



# **SBMCPE** EM REVISTA

INFORMATIVO TRIMESTRAL DA SOCIEDADE BRASILEIRA DE MEDICINA E CIRURGIA PLÁSTICA ESTÉTICA - ANO 11 - Nº 02

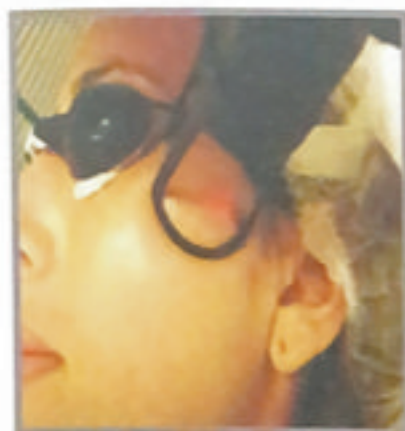




# 02

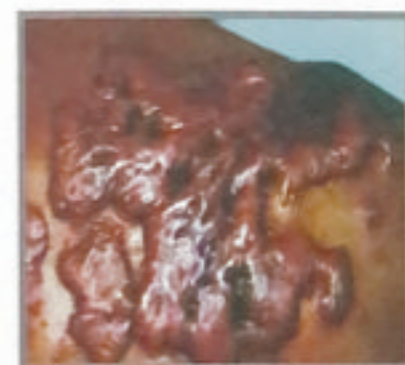
## EDITORIAL

*A Palavra do Presidente.*



# 03

## LASER Co2 FRACIONADO



# 04

## CICATRIZES HIPERTRÓFICAS E QUELÓIDES

# 06

## ENVELHECIMENTO CUTÂNEO E A RADIOFREQUÊNCIA



# 08

## ROUNBLOK SMAS + FIO DE DERMOSSUSTENTAÇÃO

# 13

## HLPA X LIPOASPIRAÇÃO

# 17

## OXIGENAÇÃO HIPERBÁRICA E SUA APLICAÇÃO NA CICRATIZAÇÃO DE FERIDAS



# 24

## V CONGRESSO INTERNACIONAL DA SBMCPE EM ORLANDO, EUA



# 25

## USO DE TELA DE POLIPROPILENO NA CORREÇÃO DE EXTRUSÃO DE PRÓTESE MAMÁRIA



# 28

## REFLEXÃO

Meus prezados amigos. Com este segundo número a SBMCPE em Revista já é uma realidade. Em 04 de dezembro de 2011 completaremos 10 anos de fundação da nossa Sociedade e nossa história já foi contada no editorial do primeiro número pelo Prof. Eduardo Teixeira.

Mas nossa Sociedade não parou de crescer nunca. O fato do nosso Conselho Federal de Medicina insistir em não aceitar uma realidade mundial, que é a Medicina Estética, não impediu que um grupo de médicos, que se dedicam com seriedade e entusiasmo acadêmico a esta especialidade se juntassem a nós, para ajudar na fundação e no desenvolvimento da nossa Sociedade. Em quase toda a Europa a especialização em Medicina Estética, que inclui procedimentos clínicos e cirúrgicos, já existe há muitos anos.

Em 1995, participamos do Congresso da UIME, União Internacional de Medicina Estética, em Paris, quando tivemos oportunidade de conhecer, e fazer um curso de Hidrolipoaspiração, com o Prof. Fournier, procedimento este que só chegou ao Brasil dois ou três anos depois. Em Roma, em 1998, já apresentamos nossos resultados com a hidrolipoaspiração, e em 2000, em Mônaco, (abertura do Congresso feita pelo Prof. Ivo Pitanguy), também apresentamos nossa experiência com técnicas novas em Medicina e Cirurgia Estética.

Já em 2003, em Las Vegas - USA, estivemos em uma Mesa Redonda sobre tratamento cirúrgico da obesidade, da qual participava o Prof. Fobi (da Técnica - Fobi-Capela), falando sobre nossa nova técnica, que alia ao tratamento da obesidade uma dermolipoectomia, permitindo uma rápida recuperação estética do paciente.

Nos Estados Unidos já existem várias sociedades médicas e um grande número de revistas especializadas em Medicina e Cirurgia Plástica Estética. Em apenas dois estados essa especialidade ainda não foi reconhecida. No final de 2005, resolvemos continuar apenas administrando e desenvolvendo a nossa SBMCPE, ajudando a novos e velhos médicos que, como eu, desejam exercer uma especialidade cujo mercado está em franco crescimento, e na qual ainda prevalece a relação médico-paciente, sem a interferência dos convênios.

