

Braquioplastia: uma abordagem simplificada

LEONARDO OLIVEIRA RODRIGUES, JOSÉ DANIEL DE ALBUQUERQUE LINS ROLIM, MARCIO LITTLETON LAGE CRISTINO, VICTOR RAGONHA VARELA, PAULO CÉSAR CREUZ, DIEGO ANTONIO ROVARIS

Introdução

As deformidades dos membros superiores acompanham o processo de senescência, assim como fazem parte da vasta gama de alterações decorrentes da perda de grandes volumes corporais. Dentro das alterações sofridas pelos braços, destaca-se a lipodistrofia, que, na maioria das vezes, se encontra acompanhada de ptose tecidual. No entanto, em pacientes que sofreram perdas corpóreas maciças, a lipodistrofia geralmente não se limita aos braços, muita das vezes se estendendo para a axila e região torácica lateral. As técnicas de braquioplastia têm evoluído no sentido de tratar não apenas os braços, mas sanar as deformidades das axilas, assim como associar uma extensão do tratamento para a região torácica lateral, sem com isso acrescer morbidade ao procedimento. Neste contexto, o novo contorno deve ser esteticamente apreciável, as cicatrizes devem ser o menos visível possível, e as complicações devem ser mínimas. Mudanças na localização das cicatrizes e a associação da excisão tecidual com a lipoaspiração trouxeram um decréscimo no risco de injúria nervosa e de linfáticos, assim como resultou na melhora da qualidade das cicatrizes e reduziu o edema pós-operatório.

Objetivo

Diversas técnicas de braquioplastia têm sido descritas por diferentes autores. O trabalho tem por objetivo demonstrar estratégias cirúrgicas para o tratamento das deformidades dos membros superiores em pacientes pós-grandes perdas ponderais.

Métodos

O estudo foi uma série retrospectiva de 52 pacientes, com idades entre 26 e 75 anos (média de 35 anos), submetidos a braquioplastia no período de janeiro de 2006 a junho de 2011, sendo 2 indivíduos do sexo masculino. O período de acompanhamento variou de 6 meses a 5 anos. As marcações cirúrgicas foram todas

padronizadas. Foi realizado exame físico detalhado e discutidos com as pacientes todas as etapas da cirurgia, suas possíveis complicações e os devidos cuidados pós-operatórios. As pacientes assinaram termo de consentimento e realizaram exames pré-operatórios rotineiros e registro fotográfico. A marcação é feita com o paciente em ortostatismo e com os braços abduzidos a 90°. O objetivo da abordagem é que a cicatriz final esteja localizada no sulco braquial interno. Para isto, baseado nesta referência anatômica, realizam-se manobras bidigitais ("pinch-test"), determinando a quantidade de tecido cutâneo e adiposo que devem ser ressecados. Caso haja necessidade de extensão da cicatriz nas regiões axilar e antecubital, esta deverá ser quebrada em uma zetaplasia, evitando a formação de retrações. Em braços que apresentam componente dermogorduroso significativo opta-se pela incisão sinuosa, por se acreditar ser esta a que melhor contrabalança as forças de retração cicatricial no pós-operatório. Em casos de flacidez acentuada da região torácica lateral, estendemos a incisão desde o cotovelo, passando pela fossa deltopeitoral, até a região torácica lateral, onde a mesma corre verticalmente até aproximadamente a altura do complexo aréolo-papilar. Em casos de flacidez torácica lateral muito acentuada, podemos estender a ressecção até a altura do sulco inframamário. Realiza-se o desenho de linhas transversas ao maior eixo da área desenhada no braço, para facilitar e guiar a montagem final dos retalhos. Na maioria das vezes, as ressecções são similares em ambos os braços, mas em casos de assimetrias, onde um braço é diferente do outro, o importante é manter igual à forma final, não importando se a cicatriz se estender um pouco mais em um braço em relação ao outro. Todas as cirurgias são realizadas com o paciente sob anestesia geral, em decúbito dorsal e com os braços abduzidos. A ressecção cirúrgica da área marcada se dá em monobloco, em plano suprafascial, evitando lesões de estruturas vaso-nervosas presentes abaixo deste

plano. O descolamento da peça é realizado com auxílio do eletrocautério, sem qualquer descolamento nas bordas remanescentes, de baixo para cima e de fora para dentro. Após esta ressecção, é realizada a montagem dos retalhos com fio inabsorvível, usualmente mononylon 3.0, guiada pelas linhas transversas descritas anteriormente. A síntese é feita em três planos: subcutâneo, subdérmico e, na pele, podem ser realizados pontos intradérmicos ou guilles. O uso de drenos é dispensável pela ausência de descolamento dos retalhos.

Resultados

Todas as pacientes apresentaram-se satisfeitas com o contorno braquial obtido com a cirurgia. As cicatrizes ficaram bem posicionadas no sulco braquial interno e apresentaram boa cicatrização. As pacientes que foram submetidas a cirurgias associadas evoluíram bem, satisfeitas com os resultados e sem acréscimo de complicações. Dentre as complicações locais foram observados 3 casos de linfocele localizada na face anterior do braço próximo à prega antecubital. Estes foram tratados com aspiração semanal e compressão contínua, tendo todos evoluído para completa resolução no período de 1 mês. Outras complicações locais também foram observadas, como hematoma (1 paciente), cicatriz hipertrófica (3 pacientes) e deiscência (1 paciente). Estas duas últimas ocorreram numa mesma paciente, que foi submetida à lipoaspiração na face posterior do braço e evoluiu com grande edema no pós-operatório. Não foram observadas complicações locais ou sistêmicas.

Conclusão

A abordagem de braquioplastia proposta mostrou resultados bastante satisfatórios, com baixa morbidade, bom posicionamento da cicatriz e possibilidade de sua associação com outros procedimentos. Além disso, é facilmente reproduzível e exequível inclusive para cirurgiões iniciantes.