica em ponta nasal (seta), com deformidade parcial de cartilagens alares.

e enxerto picado de cartilagem autóloga, retirada do septo nasal e concha auricular direita, que também foi usado para estruturação do dorso nasal (Figuras 8 e 9).



Figura 8. Resultado final pós-rinoplastia.



Figura 9. Resultado final pós-rinoplastia.

O anatomopatológico de peça cirúrgica diagnosticou processo inflamatório em atividade, com corpo estranho com características de silicone (Figuras 10 e 11).

RESULTADOS

A paciente D.F.S. evoluiu sem intercorrências, com resultado estético e funcional satisfatórios, mostrando-se muito satisfeita com o resultado final (Figuras 12, 13 e 14).

DISCUSSÃO

O uso de preenchedores nasais tem ganhado cada vez mais espaço no tratamento estético do nariz, por proporcionar resultados imediatos e mais rápida recuperação pós-operatória, se comparado com a rinoplastia cirúrgica.

Vários materiais já foram descritos para preenchimento nasal, sendo o primeiro relato no início do século XX, com parafina líquida¹. Ainda nesse período, surgiu o silicone injetável como alternativa para contorno corporal, tendo seu apogeu na década de 1950, no Japão, principalmente em mulheres e transexuais que desejavam aumentar seios e glúteos².

O silicone está presente sob três formas: líquida, gel e elastômero. A forma líquida é barata e de fácil manipulação, sendo amplamente difundida naquela época. Com isso, veio seu uso indiscriminado, com uso de silicone industrial e por pessoas sem qualificação, levando a complicações catastróficas e seu eventual abandono².

O silicone líquido em sua forma injetável é formado por polímeros longos de dimetilsiloxane. Ao ser injetado no organismo, ele sofre uma reação de corpo estranho, com atração inicialmente de neutrófilos para o local injetado, que são substituídos gradualmente por linfócitos e células gigantes. Esse infiltrado inflamatório vai provocar uma reação fibrótica, com formação de cápsula e deposição de colágeno entre os polímeros de silicone, com formação de pseudocistos. Essa fibrose pode se

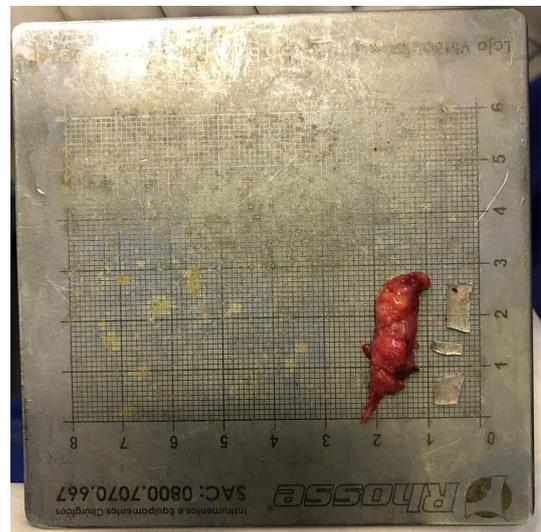


Figura 10. Peça cirúrgica íntegra (esquerda) e aberta (direita), com fragmentos de silicone.



Figura 11. Peça cirúrgica íntegra (esquerda) e aberta (direita), com fragmentos de silicone.

tornar calcificada, adquirindo consistência pétrea, endurecida, com irregularidades na superfície cutânea.

As complicações do uso de silicone incluem edema, equimose, eritema e discromia. Além disso, o silicone, ao ser injetado, sofre migração para tecidos adjacentes, além de ser fagocitado, cair na corrente linfática e atingir órgãos a distância. Outros efeitos em longo prazo incluem granuloma e supercorreção que, por ser material aloplástico permanente, dificulta muito seu tratamento.

Em uma revisão da literatura sobre rinomodelação com silicone, a maior amostragem encontrada foi do trabalho de Richard Webster *et al.*², em que eles acompanharam, por 20 anos, 347 submetidos à complementação de rinoplastia cirúrgica com rinomodelação usando silicone injetável em baixas doses, com várias sessões espaçadas, totalizando 1.937 aplicações. Eles mostraram que, quando usado em pequena quantidade e por profissionais experientes (foi utilizado menos de 100 mL de silicone, quantidade menor que normalmente era injetado em únicas sessões de aumento mamário e contorno corporal), o silicone tem poucas complicações em longo prazo. Em seu trabalho, a principal complicação foi eritema da área injetada, que permaneceu por longo tempo, encontrado em 10% dos



Figura 12. Resultado pós-operatório, 1 mês e meio pós-cirurgia.



Figura 13. Resultado pós-operatório, 1 mês e meio pós-cirurgia.



Figura 14. Resultado pós-operatório, 1 mês e meio pós-cirurgia.

pacientes. Não houveram complicações como necrose de pele ou amaurose. Nem formação de granulomas de corpo estranho.

Atualmente, o material mais utilizado para rinomodelação é o ácido hialurônico, com resultados durando de 6 a 24 meses².

O ácido hialurônico é um polissacarídeo com propriedades hidrofílicas que provocam aumento do tecido injetado. Apesar de considerado um procedimento minimamente invasivo, não é isento de riscos e complicações, sendo as mais frequentes hematomas, edema, dor, infecção e oclusão vascular com consequente necrose de pele, sendo esta a complicação mais catastrófica, resultado da oclusão da artéria do dorso nasal ou nasal lateral. No caso da artéria do dorso nasal, ramo da artéria oftálmica, pode ocorrer amaurose pelo refluxo retrógrado.

Uma série de 280 pacientes submetidos à rinomodelação com ácido hialurônico¹, pelo mesmo método de aplicação e acompanhamento, mostrou apenas complicações mínimas como edema, dor local e pequenos hematomas de rápida resolução, mostrando que o uso de preenchedores, quando feito por médicos especializados com conhecimento amplo na anatomia facial, é procedimento seguro, com riscos pequenos.

No entanto, o uso de preenchedores não tem efeito duradouro em longo prazo, além do resultado ser puramente estético, não tratando a parte funcional e problemas respiratórios, que levam às deformidades nasais definitivas. Sendo assim, a rinoplastia cirúrgica ainda é considerada o padrão-ouro para correções do nariz^{1,3,4}.