Hoje já somos, em nossa Sociedade, um grupo significativo de amigos em todo o Brasil e na América Latina. Em nossas turmas tivemos alunos de todos os países de nosso continente. Alguns já excelentes especialistas, que buscavam e buscam um documento, cujo reconhecimento pelo Ministério da Educação do Brasil e de seus países, nos proporcionaram o prazer e a satisfação em ajudá-los. Fundamos em Orlando, na Florida, USA, a American Society of Cosmetic Medicine and Surgery. É uma entidade reconhecida pelo governo americano como sem fins lucrativos, com isenção de impostos, e que possibilita um maior intercâmbio com o resto do continente.

Só faltava um veículo como esta revista para que este grupo, que já chega a quase mil companheiros, possa mostrar o que faz, e como contribui, para a evolução da MEDICINA E CIRURGIA PLÁSTICA ESTÉTICA.



Dr. Prfº Edison Teixeira  
Presidente da SBMCPE.



Dr. Eduardo Teixeira  
Vice-Presidente da  
SBMCPE.

Os tratamentos faciais com laser de CO2 já vêm sendo utilizados há algum tempo. Tem como comprimento de onda 10.600 nanômetros e seu funcionamento baseia-se na afinidade pela água levando à ablação e carbonização, onde as células atingidas são vaporizadas ao experimentarem uma elevação significativa na temperatura durante alguns microssegundos. Ao conseguir a ablação da pele superficial e aplicação de calor em regiões mais profundas atinge bons resultados no tratamento das manchas, rugas e flacidez de pele. As restrições ao tratamento ocorriam pelo elevado tempo de afastamento e riscos de complicações causados principalmente pela aplicação em toda a extensão da área a ser tratada.

Uma grande inovação nos tratamentos com Laser foi o advento do Laser CO2 Fracionado, o que tem possibilitado resultados similares ao tratamento contínuo, mas com diminuição dos fatores de risco e afastamento. Esta inovação consiste no mesmo tipo de Laser, mas com o fracionamento mantém áreas de pele saudável entre as áreas atingidas pelo Laser, possibilitando um tratamento planejado e mais seguro, menos doloroso, um menor Down Time (tempo de afastamento), menor tempo de aplicação e com menos complicações.

Um recurso que auxilia muito o médico na escolha do tratamento a ser indicado é a possibilidade de programar diferentes parâmetros na aplicação, como a energia a ser utilizada, o espaçamento entre os pontos de aplicação e o número de repetições. A combinação destas variáveis faz com que se obtenha um maior resultado em relação à profundidade, densidade e segurança na aplicação da energia do Laser sobre as estruturas da pele. Importante ponto a ser levado em consideração para o resultado satisfatório na aplicação deste procedimento é o preparo pré e pós Laser do paciente, essenciais para a qualidade e segurança esperados.

As principais indicações no uso do Laser de CO2 são: Resurfacing ablativo para rejuvenescimento facial (peeling médio a profundo), Discromias, Rugas, Flacidez, Cicatriz de acne, Cicatriz cirúrgica, Cicatriz hipertrófica e quelóides, Estrias recentes e antigas, Rinofima, Cirurgia ginecológica, Blefaroplastia, Cirurgias otorrinolaringologia, Cirurgia gengival, Lesões verrucosas, Ceratoses.

**DR. Eduardo Santos Lima CRM 22898**

**Dr. Luiz Roberto Castro Santos CRM 12475**



Antes



Depois

**ASPECTOS CLÍNICOS, FATORES PREDISPOONENTES E TRATAMENTOS****RESUMO:**

As cicatrizes hipertróficas e quelóides são processos distintos e caracterizam-se por uma hipertrofia da estrutura cicatricial, seja por aumento da deposição de colágeno ou por redução da degradação do mesmo, processo esse que ainda não está totalmente esclarecido. Sabe-se que etnia, local e tipo de lesão, bem como idade e fatores genéticos são muito relevantes em relação a predisposição dessas formações, que apesar de apresentarem vasta abordagem terapêutica, ainda não têm seu padrão-ouro definido.

**INTRODUÇÃO:**

A cicatrização de um ferimento é um fenômeno complexo e pode ser dividido em três estágios: fase inflamatória ou reativa; fase proliferativa ou reativa; fase de maturação ou remodelação.

A fase proliferativa, de especial interesse para esse tema, pode ser ainda subdividida em três etapas: angiogênese; fibroplasia; epitelização. Quando falamos em cicatriz hipertrófica e quelóide nos referimos a alterações que ocorrem na etapa de fibroplasia da fase proliferativa da cicatrização. Tais alterações, que ainda não possuem seus mecanismos totalmente esclarecidos, causam um aumento de deposição de colágeno, por provável aumento da produção do mesmo ou por redução de sua degradação, e estão relacionados a diversos fatores predisponentes. Essas lesões são de extrema importância, não só pelo desconforto físico que causam, como prurido e dor local, mas também pelo aspecto estético do paciente.

Outro assunto ainda de extrema discussão é sobre qual tratamento, dentre vários que serão abordados neste artigo, seria o mais eficaz.

