

Hérnia do implante glúteo: diagnóstico e tratamento

ROBERTA ALVARES FERREIRA DE SOUZA, JOSÉ HORÁCIO ABOUDIB, CLÁUDIO CARDOSO DE CASTRO, FÁBIO XERFAN NAHAS, FERNANDO SERRA

Introdução

O primeiro relato de gluteoplastia de aumento ocorreu em 1969, com o uso de implantes mamários de silicone, e foi realizado por Bartels e colaboradores. Desde então, o contorno corporal passou a ser de grande interesse para os cirurgiões plásticos, principalmente nas últimas duas décadas. O conceito de glúteo com estética adequada engloba projeção máxima nas porções superior e média, prega infraglútea mínima ou ausente e adequada relação entre a cintura e o quadril. A gluteoplastia de aumento com implantes apresenta atualmente um crescimento de 42% ao ano, com um total estimado de 40 mil pacientes operadas até a presente data. O desenvolvimento da técnica intramuscular possibilitou importante melhoria dos resultados estéticos, associada à redução das taxas de complicação. As principais complicações são seroma e deiscência, que não provocam comprometimento estético. Em contrapartida, a hérnia do implante com incidência de 3% a 5% gera um resultado ruim, necessitando de reoperação para sua correção. O tratamento da hérnia do implante glúteo constitui um desafio ao cirurgião, que precisa decidir entre o tratamento em dois tempos cirúrgicos, mantendo a paciente sem implantes

por 4 meses a 6 meses, ou em tempo único, correndo o risco de recidiva da complicação e reduzindo as chances de nova correção.

Objetivo

Propor um protocolo para avaliação e tratamento de pacientes acometidas de hérnia ou mau posicionamento do implante glúteo.

Método

A avaliação da posição do implante glúteo é realizada por meio de tomografia computadorizada ou ressonância nuclear magnética, com as pacientes em decúbito ventral. O principal fator no tratamento é a técnica utilizada na gluteoplastia primária. Pacientes submetidas a gluteoplastia com técnica subfascial ou submuscular devem ser reoperadas com substituição dos implantes e utilização da técnica intramuscular. Os casos de hérnia secundários à técnica intramuscular deverão ser analisados de acordo com a espessura do músculo glúteo máximo remanescente subjacente ao implante. Musculatura com espessura > 2 cm permite a confecção de nova loja intramuscular profundamente à cápsula no mesmo tempo cirúrgico. O tratamento da cápsula é realizado com incisões radiais e sutura dos folhetos

superficial e profundo, seguido de drenagem aspirativa da loja. Nos casos de músculo remanescente com espessura < 2 cm, está indicada remoção do implante e reoperação em 4 meses a 6 meses, pela técnica intramuscular.

Resultados

Vinte pacientes foram tratadas seguindo essa metodologia. Obtivemos como complicações 2 (10%) casos de seroma da cápsula superficial e 1 (5%) caso de fistula cutânea da cápsula. Não foi identificado nenhum caso de hematoma. As pacientes operadas em tempo único foram submetidas a tomografia computadorizada de controle 3 meses após a cirurgia, revelando implantes intramusculares e estáveis em todos os casos. As pacientes submetidas a retirada do implante optaram por não realizar a segunda cirurgia em 50% dos casos.

Conclusão

Propomos um protocolo que oriente o diagnóstico e o planejamento cirúrgico para o tratamento da hérnia do implante glúteo. A utilização desse protocolo demonstrou-se eficaz para escolha do cirurgião por cirurgia em tempo único ou em dois tempos, apresentando evolução favorável para as pacientes tratadas.