CONCLUSÃO

Apesar da promessa de resultados imediatos, rápidos e com menores efeitos colaterais, a rinomodelação com preenchedores não é isenta de riscos e complicações, além de não fornecer resultado duradouro e não tratar funcionalmente defeitos respiratórios. Assim, a rinoplastia cirúrgica ainda é considerada padrão-ouro para correção de deformidades nasais.

REFERÊNCIAS

1. Coimbra DD, Oliveira BS, Uribe NC. Preenchimento nasal com novo ácido hialurônico: série de 280 casos. *J Cosmet Dermatology*; 2015.
2. Webster RC, Hamdan US, Gaunt JM, Fuleihan NS, Smith RC. Rhinoplastic revisions with injectable silicone. *Arch Otolaryngol Head Neck Surg*. 1986; 112(3):269-76.
3. Radaelli A. Medical rhinoplasty with hyaluronic acid and botulinum toxin A: A very simple and quite effective technique. *J Cosmet Dermatol*. 2008; 7(3):210-20.
4. Maio M. The minimal approach: an innovation in facial cosmetic procedures. *Aesth Plast Surg*. 2004; 28(5):295-300.

*Endereço Autor:

Marcus Vinícius Capanema Gonçalves

Alameda Oscar Niemeyer 1100/1501C, Vila da Serra - Nova Lima, MG, Brasil

CEP 34000-000

E-mail: marcusvic1@hotmail.com

Relato de caso: retenção urinária persistente após abdominoplastia em paciente HIV-Positivo



PAULA VALENTE DA SILVA ^{1*}

PEDRO HENRIQUE RODRIGUES CRUZ ¹

NATHÁLIA VILLARINS PEDROSA ¹

DARLEN RODRIGUES VIEIRA ²

GABRIEL BUDDIN AFFONSO ¹

AMANDA MUDESTO DIAS COSTA ¹

DOI: 10.5935/2177-1235.2019RBCP0128

INTRODUÇÃO

A fisiologia do sistema urinário é coordenada através da interação de vias sensoriais e motoras do sistema nervoso central e do sistema nervoso periférico¹. Devido à complexidade dos mecanismos neurais envolvidos no sistema urinário, o processo fisiológico se torna sensível a múltiplas lesões e doenças, causando alterações funcionais na micção².

Pacientes portadores da síndrome da imunodeficiência adquirida (SIDA) podem apresentar disfunção miccional, estando a neuropatia periférica presente em 9-16% desses pacientes, que apresentam clinicamente sintomas de escorrimento, urgência urinária ou retenção urinária¹. Em uma série de casos com 18 pacientes portadores de SIDA, a avaliação urodinâmica revelou retenção urinária em 56% dos pacientes³.

A avaliação diagnóstica dos pacientes com patologias envolvendo a bexiga, como a bexiga hiperativa (OAB), incontinência e bexiga subativa (UAB), inicia-se com uma história da sintomatologia do paciente, além da pesquisa de doenças de base e cirurgias prévias. Já os exames complementares urodinâmicos são fundamentais para avaliar objetivamente os distúrbios vesicais⁴.

O arsenal terapêutico para tais patologias englobam medidas comportamentais, medidas farmacológicas e procedimentos cirúrgicos no intuito de melhorar a sintomatologia, reduzir o risco de complicações e melhorar a qualidade de vida dos pacientes⁴.

O presente relato visa apresentar um caso de retenção urinária persistente após abdominoplastia em paciente portador de HIV.

RELATO DE CASO

Paciente R.M.S.C., sexo feminino, 47 anos, portadora de lipodistrofia por uso de terapia antirretroviral para tratamento de infecção pelo HIV. Negava comorbidades associadas e tabagismo. Como história médica prévia, relatava um parto

RESUMO

Os autores apresentam o relato de caso de uma paciente de 47 anos portadora de lipodistrofia por uso de terapia antirretroviral para tratamento de infecção pelo HIV, com quadro de retenção urinária persistente após ser submetida à lipoabdominoplastia associada à lipoaspiração do púbis, dorso e lipoinjeção glútea. Foi encaminhada para o serviço de Urologia do HU-UFJF que, após a realização do exame de urodinâmica, levantou-se a hipótese diagnóstica de bexiga subativa secundária a infecção pelo HIV e agudizada pelo trauma cirúrgico. Pouco se sabe sobre esta patologia e as informações na literatura são escassas. Acredita-se que a SIDA provoque a destruição dos nervos que controlam a bexiga, causando a sua distensão progressiva e indolor. Consideramos que este relato à comunidade de cirurgia plástica poderá chamar atenção para essa patologia, ainda pouco difundida no meio acadêmico e que traz complicações graves no pós-operatório.

Descritores: Bexiga subativa; SIDA; Retenção urinária; Abdominoplastia.

vaginal e uma cauterização por alta frequência (CAF) no colo uterino.

Ao exame físico: lipodistrofia localizada em região abdominal, dorso e glútea, grande acúmulo de gordura pubiana e abdome em pequeno avental (Figuras 1 e 2).



Figura 1. Pré-operatório.

Em 16/08/2017, foi submetida à lipoabdominoplastia associada à lipoaspiração pubiana e dorso, além de lipoinjeção glútea sob anestesia peridural. Após 24 horas do procedimento realizado, recebeu alta hospitalar sem apresentar sangramento ou qualquer outra complicação pós-operatória.

Em acompanhamento ambulatorial, no 7^o dia de pós-operatório (DPO) foi observado hematoma, tratado com drenagem por punção. No 14^o DPO, retorna com quadro de

¹ Universidade Federal de Juiz de Fora, Juiz de Fora, MG, Brasil.

² Sociedade Brasileira de Cirurgia Plástica, Minas Gerais, MG, Brasil.



Figura 2. Pré-operatório.

retenção urinária. Ao exame físico, foi palpado bexigoma e drenado 2.000 mL de urina por sondagem vesical de alívio. Após 3 dias, no 17º DPO, a paciente retorna com nova retenção urinária e é optado por mantê-la com sondagem vesical de demora e solicitada avaliação ambulatorial do Serviço de Urologia. No 28º DPO, paciente evoluiu com infecção de ferida operatória, seguida de deiscência por necrose da parte distal do retalho. Colhida cultura de secreção por *swab*, cujo resultado foi *Streptococcus pyogenes* multissensível. Solicitado parecer e acompanhamento da Infectologia, que orientou antibioticoterapia de 1 dia de ciprofloxacino, seguido de 5 dias de teicoplanina e amicacina, e então alta domiciliar com amoxicilina + clavulanato por mais 7 dias. Quanto à necrose de parede, optado por tratamento conservador, que evoluiu bem, tendo a paciente recebido alta domiciliar após 8 dias.