**DISCUSSÃO:**

A cicatriz hipertrófica (CH) e o quelóide são processos distintos do ponto de vista clínico, relacionado a localização e extensão da lesão, sendo suas estruturas histopatológicas muito semelhantes e de difícil diferenciação à microscopia óptica. As duas lesões caracterizam-se por presença de tumoração, prurido e, em grande parte, dor.

A CH consiste em lesão elevada que não ultrapassa os limites do ferimento inicial, apresentando uma tendência natural a regressão. Seu aspecto pode variar de lesões róseas, avermelhadas, violáceas, anômalo de matriz extra celular (colágeno) sem crescimento celular concomitante, sendo que este

até lesões hipocrômicas ou escurecidas. (Fig.1)

O quelóide caracteriza-se por um crescimento anômalo de matriz extra celular (colágeno) sem crescimento celular concomitante, sendo que este ultrapassa os limites da lesão tecidual inicial, além de não regredirem espontaneamente e possuírem forte tendência a recidivas quando extraídos. (Fig.2)



Fig.1: Cicatriz Hipertrófica em região pré-esternal



Fig.2: Quelóide em região de ombro

Atualmente, diversos fatores predisponentes são conhecidos e destacam-se: etnia, cuja maior prevalência é em negros e asiáticos; faixa etária, com predomínio de formações em adolescentes e adulto jovens; local da lesão, onde regiões como deltóide, pré-esternal, infraescapular possuem mais tendência ao desenvolvimento das lesões; tipo de lesão, em que deve ser levado em consideração a extensão, a causa (queimaduras graves possuem maior prevalência do que incisões cirúrgicas, p.ex.), bem como o tipo de abordagem (suturas, enxertos, infecção no local da lesão). Deve-se destacar também a forte influência genética que tais lesões possuem.

semelhante, sendo a ordem de prioridade em cada uma a grande diferença. Os principais tratamentos atuais que devemos destacar são:

a) Compressão da cicatriz, que se baseia no uso de malhas ou roupas compressivas sobre a lesão. De maior viabilidade para CH. Hoje em dia, faz-se uso das chamadas placas de silicone, onde tais placas são colocadas sobre as lesões e comprimidas por fita adesiva. É bastante questionável seu uso para quelóides.

b) Farmacoterapia, onde utiliza-se grande gama de drogas como anti-inflamatórios (corticóides e AINES), que são inibidores de síntese protéica e estimuladores de proteases (como a IL-1), com variação entre o uso tópico e injetável. Hoje em dia utiliza-se também o Tamoxifeno tópico, um agente anti-estrogênico não-esteroidal sintético, que vem apresentando grande viabilidade terapêutica, devido bons resultados e baixo custo relativo, apesar de seu uso ser ainda recente. (Fig.3)



Fig.3 : CH antes e após tratamento tópico por 6 meses com citrato de tamoxifeno a 0,1%.

c) Crioterapia, que apresenta resultados positivos muitas vezes, mas é um processo doloroso e sem garantia de eficácia.

d) Irradiação, que possui mais sucesso como terapia adjuvante à ressecção cirúrgica.

e) Cirurgia, sendo a primeira escolha para o caso de

de quelóides, apesar de forte tendência a recidivas, principalmente se não houver tratamentos adjuvantes.

f) Laser, que vem se mostrando um excelente método, principalmente para CH, apesar do seu alto custo e tempo de tratamento.

### CONSIDERAÇÕES FINAIS:

As CH e quelóides são anomalias dérmicas que causam desconforto físico e psicológico ao paciente, devido ao prurido, dor local e seu aspecto não estético.

Apesar da grande gama de tratamentos que existem atualmente, não há um consenso sobre qual terapia é a mais indicada para cada um dos casos. Apesar disso, já é possível perceber que a terapia combinada, onde se utiliza mais de uma abordagem terapêutica, é mais eficaz na maioria dos casos.

### REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS:

FIGUEIREDO, J.C.A et al. Quelóide: fatores de influência prognostica, 2008.

HOCHMAN, B. et al. Disfunções cicatriciais hiperproliferativas: cicatrizes hipertólicas.

KREISSNER, P.E. et al. Cicatrização hipertólica e quelóides: revista de literaturas e tratamento, 2004.

PASQUETTI, A.F. et al. Uso do tamoxifeno no tratamento de quelóides e cicatrizes hipertólicas, 2010.

Figura 1 obtida do site [www.queloides.com.br](http://www.queloides.com.br), da Clínica Prof. Dr. Bernardo Hochman.

**Autor:** Carlos Nunes Ferreira Nunes: Graduando de Medicina da Universidade Federal do Estado do Rio de Janeiro - UNIRIO, sob orientação do Prof. Eduardo Teixeira, responsável pela Disciplina de Cirurgia Plástica.