Manteve acompanhamento ambulatorial com Cirurgia Plástica (Figuras 3 e 4) e Urologia. Esta última equipe solicitou estudo urodinâmico, cujo resultado mostrou diminuição da sensibilidade com aumento da capacidade e hipocontratilidade detrusora com alto resíduo pós-miccional. Aventada hipótese diagnóstica de neuropatia pelo HIV, agudizada pelo trauma cirúrgico, que evoluiu com cronificação. Optado por tratamento com sondagem vesical intermitente domiciliar, sem alteração do quadro desde então.

DISCUSSÃO

A prevalência do HIV continua a crescer nos Estados Unidos e no mundo. Os pacientes HIV-positivos experimentam muitos processos de doenças geniturinárias⁵.

A função normal da bexiga depende da interação complexa das vias sensitivas e motoras. A disfunção vesical pode se desenvolver como resultado de várias condições neurológicas, sendo a neuropatia diabética a causa mais comum. A síndrome de Guillain-Barré (GBS), a neuropatia associada ao vírus da imunodeficiência humana (HIV), a polineuropatia desmielinizante inflamatória crônica (PDIC) e a neuropatia amiloide são outras causas importantes¹. O diabetes *mellitus* e a SIDA são doenças que afetam os nervos periféricos e podem causar retenção urinária. Nestas doenças, ocorre destruição dos nervos que controlam a bexiga, causando a sua distensão progressiva e indolor⁶.

As patologias envolvendo a bexiga compreendem a bexiga hiperativa (OAB), incontinência e bexiga subativa (UAB) ou bexiga obstrutiva, em que o fluxo de urina é bloqueado.

A bexiga hiperativa é uma condição urológica bem conhecida e comum. No entanto, o termo hipoatividade do



Figura 3. Pós-operatório de 6 meses.



Figura 4. Pós-operatório de 6 meses.

detrusor e seus sintomas e sinais associados permanecem cercados por ambiguidade e confusão, com a falta de terminologia, definição, métodos e critérios diagnósticos aceitos.

As bexigas hipotônicas geralmente são indolores, flácidas, distendidas e apresentam constante extravasamento de pequenas quantidades de urina (gotejamento por superfluxo)⁷.

A avaliação diagnóstica começa com a tomada da história detalhada do paciente, a respeito do surgimento dos sintomas e suas características, além de queixas passadas da função urinária e também de outros sistemas, como aparelhos intestinal, sexual e neurológico. Os procedimentos cirúrgicos pélvicos prévios devem ser investigados. Já a urodinâmica, único método de observação objetiva, é de suma importância, pois o exame possibilita o diagnóstico e auxilia na escolha da abordagem adequada⁴.

O tratamento busca melhorar a qualidade de vida do paciente, atenuando os sintomas de retenção, protegendo o trato urinário superior e diminuindo as possíveis complicações. Porém, há ainda muitas falhas a serem resolvidas quanto a esse assunto⁴.

Atualmente, a terapêutica adotada são técnicas comportamentais como: micção dupla e a programação das idas ao banheiro. Medidas como cinesioterapia do assoalho pélvico e biofeedback também são utilizadas. Em pacientes com elevado resíduo pós-miccional, está indicado o uso de cateterismo intermitente limpo. O diário miccional é importante, pois nos informa sobre a gravidade do quadro⁴.

O tratamento farmacológico é limitado, mas existem algumas drogas que agem aumentando a atividade contrátil do músculo detrusor e diminuindo a capacidade da bexiga, e reduzindo a resistência de saída. A farmacoterapia-padrão para UAB costumava ser parassimpaticomiméticos, tais como betanecol, mas devido a sua pouca seletividade, traz consigo muitos efeitos secundários. Novas drogas estão sendo

desenvolvidas para atingir as vias moleculares aos níveis do urotélio, do músculo detrusor e dos sistemas nervosos periférico e central.

OBJETIVO

Relatar a intercorrência de uma paciente HIV positivo que evoluiu com retenção urinária no pós operatório.

CONCLUSÃO

Disfunções urinárias secundárias a neuropatia periférica em pacientes HIV positivos devem constar no diagnóstico diferencial nos casos de retenção urinária pós operatório.

REFERÊNCIAS

1. Burakgazi AZ, Alsowaity B, Burakgazi ZA, Unal D, Kelly JJ. Bladder dysfunction in peripheral neuropathies. *Muscle Nerve*; 2012 Jan.
2. Fowler CJ, Griffiths D, Groat WC. The neural control of micturition. *Nature reviews. Neuroscience* 9.6 2008; 453-66. PMC. Web. 1 July 2018.
3. Aldamanhori R, Chapple CR. Underactive bladder, detrusor underactivity, definition, symptoms, epidemiology, etiopathogenesis, and risk factors. *Curr Opin Urol*. 2017 May; 27(3):293-9.
4. Ladi-Seyedian SS, et al. Pharmacological treatments available for the management of underactive bladder in neurological conditions. *Expert Rev Clin Pharmacol*; 2017.
5. Lebovitch S, Mydlo JH. HIV-AIDS: urologic considerations. *Urol Clin North Am*. 2008 Feb; 35(1):59-68.
6. Osman NI, et al. Detrusor underactivity and the underactive bladder: a new clinical entity? A review of current terminology, definitions, epidemiology, a etiology, and diagnosis bladder underactivity. *European Urology*. 2014 feb; 65(2):399-401.
7. Vale P. Linhas orientadoras do tratamento da bexiga neurogênica. *Acta Med Port*. 1999; 12:1-3.