SEJA MEMBRO E FAÇA PARTE  
DA SBMCPE PARA FORTALECER  
AINDA MAIS A NOSSA SOCIEDADE!

## O ENVELHECIMENTO CUTÂNEO E A RADIOFREQUÊNCIA

O envelhecimento cutâneo é um processo complexo determinado pelas características genéticas do indivíduo assim como por fatores ambientais. A aparência e as conseqüências clínicas da pele envelhecida são bem conhecidas. Os radicais livres tem um papel importante no envelhecimento cutâneo prematuro, em particular, quando os mecanismos celulares de defesa estão diminuídos. A alimentação também tem grande influência no processo de envelhecimento intrínseco e como exemplo podemos citar a glicação de proteínas.

Resumidamente, a pele cronologicamente envelhecida tem aparência seca, pálida, com rugas finas, apresentando certo grau de flacidez e uma variedade de neoplasmas benignos. Dependendo do indivíduo, a pele foto envelhecida pode parecer não apenas seca, mas também irregularmente pigmentada e amarelada (em pessoas escuras), normalmente apresentando sulcos fundos e rugas finas ou, em pessoas claras, severamente atrófica, com telangectasias múltiplas e uma variedade de lesões pré-malignas tais como ceratoses actínicas.

No envelhecimento cutâneo, a mudança mais consistente é o afinamento da junção derme-epiderme. Também ocorre decréscimo progressivo da densidade de melanócitos e células de Langerhans. Na derme ocorre perda de matriz extracelular e aumento nos níveis de metaloproteinases que degradam colágeno (Varani et al, 2000), perda de fibroblastos, perda da rede vascular e, em particular, perda das alças capilares que ocupam as papilas dérmicas.

A principal mudança da pele foto envelhecida é a elastose dérmica e deposição anormal de material elástico nas papilas dérmicas. As modificações epidérmicas incluem espessura variável acompanhada da maturação desorganizada e alguma atipia citológica. Os melanócitos são distribuídos desigualmente na camada basal, com número aumentado em certas áreas, e número reduzido em outras áreas. Ocorre decréscimo significativo no número de células Langerhans. A pele foto danificada apresenta, freqüentemente, abundantes células inflamatórias na derme, e as fibras elásticas e colágenas apresentam mudanças degenerativas (Lavker e Kligman, 1988).

O colágeno está presente em todos os animais multicelulares, sendo a proteína mais abundante nos vertebrados. É uma proteína extracelular organizada

em fibras insolúveis de grande força tensil. Isto adequa o colágeno ao seu papel como o principal componente tensor dos tecidos conjuntivos como osso, dentes, cartilagens, tendões, ligamentos e as matrizes fibrosas da pele, e vasos sanguíneos. A elastina é uma proteína com propriedades elásticas semelhantes a da borracha cujas fibras podem ser estiradas e aumentar várias vezes o seu comprimento normal. As fibras de colágeno, juntamente com a elastina, formam uma rede de sustentação, que está presente na lâmina basal e na matriz extracelular (MEC), mas, com o avanço da idade e a exposição cumulativa à radiação UV, essa rede de sustentação se desorganiza, dando origem, além das rugas, à flacidez e à diminuição da espessura dos lábios.

Na menopausa há inegável avanço do envelhecimento, pois o organismo diminui a produção de hormônios femininos (estrogênio e progesterona). Essas alterações têm grande impacto nas mudanças da pele e seus anexos. O estrogênio é um hormônio atuante na síntese do colágeno e elastina.

No corpo humano 70% do peso corpóreo é constituído por água. Com o envelhecimento, 60 trilhões de células perdem água. Os vasos sanguíneos também envelhecem e atrofiam.

Dentre os tratamentos para reduzir o aspecto visual que o envelhecimento cutâneo causa nos indivíduos, podemos citar um recurso moderno que vem sendo utilizado em larga escala, a radiofrequência [RF]. Esta terapia tem como finalidade a redensificação dérmica.

A RF é uma radiação eletromagnética cuja frequência varia de 3 kHz a 300 MHz. Os principais efeitos da energia de radiofrequência em tecidos vivos são considerados térmica.

**MECANISMOS DE AÇÃO:**

Uma rede de fibras de colágeno e elastina fornece sustentação para a pele e determina o seu grau de firmeza e elasticidade. Ao longo do tempo, esta intrincada rede de fibras desalinha e fica frouxa alterando a aparência e função da pele. Estima-se que a pele de um adulto perde aproximadamente 1% do seu conteúdo de colágeno dérmico anualmente devido à degradação do colágeno e diminuição da própria síntese de colágeno. Dependendo de uma combinação de temperatura

máxima e o tempo de exposição, as fibras de colágeno sofrem um encurtamento decorrente da quebra de pontes de hidrogênio intramoleculares levando a uma alteração da estrutura da tripla hélice de colágeno, cujo efeito será a firmeza da pele.

Com base neste princípio, os tratamentos são concebidos para causar a contração do colágeno da derme com o calor gerado por RF. Além disso, o tratamento promove a formação de novo colágeno através da reação natural de cicatrização da pele e um efeito direto sobre a matriz dérmica celular. O que acaba clinicamente melhorando a aparência de flacidez leve a moderada da pele.

A RF não é dependente da interação cromóforo específico, ou seja, a melanina epidérmica não está em risco de destruição e o tratamento em todos os fototipos é seguro. A RF é contra indicada em portadores de marcapasso ou desfibrilador cardíaco implantado. Em gestantes e portadores de prótese metálica e pacientes com melasma também deve ser contra indicado o tratamento.

Ressaltamos que o número de passadas na área a ser tratada está relacionado com a resposta clínica, mas não podemos deixar de observar o item temperatura/tempo para evitar as queimaduras.

A anestesia é considerada fator de risco, pois a informação do paciente sobre a sensação de calor/queimação/desconforto é muito importante para o ajuste dos parâmetros do aparelho de RF. O edema e eritema são esperados e podem persistir por 48 horas.

Na RF monopolar a radiação eletromagnética é emitida através de um eletrodo aplicado à área de tratamento e retorna ao gerador através de um eletrodo de dimensões maiores localizado à distância (geralmente no dorso ou abdome). A energia elétrica se concentra próxima à ponteira do eletrodo ativo e diminui rapidamente com a distância. A profundidade de ação descrita é de até 6 mm. A ponteira unipolar possui mecanismo de ação fundamentado no calor gerado pelo movimento rotacional das moléculas de água quando submetidas a um campo eletromagnético alternante. O calor é direcionado para a derme, poupando assim a epiderme do calor.

A RF bipolar/tripolar apresenta os eletrodos de saída e retorno da corrente na própria

ponteira, gerando dessa forma um circuito elétrico de efeito mais superficial em relação à RF monopolar (até 2 mm de profundidade) (Hassun et al, 2008).

O efeito Joule é o principal efeito térmico da

radiofrequência ao atravessar o organismo efetuando a produção de calor. Do efeito térmico ocorre outro efeito que é a vasodilatação periférica local. Devido ao calor gerado, consegue-se um aumento do fluxo sanguíneo e, portanto se produz uma melhora do trofismo, da oxigenação e do metabolismo celular (MEYER, 2010).

Concluindo, ambas são eficazes nos tratamentos de flacidez dérmica, porém é necessário um número maior de sessões na RF bipolar já que esta atinge uma menor profundidade, pois o calor se propaga da epiderme para a derme. Após 6 (seis) meses é possível observar significativa melhora na textura e aparência da pele, como também redução das rugas, redução dos sulcos nasogenianos e melhora no contorno da mandíbula.

#### REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS:

- 1- Kede, MPV e Sabotovich, O  
Dermatologia Estética - Ed. Atheneu - 2009
- 2- Baumann, L Dermatologia Cosmética - Princípios e Prática - Ed. Revinter - 2004
- 3- Goldman MP, Alster TS, Weiss R. A randomized trial to determine the influence of laser therapy, monopolar radiofrequency treatment, and intense pulsed light therapy administered immediately after hyaluronic acid gel implantation. *Dermatol Surg.* 2007 - May;33(5): 535-42
- 4- Gerschmann R, Gilbert DL, Nye SW, Dweyer P, Fenn WO. Oxygen poisoning and x-irradiation: a mechanism in common. *Science* 1954; 119: 623±6.
- 5- Berneburg M, Plettenberg H, Krutmann J. Photoaging of human skin. *Photodermatol Photoimmunol Photomed* 2000; 16: 239±44.
- 6- Hassun K. M.; Bagatin E.; Ventura K. F.: Radiofrequência e Infravermelho. *Revista Brasileira de Medicina.* n. 65, 2008.
- 7- Meyer, P. F.; Ronzio, O. A.: Radiofrequência. In: Borges, F. S.: *Fisioterapia Dermato-Funcional: Modalidades Terapêuticas nas Disfunções Estéticas.* Cap. 25. Editora Phorte. São Paulo, 2010.

**Autora: Cláudia Marsico Teixeira**

**claudiamarsicot@hotmail.com**

Supervisora e professora do curso de Pós-Graduação de Estética e Cosmetologia da Universidade Veiga de Almeida (UVA) - RJ.

Presidente do Colégio Brasileiro de Estética e Cosmetologia (CBEC).

Coordenadora do Curso Livre de Extensão em Estética Facial e Corporal do CBEC.

Coordenadora do ambulatório do curso de Pós-Graduação de Estética e Cosmetologia da UVA - RJ.



## RoundBlock SMAS + Fio de Dermossustentação.

Harmonizar, do latim "Harmonicu", que significa bem proporcionado, simétrico.