***Endereço Autor:**

Paula Valente da Silva

Rua Luz Interior, 500/403, bloco 3, Estrela Sul, Juiz de Fora, MG, Brasil

CEP 36030-776

E-mail: paulavalentemedcp@gmail.com

Necrose extensa em face pós-ritidoplastia: relato de caso



TICIANO CÉSAR TEIXEIRA
CLÓ^{1,2*}

WALTER FERRAZ FLÁVIO JÚNIOR^{1,2,3}
FELIPE XAVIER CLÓ⁴

DOI: 10.5935/2177-1235.2019RBCP0129

INTRODUÇÃO

A preocupação com a velhice e com um possível rejuvenescimento existe desde tempo muito remoto. Não se sabe ao certo quando tiveram início os procedimentos cirúrgicos com finalidade exclusiva de rejuvenescimento facial – isso porque eram praticados sob sigilo e em regime ambulatorial, e os cirurgiões que as faziam eram considerados argentários e seus pacientes possuidores de vaidade excessiva^{1,2}.

O tratamento cirúrgico para o envelhecimento facial é a ritidoplastia ou *face lift*. Suas principais complicações são hematoma, seroma, deiscências, infecções, lesões nervosas, necrose de pele, hipertrofias cicatriciais, injúrias parotídeas e deformidades em lóbulo de orelha¹⁻⁷.

Dentre todas, a complicação mais frequente continua sendo o hematoma que, em algumas situações, pode comprometer a vascularização do retalho levando a necrose tecidual e exigir reabordagem cirúrgica³⁻¹².

OBJETIVO

O artigo visa expor e discutir um caso clínico de ritidoplastia que evoluiu com grande hematoma bilateral seguido por rápida e extensa necrose de face, também bilateral.

MÉTODO

A partir da exposição de um caso clínico de ritidoplastia que intercorreu com hematoma facial bilateral com conseguinte necrose facial extensa, procurou-se discutir sobre maneiras de se prevenir e tratar tais complicações, além dos fatores associados, casuística pessoal e da literatura, diagnóstico e cuidados específicos no manejo pós-operatório.

RESUMO

Introdução: Necrose do retalho cutâneo representa uma importante complicação cirúrgica pós-ritidoplastia, de difícil tratamento e com possibilidade de graves deformidades. **Métodos:** Por meio do relato de caso de ritidoplastia que evoluiu com grande necrose bilateral, objetiva-se discutir os diversos aspectos desta complicação pós-operatória. **Resultados:** Homem de 62 anos, submetido a ritidoplastia, que apresentou grande hematoma expansivo bilateral tratado com drenagem cirúrgica. Evoluiu rapidamente com necrose bilateral pré-auricular do retalho cutâneo. Após tratamento conservador, houve completa retração e epitelização da ferida, seguido de correção cirúrgica das cicatrizes com ótimo resultado. Quando a necrose se instala rapidamente inviabilizando tentativas de melhora da perfusão local, as opções de tratamento tornam-se limitadas: desbridamentos que devem ser tardios e conservadores, cicatrizações por segunda intenção e curativos diversos. **Conclusão:** Mesmo em grandes necroses de face, é possível se obter ótimos resultados finais através de tratamento conservador e pouco intervencionista.

Descritores: Face; Ritidoplastia; Hematoma; Necrose; Isquemia; Cirurgia plástica.

RESULTADOS

Trata-se de paciente VPA de 62 anos, masculino, com queixas de envelhecimento facial (excesso de pele e flacidez em região palpebral, em terço médio e inferior da face). Portador de doença de Parkinson controlada, nunca foi submetido a nenhum tipo de tratamento estético na face, seja minimamente invasivo ou cirúrgico.

Foi submetido a *lift* cervicofacial seguindo os princípios do *round-lift* de Pitanguy. Foram realizadas incisões pré-pilosa temporal oblíqua, pré-auricular anterior ao tragus, retroauricular e mastoidea intrapilosa. Realizou-se dissecação e tração do SMAS pré-auricular com ressecção do excesso. Submetido também a blefaroplastia superior e lipoaspiração cruzada de região cervical e submentoniana.

A cirurgia foi realizada no período da manhã e ocorreu sem intercorrências.

Ao final da tarde, apresentou hematoma expansivo de face bilateral – de grande volume à esquerda e moderado à direita. Foi encaminhado ao Bloco Cirúrgico onde foram retiradas algumas suturas pré e retroauriculares, com drenagem do hematoma (cerca de 150 mL à esquerda). A área descolada foi então lavada com soro fisiológico gelado e realizada compressão local, seguido de enfaixamento e leve compressão com espuma.

Não houve recidiva do hematoma.

Entretanto, no dia seguinte, a face apresentava equimoses extensas que camuflaram área de isquemia que evoluiu para necrose.

No retorno do 4º dia de pós-operatório, o que suspeitávamos ser equimose definiu-se como área de necrose já estabelecida. E, em cerca de 7 dias, a mesma já apresentava-se mumificada (Figuras 1 e 2).

¹ Sociedade Brasileira de Cirurgia Plástica, Minas Gerais, MG, Brasil.

² Clínica Cló e Ribeiro, Belo Horizonte, MG, Brasil.

³ Universidade Federal de Minas Gerais, Belo Horizonte, MG, Brasil.

⁴ Faculdade de Medicina da Pontifícia Universidade Católica de Minas Gerais, Belo Horizonte, MG, Brasil.



Figura 1. Área de necrose em hemiface esquerda.



Figura 3. Tecido de granulação em hemiface esquerda.



Figura 2. Área de necrose em hemiface direita.

Importante ressaltar que, ao longo dos primeiros 40 dias de pós-operatório, o paciente foi atendido diariamente pelo cirurgião em sua residência ou no consultório (de maneira intercalada), e só quando o tecido de granulação se desenvolveu é que os curativos passaram a ser feitos com placas de hidrocoloide, e as visitas feitas duas vezes por semana.

Passados 90 dias, a ferida já havia apresentado enorme contração e epiteliação importante com cicatrização quase completa (Figura 4).



Figura 4. Ferida em epiteliação.

Foi optado por tratamento conservador. Iniciado uso de Dersani® nas crostas mumificadas. Realizado desbridamento gradual, e que só se iniciou dias após a mumificação quando as bordas das crostas começaram a se soltar.

Sobre as áreas desbridadas, iniciou-se uso de colagenase. Após desbridamento completo das crostas mumificadas, foi iniciado alginato de cálcio intercalado com hidrocoloide em áreas que já apresentavam crescimento de tecido de granulação (Figura 3).

Por volta do 40º dia de pós-operatório, o tecido de granulação já era exuberante e já havia iniciado processo de contração da ferida; neste período manteve-se curativo com placa de hidrocoloide.

Aos 5 meses de pós-operatório, foi realizada uma cirurgia corretiva somente em hemiface esquerda, visto que a da direita apresentou resultado satisfatório apenas com a cicatrização por segunda intenção. Assim, foi feito descolamento restrito pouco além das áreas cicatriciais, ressecção de cicatriz alargada pré-auricular e também ressecção elíptica em dobras cicatriciais na região mandibular (Figura 5).



Figura 5. Cicatriz formada e marcação pré-operatória de área de descolamento e de ressecção.

Obteve-se resultado de boa qualidade, com boa evolução pós-operatória e sem intercorrências (Figura 6).



Figura 6. Resultado final após cirurgia corretiva.

DISCUSSÃO

Necrose do retalho cutâneo representa uma importante complicação cirúrgica pós-ritidoplastia e, se extensa, é de difícil tratamento, com possibilidade de graves sequelas e amplas deformidades estéticas⁷.

Vários são os fatores que podem ser relacionados à necrose de pele no *face lift*, como tensão exagerada, retalho excessivamente delgado, amplos descolamentos, hematomas, curativos compressivos, diabetes, vasculopatias e o tabagismo, considerado o principal fator de risco⁷⁻¹⁰.

Sabidamente, o cigarro prejudica a cicatrização e vascularização do retalho – a nicotina aumenta a adesividade plaquetária e viscosidade do sangue, o que leva a trombozes oclusivas microvasculares e, conseqüentemente, isquemia tecidual^{7,10}.

Alguns estudos revelam que descolamentos menores e realizados em planos mais profundos estariam associados a menor risco de necroses em *face lift*^{8,10}.

De acordo com a literatura, a incidência de hematoma em *face lifts* é de 0,2% a 8% dos casos³⁻⁸. Já a incidência de necrose de pele, como consequência ou não de hematomas, varia de 0,2% a 3% dos casos^{6,7,8}.

Em nossa casuística, de janeiro de 1992 a março de 2018, foram realizados 1.136 *face lifts* – dados semelhantes a Rohrich, em 23 anos de análise^{3,4}.

A partir de agosto de 2013, o autor dedica-se exclusivamente às cirurgias plásticas faciais, totalizando 484 *face lifts* desde então. Neste período, tivemos o total de 11 hematomas e de 2 necroses, traduzindo uma incidência de 2,2% e de 0,4% dos casos, respectivamente.

Infelizmente, a literatura atual sobre o manejo das necroses de pele em face é escassa e as opções de tratamento limitadas^{1,7,9}. Quando se detecta a isquemia tecidual com sinais de sofrimento de pele, pode-se indicar que tentem melhorar a perfusão (oxigenoterapia hiperbárica, ozonoterapia, entre outros)¹⁻⁹, mas, uma vez instalada a necrose, temos como opções a cicatrização por segunda intenção, desbridamento cirúrgico conservador, administração local de preparações antibióticas, curativos diversos (alginato, sulfadiazina de prata, hidrocloide) e injeções de vitaminas (A, C e E)^{1,7,9}.

A necrose cutânea em face, uma vez estabelecida, deve ser sempre tratada da maneira mais conservadora possível, para evitar aumento de margens cruentas com perda de tecidos viáveis e maiores sequelas^{1,6,7,9}.

A cicatrização por segunda intenção é uma ótima opção em todos os casos, principalmente para pequenas áreas de necrose ao longo da borda do retalho. Independente do tamanho da necrose, o desbridamento deve sempre ser muito conservador e sempre tardio (idealmente aguardando a mumificação completa da lesão e desprendimento espontâneo das crostas, com intuito de não ampliar as margens da ferida), e deixar a revisão das cicatrizes para um momento posterior^{1,6,7,9}.

Outras opções como curativo à vácuo, oxigenoterapia hiperbárica, ozonoterapia (esta ainda experimental) e sutura elástica podem auxiliar na redução do tempo de cicatrização, mas ainda com uso restrito na face^{1,9}.

Além das opções de curativo e tratamentos clínico e cirúrgico aqui descritas, a literatura existente sobre o manejo da necrose do retalho de pele após a ritidoplastia é exígua e exige maior estudo e investimento por parte dos cirurgiões plásticos^{1,7}.

CONCLUSÃO

Ao término do tratamento foi possível constatar que, uma vez instalada uma necrose de grandes proporções em um retalho de pele da face, é possível se obter resultados estéticos de boa qualidade com um tratamento conservador que envolve apenas cuidados locais com curativos diários por várias semanas, além

de desbridamentos conservadores e tardios, associado a apenas uma revisão cirúrgica de pequena monta realizada cinco meses depois da primeira cirurgia. O poder de contração da ferida na região pré-auricular provou ser bem maior que imaginávamos, o que foi de grande valia para o resultado final do processo.

REFERÊNCIAS

1. Pontes R. O universo da ritidoplastia. Rio de Janeiro: Revinter; 2011.
2. Castro CC. Ritidoplastia: arte e ciência. Di Livros; 2007.
3. Rohrich RJ, Narasimhan K. Long-term results in face lifting: observational results and evolution of technique. *Plast Reconstr Surg.* 2016 July; 138(1):97-108.
4. Ramanadham SR, Mapula S, Costa C, Narasimhan K, Coleman JE, Rohrich RJ. Evolution of hypertension management in face lifting in 1.089 patients: optimizing safety and outcomes. *Plas Reconstr Surg.* 2015 April; 135(4):1037-43.
5. Baker DC, Stefani WA, Chiu ES. Reducing the incidence of hematoma requiring surgical evacuation following male rhytudectomy: a 30-year review of 985 cases. *Plast Reconstr Surg.* 2005 Dec; 116(7):1973-85.
6. Pitanguy I, Ramos H, Garcia LC. Filosofia, técnica e complicações das ritidectomias através da observação e análise de 2.600 casos pessoais consecutivos. *Rev Brasil Cir.* 1972; 62:277-86.
7. Weissman O, Farber N, Remer E, Tessone A, Trivizki O, Bank J, et al. Post-facelift flap necrosis treatment using charged polystyrene microspheres. *Can J Plast Surg.* 2013 Spring; 21(1):45-7.
8. Mustoe TA, Park E. Evidence-based medicine: face lift. *Plast Reconstr Surg.* 2014 May; 133(5):1206-13.
9. Warren RJ, Neligan P. *Cirurgia plástica: estética.* 3 ed. Rio de Janeiro: Elsevier; 2015; 2:185-207.
10. Parikh SS, Jacono AA. Deep-plane face-lift as an alternative in the smoking patient. *Arch Facial Plast Surg.* 2011 July/Aug; 13(4):283-5.
11. Almeida ARH, Menezes JA, Araujo GKM, Mafra AVC. Utilização de plasma rico em plaquetas, plasma pobre em plaquetas e enxerto de gordura em ritidoplastias: análise de casos clínicos. *Rev Bras Cir Plást.* 2008; 23(2):82-8.
12. Auersvald A, Auersvald LA, Biondo-Simões MLP. Rede hemostática: uma alternativa para prevenção de hematoma em ritidoplastia. *Rev Bras Cir Plást.* 2012; 27(1):22-30.