Com o avanço anestésico-cirúrgico e a exaltação da beleza pelos meios de comunicação, ter uma aparência mais bela e mais jovial, passou a ser muito importante e decisiva para a vida social na atualidade. Uma pessoa com aspecto de cansaço, certamente não passará uma boa impressão de dinamismo.

Na região frontal as sobrancelhas estão arqueadas e posicionadas acima do bordo superior das órbitas, a região zigomática (bochecha) é proeminente com relativa quantidade de gordura subcutânea e a linha mandibular é bem definida com o ângulo cervico-mandibular aproximadamente 90º, sem acúmulos de gordura na região submentoniana. A projeção nasolabial em sentido verticalizado a 120º na mulher e 90º no homem, com o arco de cupido e o contorno labial bem delineado, são parâmetros dos quais me baseio para harmonizar um rosto.



### Embelezar e Rejuvenescer.

Embelezar significa intervir sempre que algum detalhe está enfeando este rosto: orelha em abano, nariz largo ou dorso ósseo elevado, falta do contorno do queixo, da maçã do rosto, pálpebras excedentes, papada etc. Nestes casos os procedimentos para a Harmonização Facial estarão voltados mais para o Embelezamento.

Rejuvenescer significa intervir sempre que o envelhecimento intrínseco ou cronológico, agravado pelo extrínseco - radiações solares,

doenças degenerativas, estresse, obesidade etc., Nestes casos os procedimentos para a Harmonização Facial estarão mais voltados para o Rejuvenescimento.

A utilização de tecido gorduroso para correção de depressões do contorno corporal ou facial é procedimento antigo, descrito pela primeira vez por Neuber, em 1893 e Lexer, em 1910.

Por ocasião do VI Simpósio de Cirurgia Facial e Vídeo Endoscopia em São Paulo pela SBCCP/ 2010, tive a oportunidade de conhecer o trabalho do Dr. Dilson Luz - tunelizações com descoladores e do Dr. Ithamar Stocchero, pela técnica de RoundBlock.

Neste trabalho associa as duas referidas técnicas à lipoaspiração cervicofacial e aos fios de dermosustentação.

A Cirurgia do embelezamento e rejuvenescimento facial tem particularidades tão refinadas, que a torna muito requintada em seu aprendizado.

Pela riqueza de detalhes e com uma anatomia exuberante onde a mímica interfere diretamente no resultado final, a cirurgia facial não deve estigmatizar, pois a beleza é sutil nos detalhes.

A cirurgia do rejuvenescimento facial, "face lifting" vem evoluindo desde modificações nas incisões[1,2,3], no tratamento do SMAS platismo[4,5,6], no cuidado para se evitar traumas em vasos e nervos[7,8,9], no tratamento das adiposidades[10,11,12] e atualmente, na videoendoscopia facial [13,14,15].

Apesar de tantas pesquisas e inovações tecnológicas, os problemas com hematomas graves e lesões do nervo facial, continuam como os maiores obstáculos para um pós-operatório seguro dos pacientes submetidos à cirurgia do "neck face lifting"[16,17,18].

Usualmente ocorrem complicações, que variam de uma simples equimose à necrose cutânea, acompanhada ou não de lesões neurológicas, provocadas por cauterizações ou secções nervosas[19,20].

Partindo de princípios tão elementares, resolvi associar as técnicas de Lipoaspiração com descolamento do SMAS platismo cervico-mandibular; Descolamento com ou sem lipoaspiração do terço médio da face[21,] para ascensão das gorduras malaras; RoundBlock SMAS e os Fios de dermosustentação.

A lipodistrofia cervical ocorre em diferentes fases da vida e tem caráter genético em ambos os sexos, ocasionando a perda da definição da linha mandibular e, onseqüentemente, o envelhecimento.

Na grande maioria das vezes está associada à flacidez da pele e do SMAS platisma. Portanto a lipoaspiração cervical deve estar associada às tunelizações com descolamento do SMAS platisma, utilizando cânula de lipoaspiração com ponta em "bico de pato" ou os descoladores Dilson Luz.

Na região cervical submentoniana, o ramo mandibular marginal do nervo facial é uma estrutura importante e vulnerável de lesões, pois a camada platisma-SMAS torna-se mais fina e, como veremos a seguir, nesta técnica não há ressecções que possam lesionar nervos ou vasos sanguíneos. A lipoaspiração deve ser feita com os orifícios da cânula voltados para baixo porque o ramo marginal do nervo facial é bem superficial.

As sobrancelhas e a face média são rejuvenescidas como um complexo unitário, pois a aparência muito cansada, expressão envelhecida é atribuída à queda da sobrancelha, mais do que à redundância da pele palpebral e, na face média, a queda dos coxins gordurosos do malar (maçã do rosto) aprofundam os sulcos nasogenianos.