***Endereço Autor:** Ticiano César Teixeira Cló
Rua República Argentina, 507 - Sion. Belo Horizonte, MG, Brasil
CEP 30315-490
E-mail: clocirurgiaplastica@gmail.com

ÍNDICE DE AUTORES

A

- ABOUDIB JUNIOR, José Horácio Costa**
• Complicações em gluteoplastia 4
- ABREU, Guilherme Chaves De**
• Celulite em face após preenchimento com ácido hialurônico 1
- AFFONSO, Gabriel Buddin**
• Relato de caso: retenção urinária persistente após abdominoplastia em paciente HIV-Positivo. 87
- ALESSI, Mariana Sisto**
• Intercorrências anestésicas respiratórias em palatoplastia do paciente fissurado: relato de dois casos 45
- ALMEIDA, Ataliba Ronan Horta de**
• Tratamento conservador para infecção de tela de polipropileno em correção de hérnia incisional associada à dermolipectomia em pós-bariátrico 38
- ALMEIDA, Augusto César de Melo**
• Hematoma expansivo tardio após ritidoplastia 73
- AMORIM, Camila Camargos Bizzotto**
• Diagnóstico de hematoma após nove anos de reconstrução mamária com imagem sugestiva de linfoma anaplásico de grandes células: relato de caso 7
• Rabdomiólise como complicação pós-operatória de cirurgia ortognática: relato de caso 10
- ARAÚJO, Izabella Costa**
• Uso da terapia de pressão negativa no tratamento de deiscência em abdominoplastia de paciente pós-bariátrico: relato de caso 41
- ARAÚJO, Matheus Dias**
• Lipossarcoma – revisão de literatura e relato de dois casos 28
• Intercorrências com uso de material aloplástico em rinoplastia: relato de casos 71
- ASSIS, Luciano Costa**
• Lipossarcoma – revisão de literatura e relato de dois casos 28
- ### B
- BARRETO, Bruno Antônio Bezerra**
• Complicações em gluteoplastia 4
- BECKER, Joanna Gueller**
• Complicações em cirurgias plásticas após perdas ponderais maciças: uma busca sistemática e revisão 75
- BELEM, Lucio Flavio Manetta Martins**
• Complicações após dermolipectomia abdominal em âncora para correção de cicatriz: relato de caso 34
- BERGAMO, Juliana Metzker Oliveira**
• Complicações após dermolipectomia abdominal em âncora para correção de cicatriz: relato de caso 34
- BONFIM, Rosimara Moraes**
• Complicações em cirurgia íntima: análise de quarenta casos 57
- ### C
- CAMPO, Juan Carlos Ochoa**
• Celulite em face após preenchimento com ácido hialurônico 1
- CAMPOS, Mateus Sobral Pompeu de**
• Complicações após dermolipectomia abdominal em âncora para correção de cicatriz: relato de caso 34
- CANIZARES, David Gerardo Alvarado**
• Complicações após dermolipectomia abdominal em âncora para correção de cicatriz: relato de caso 34

- CANTON, Emiliano José**
• Perfuração intestinal em lipoaspiração: relato de caso 67
- CARDOSO NETO, Gilberto Inácio**
• Amputação digital após liberação de contratatura digital: relato de caso 59
• Necrose de parede abdominal após lipoabdominoplastia: relato de caso 25
- CARNEIRO, Gabriel Henrique Gontijo**
• Necrose de parede abdominal após lipoabdominoplastia: relato de caso 25
• Amputação digital após liberação de contratatura digital: relato de caso 59
- CARVALHO JUNIOR, José Valdiney De**
• Celulite em face após preenchimento com ácido hialurônico 1
- CASAGRANDE, Marcelo Martins**
• Necrose de parede abdominal após lipoabdominoplastia: relato de caso 25
• Amputação digital após liberação de contratatura digital: relato de caso 59
- CASTRO, Guilherme Teixeira de Souza e**
• Lipossarcoma – revisão de literatura e relato de dois casos 28
• Intercorrências com uso de material aloplástico em rinoplastia: relato de casos 71
- CHAVES, Leonardo Duque de Miranda**
• Pioderma gangrenoso e a sutura elástica como um coadjuvante ao tratamento 21
- CLÓ, Felipe Xavier**
• Necrose extensa em face pós-ritidoplastia: relato de caso 90
- CLÓ, Ticiano César Teixeira**
• Necrose extensa em face pós-ritidoplastia: relato de caso 90
- COELHO, Clênio Martins de Souza**
• Uso da terapia de pressão negativa no tratamento de deiscência em abdominoplastia de paciente pós-bariátrico: relato de caso 41
- COSTA, Amanda Mudesto Dias**
• Relato de caso: retenção urinária persistente após abdominoplastia em paciente HIV-Positivo 87
• Relato de caso: paraplegia após anestesia peridural em reconstrução mamária 48
- COSTA, LUCIANO ASSIS**
• Intercorrências com uso de material aloplástico em rinoplastia: relato de casos 71
- COSTA, Sergio Moreira da**
• Rinomodelação com silicone, complicando com fibrose e deformidade nasal: relato de caso e seu tratamento 83
- CRUZ, Pedro Henrique Rodrigues**
• Relato de caso: retenção urinária persistente após abdominoplastia em paciente HIV-Positivo 87
- CÚRCIO JÚNIOR, Denílson Marcos**
• Perfuração intestinal em lipoaspiração: relato de caso 67
- ### D
- DARODA, Larissa Silva Leitão**
• Relato de caso: paraplegia após anestesia peridural em reconstrução mamária 48
- DARODA, Romeu Ferreira**
• Relato de caso: paraplegia após anestesia peridural em reconstrução mamária 48

F**FERREIRA, Lucas Augusto Canton**

- Perfuração intestinal em lipoaspiração: relato de caso 67

FERREIRA, Lydia Masako

- Complicações em cirurgias plásticas após perdas ponderais maciças: uma busca sistemática e revisão 75

FIGUEIREDO, Bruno Ferreira Guimarães

- Tratamento cirúrgico de complicações relacionadas ao uso de polimetilmetacrilato (PMMA) como preenchedor facial 19
- Uso do retalho de Abbé na reconstrução do lábio superior após preenchimento com PMMA: relato de caso 13

FLÁVIO JÚNIOR, Walter Ferraz

- Necrose extensa em face pós-ritidoplastia: relato de caso 90

FLÁVIO, Vinícius Nobre

- Necrose de pele após abdominoplastia e mastopexia: relato de caso e revisão da literatura 23

FONSECA, Henrique Beletable

- Hematoma expansivo tardio após ritidoplastia 73

G**GARCIA, Elvio Bueno**

- Complicações em cirurgias plásticas após perdas ponderais maciças: uma busca sistemática e revisão 75

GEMPERLI, Rolf

- Complicações em abdominoplastia 53

GOMES, Felipe Gustavo

- Necrose de pele após abdominoplastia e mastopexia: relato de caso e revisão da literatura 23

GONÇALVES, Marcus Vinícius Capanema

- Rinomodelação com silicone, complicando com fibrose e deformidade nasal: relato de caso e seu tratamento 83

GOULART, GUSTAVO COSTA

- Razões para a insatisfação da paciente mesmo com bom resultado cirúrgico 69

I**ISOBE, Laís Ramalho Chaves**

- Tratamento conservador para infecção de tela de polipropileno em correção de hérnia incisional associada à dermolipectomia em pós-bariátrico 38

J**JAMIL, Liliane Carvalho**

- Hematoma expansivo tardio após ritidoplastia 73
- Rinomodelação com silicone, complicando com fibrose e deformidade nasal: relato de caso e seu tratamento 83

K**KLEIN, Emília Silva**

- Intercorrências com uso de material aloplástico em rinoplastia: relato de casos 71
- Lipossarcoma – revisão de literatura e relato de dois casos 28

L**LAGE, Renato Rocha**

- Tratamento cirúrgico de complicações relacionadas ao uso de polimetilmetacrilato (PMMA) como preenchedor facial 19
- Uso do retalho de Abbé na reconstrução do lábio superior após preenchimento com PMMA: relato de caso 13
- Transtorno de Personalidade Borderline: dificuldade de diagnóstico e relação médico/paciente 50

LÁZARO, Hudson Alex

- Uso do curativo a vácuo Avelle® para síntese de deiscência em cicatriz abdominal 30

LIMA FILHO, Dailton Santana

- Tratamento conservador para infecção de tela de polipropileno em correção de hérnia incisional associada à dermolipectomia em pós-bariátrico 38

LIMA, Jose Cesario Da Silva Almada

- Complicações após dermolipectomia abdominal em âncora para correção de cicatriz: relato de caso 34

LIMA, Renato Correia

- Utilização do retalho de omento na reconstrução torácica: relato de caso 16
- Tratamento cirúrgico de complicações relacionadas ao uso de polimetilmetacrilato (PMMA) como preenchedor facial 19
- Utilização do retalho do músculo temporal para tratamento de exposição de tela de titânio após maxilectomia complexa: relato de caso 32
- Uso do retalho de Abbé na reconstrução do lábio superior após preenchimento com PMMA: relato de caso 13
- Intercorrências anestésicas respiratórias em palatoplastia do paciente fissurado: relato de dois casos 45

LISBOA, Thiago Assis

- Abordagem reconstrutora após injeção de silicone líquido industrial nas mamas 62

LOPES, Lucas de Mattos

- Relato de caso: paraplegia após anestesia peridural em reconstrução mamária 48
- Lipossarcoma – revisão de literatura e relato de dois casos 28

M**MACONE, Ronigley José**

- Celulite em face após preenchimento com ácido hialurônico 1

MAFRA, André Villani Correia

- Tratamento conservador para infecção de tela de polipropileno em correção de hérnia incisional associada à dermolipectomia em pós-bariátrico 38

MAIA, Valéria Rocha

- Uso da terapia de pressão negativa no tratamento de deiscência em abdominoplastia de paciente pós-bariátrico: relato de caso 41

MARINHO, Camila Carvalho Cavalcante

- Utilização do retalho de omento na reconstrução torácica: relato de caso 16
- Tratamento cirúrgico de complicações relacionadas ao uso de polimetilmetacrilato (PMMA) como preenchedor facial 19
- Utilização do retalho do músculo temporal para tratamento de exposição de tela de titânio após maxilectomia complexa: relato de caso 32
- Uso do retalho de Abbé na reconstrução do lábio superior após preenchimento com PMMA: relato de caso 13
- Intercorrências anestésicas respiratórias em palatoplastia do paciente fissurado: relato de dois casos 45

MEDEIROS, Mário Múcio Maia de

- Lipossarcoma – revisão de literatura e relato de dois casos 28
- Intercorrências com uso de material aloplástico em rinoplastia: relato de casos 71

MEIRA, Alexandre Alcides Mattos de

- Abordagem reconstrutora após injeção de silicone líquido industrial nas mamas 62

MELLO, Arnaldo Almendros

- Celulite em face após preenchimento com ácido hialurônico 1

MENDES, Camila Cristina Silva

- Transtorno de Personalidade Borderline: dificuldade de diagnóstico e relação médico/paciente 50

MENDES, Rogério Rafael da Silva

- Complicações em abdominoplastia 53

MIRANDA, Mariangela Latini de

- Utilização do retalho de omento na reconstrução torácica: relato de caso 16
- Tratamento cirúrgico de complicações relacionadas ao uso de polimetilmetacrilato (PMMA) como preenchedor facial 19
- Utilização do retalho do músculo temporal para tratamento de exposição de tela de titânio após maxilectomia complexa: relato de caso 32