As regiões que compõem a face inferior englobam o contorno cervicofacial, a prega labiomandibular ou linha da marionete e a prega nasolabial ou linha do sorriso.

Com o envelhecimento há desordens das estruturas elásticas e colágenas associado aos fatores externos como ação da gravidade, irradiação solar, tabagismo, obesidade etc., que desarmonizam o contorno facial.

-Professor Illouz / 2003: "Esta cirurgia, (RoundBlock SMAS) aberta ou fechada, deu ao rosto o que a lipoaspiração deu ao corpo".

-Acesso à ritidoplastia não estigmatizantes à fumantes, calvos, diabéticos e hipertensos, pacientes receosos de grandes cortes e cicatrizes e tempo menor de recuperação.

-Preserva o princípio da tridimensionalidade da face, da textura diferente de cada camada, mantendo a pele aderida aos seus vasos nutridores, nervos e ligamentos.

-Ilustração das cinco incisões padrões para acesso ao terço médio e superior.

-Os feixes neurovasculares supra-orbitais (amarelo) devem ser evitados. Suspeção do coxim adiposo do malar através do periósteo orbital lateral (rima orbital

lateral) e Fásci temporal.

-N. aurilico-temporal e, ramo temporal N. facial.

-Ramo anterior da art. superf. temporal.

-Glândula parótida.

-Artéria e veia facial.

-N. auricular mágn e ramo marginal mandibular N. facial.



-Sempre em Centro Cirúrgico.

-Preparo do cabelo (bonecas).

-Marcação em posição ortostática.

-Anti-sepsia e assepsia.

-Anestesia - Sedação com Local.

-Infiltração e tunelização, com micro cânula, a partir das incisões.



Eleva o arco superciliar e o coxim do malar, proporcionando um olhar mais jovial e corrigindo o SNG.

São biocompatíveis, pois não causam reações de qualquer natureza, alérgica ou inflamatória.

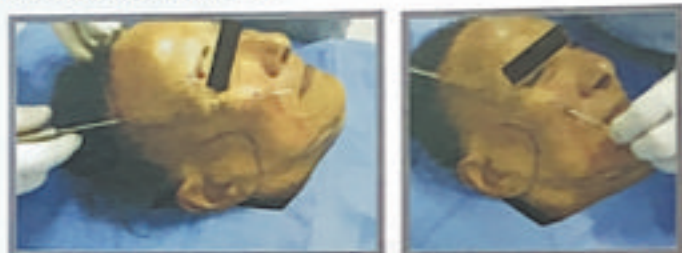
O material de Polipropileno tem maior resistência, é muito delicado, totalmente imperceptível ao olhar ou ao tato, pois apresenta uma sustentação de forma a tracionar e esticar a flacidez tegumentar graças as suas garras que seguram o tecido.

-Lift natural com pouca ou nenhuma distorção

látero-cantal.

-O vetor de tração deve ser dirigido verticalmente, mais do que diagonalmente para suspensão da face média.

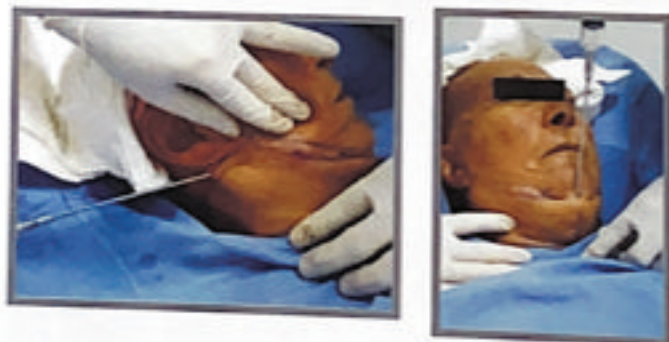
-O dedo do cirurgião junto ao canto lateral, ao longo da rima orbital, guiará a passagem do fio em plano do SMAS até os músculos zigomáticos onde ficará inserido suas garras.



Marcação em posição ortostática elevando com os dedos o ponto ideal de tração e, em seguida, a marcação do RoundBlock até este ponto.



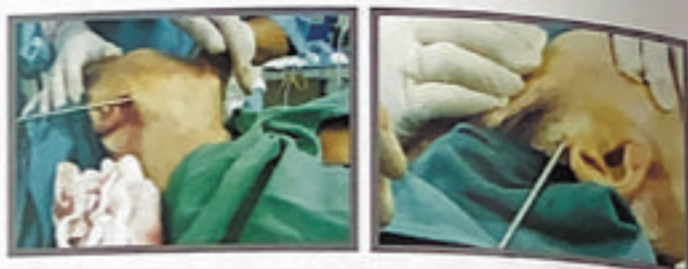
Infiltração com solução 120 ml SF 0,9% + 40 ml Lidocaina 2% sem vaso + 2 ml bicarbonato de sódio 8,4% + 1 ml de adrenalina 1:100 região cervicofacial.