- Intercorrências anestésicas respiratórias em palatoplastia do paciente fissurado: relato de dois casos 45
- Uso do retalho de Abbé na reconstrução do lábio superior após preenchimento com PMMA: relato de caso 13

MORAES, Thaís Paiva

- Abordagem reconstrutora após injeção de silicone líquido industrial nas mamas 62

MOTTA, Andreia Souto da

- Utilização do retalho de omento na reconstrução torácica: relato de caso 16
- Hematoma expansivo tardio após ritidoplastia 73
- Rinomodelação com silicone, complicando com fibrose e deformidade nasal: relato de caso e seu tratamento 83

MOURÃO, Alyrio

- Utilização do retalho do músculo temporal para tratamento de exposição de tela de titânio após maxilectomia complexa: relato de caso 32

N

NEFFA, Livia

- Uso da terapia de pressão negativa no tratamento de deiscência em abdominoplastia de paciente pós-bariátrico: relato de caso 41

NEVES, Lauro José Victor Avellan

- Reoperações após mastoplastias redutoras e mastopexias associadas a implantes de silicone 79

NOGUEIRA, Marcelo Lima Pupo

- Perfuração intestinal em lipoaspiração: relato de caso 67

NUNES, Carlos Roberto

- Intercorrências com uso de material aloplástico em rinoplastia: relato de casos 71

O

OLIVEIRA, Klaus Rodrigues de

- Rabdomiólise como complicação pós-operatória de cirurgia ortognática: relato de caso 10
- Embolia pulmonar em rinoplastia estética: relato de caso 65

P

PEDRA, Filipe Reis

- Necrose de parede abdominal após lipoabdominoplastia: relato de caso 25
- Amputação digital após liberação de contratatura digital: relato de caso 59

PEDROSA, Nathália Villarins

- Relato de caso: retenção urinária persistente após abdominoplastia em paciente HIV-Positivo 87
- Relato de caso: paraplegia após anestesia peridural em reconstrução mamária 48

PEDROSO, Juan Carlos Montano

- Complicações em cirurgias plásticas após perdas ponderais maciças: uma busca sistemática e revisão 75

PÊGO, Kayo Vieira Theodorak

- Intercorrências anestésicas respiratórias em palatoplastia do paciente fissurado: relato de dois casos 45

R

REZENDE, Hannah Abreu Badaró

- Embolia pulmonar em rinoplastia estética: relato de caso 65

REZENDE, Viktor Monte Alto

- Embolia pulmonar em rinoplastia estética: relato de caso 65

ROCHA, Paula Pimentel Leite

- Hematoma expansivo tardio após ritidoplastia 73
- Rinomodelação com silicone, complicando com fibrose e deformidade nasal: relato de caso e seu tratamento 83

RODRIGUES FILHO, Sérgio Antônio Saldanha

- Amputação digital após liberação de contratatura digital: relato de caso .. 59
- Necrose de parede abdominal após lipoabdominoplastia: relato de caso .. 25

RODRIGUES, Chrystian Júnio

- Tratamento cirúrgico de complicações relacionadas ao uso de polimetilmetacrilato (PMMA) como preenchedor facial 19
- Uso do retalho de Abbé na reconstrução do lábio superior após preenchimento com PMMA: relato de caso 13

RODRIGUES, Hugo Leonardo de Resende

- Intercorrências anestésicas respiratórias em palatoplastia do paciente fissurado: relato de dois casos 45
- Utilização do retalho de omento na reconstrução torácica: relato de caso 16
- Utilização do retalho do músculo temporal para tratamento de exposição de tela de titânio após maxilectomia complexa: relato de caso 32

ROSSI, Rodrigo Veloso

- Utilização do retalho de omento na reconstrução torácica: relato de caso 16

S

SANTOS, Eduardo Luiz Nigri dos

- Pioderma gangrenoso e a sutura elástica como um coadjuvante ao tratamento 21

SERRA, Fernando

- Complicações em gluteoplastia 4

SILVA, Bruna Bernardes da

- Tratamento conservador para infecção de tela de polipropileno em correção de hérnia incisional associada à dermolipectomia em pós-bariátrico 38

SILVA, Paula Valente da

- Relato de caso: retenção urinária persistente após abdominoplastia em paciente HIV-Positivo 87
- Relato de caso: paraplegia após anestesia peridural em reconstrução mamária 48

SIZENANDO, Rodrigo Pimenta

- Transtorno de Personalidade Borderline: dificuldade de diagnóstico e relação médico/paciente 50

SOUZA, Gustavo Moreira Costa de

- Necrose de parede abdominal após lipoabdominoplastia: relato de caso 25

SOUZA, Thalita Ezequiel de

- Amputação digital após liberação de contratatura digital: relato de caso 59

T

TAVARES, Marcelo Versiani

- Diagnóstico de hematoma após nove anos de reconstrução mamária com imagem sugestiva de linfoma anaplásico de grandes células: relato de caso 7

TESTOLIN, Lorenzo Duarte

- Utilização do retalho do músculo temporal para tratamento de exposição de tela de titânio após maxilectomia complexa: relato de caso 32

V

VELOSO, Alexandre Rezende

- Celulite em face após preenchimento com ácido hialurônico 1

VERSIANI, Camila Matos

- Hematoma expansivo tardio após ritidoplastia 73
- Rinomodelação com silicone, complicando com fibrose e deformidade nasal: relato de caso e seu tratamento 83

VIEIRA, Darlen Rodrigues

- Relato de caso: retenção urinária persistente após abdominoplastia em paciente HIV-Positivo 87

VILELA, Ricardo Abreu

- Necrose de pele após abdominoplastia e mastopexia: relato de caso e revisão da literatura 23



O maior evento de **Cirurgia Plástica**
em um dos mais modernos
Centros de Convenções do Brasil

**CICB • CENTRO INTERNACIONAL
DE CONVENÇÕES DO BRASIL**
DE 20 A 23 DE NOVEMBRO DE 2019



SOCIEDADE BRASILEIRA DE
CIRURGIA PLÁSTICA





Na **Anadem** você
tem **cobertura para**
danos corporais,
materiais, morais,
estéticos e
existenciais!

Faça parte da maior
rede de blindagem
profissional do Brasil.

ANADEM

SOCIEDADE BRASILEIRA DE DIREITO MÉDICO E BIOÉTICA

Acesse: www.anadem.org.br
Central de Atendimento 24h: **0800 61 3333**