Infiltração com a mesma solução na área facial lateral de lift.



Lipoaspiração da região cervicofacial e descolamento com tunelizações da face média.



Marcação, trajeto e plano de passagem (SMAS platisma) da agulha de Estocchero.



Passagem do fio pré e retro auricular (RoundBlock) com teste de Lifting.



Microporagem por 10 dias para evitar edema.



**Resultados com 30 dias de cirurgia.**

Observar o efeito lifting terço superior, reposicionamento do coxim do malar, cantopexia e o tratamento surpreendente da região cervicofacial.



Surg 1979; 3;529.

6-Baker, TJ; Stuzin, JM. Personal technique of face lifting. *Plas Reconstr Surg*, Baltimore 1997; 100(2): 502-8.

7-Aboudib, J;Cardodo de Castro, C. Anatomic Study of the Relationships Between the External Jugular Vein: The Greater Auricular Nerve and Platysma Muscle. *Rev Soc Bras Cir Plast* 1997; 12:29-33.

8-Correia, PC; Zani, R. Surgical Anatomy of the Facial Nerve as Related to Ancillary Operation in Rhytidoplasty. *Plast Reconstr Surg* 1973; 52(5): 549-52.

9-Digman, RO; Grabb, WC. Surgical Anatomy of the Mandibular Ramus of the Facial Nerve Based on the Dissection of 100 Facial Halves. *Plast Reconstr Surg* 1962;29:266-72.

10-Yllouz, YG. The Fat Cell Graf: A New Technique to Fill Depressions. *Plast Reconstr Surg* 1986;78:122.

11-Yllioz, YG. Tratamento do Envelhecimento da Face com Recursos da Lipoaspiração: Lipoaspiração. *RJ, Hipócrates* 1986;226-31.

12-Zocchi, ML. Discussion - Autologous Platelet-Rich Plasma as the Adipocyte in Vivo Delivery System. *Aesth Plast Surg* 2008;32:159-61.

13-Badin, AZD; Casagrande, C. Abordagem Videoendoscópica por Incisão Temporal. *Revinter, RJ* 2003; 154-64.

14-Patel, BCK. Abordagem e Indicações Diversas no Tratamento do Terço Médio da Face. *Rejuvenescimento Facial - Cirurgia Videoendoscópica e Procedimentos Ancilares. Revinter, RJ* 2003; 91-6.

15-Vascones, LO; Core, GB; Oslin, B. Endoscopy in plastic surgery - an overview. *Clin Plast Surg* 1995; 22(4): 285-9.

16-Baker, DC. Complications of Cervicofacial Rhytidectomy. *Clin Plast Surg* 1983; (3): 545 (62).

17-Mc Dowell, AJ. Effective Practical Steps to Avoid Complications in Face Lift. *Plast Reconstr Surg* 1972; 50:563.

18-Rees, TD; Borone, CM; Valaure, FA; Ginsberg, GD; Nolan, WB. Hematomas Requiring Surgical Evacuation Following Face Lift Surgery. *Plast Reconstr Surg* 1994; 93:1185.

19-Cardoso de Castro C; Aboudib, Jr JH. Complicações: Cirurgia de Rejuvenescimento Facial. *RJ Médica e Científica Ltda* 1998;321-41.

20-Pitanguy, I; Garcia, LC. Filosofia, Técnica e Complicações nas Rhytidectomias Através da Observação e Análise de 2.600 casos pessoais Consecutivos. *Ver Brás Cir* 1972; 62-277.

21-Hamra, ST. The zigoorbicular dissection in composite rhytidectomy: an ideal midface plane. *Plast reconstr Surg* 1998; 102:1646-57.

CONTATO PARA HANDS-ON.

drpedro@esculturalcenter.com.br

(21) 78283840.

www.esculturalcenter.com.br

**Bibliografia.**

1-Franco, T; Ribeiro, C. *Ritidoplastias: Cirurgia Estética*. Livraria Atheneu, Rio de Janeiro 1991; 49-110.

2-Morrison, W; Salisbury, M; Beckhan, P; Schaeferle III, M; Mladick, R; Ersek, RA. The Minimal Face Lift: Liposuction of the Neck and Jaws. *Aesth Plast Surg* 2001;25:94-9.

3-Tornard, P; Verpaele, A: A Modified S-Lift. *Plast Reconstr Surg* 202.

4-Abramo, AC; Oliveira, VR. The "Lazy S - Shaped" Plication of the SMAS-Platysma musculoaponeurotic System: A 10 Year Review. *Aesth Plast Surg* 2000; 24:433-9.

5-Aston, SJ: Platysma muscle in rhytidectomy. *Ann Plast*

## Hlpa X Lipoaspiração

Embora a HPLA (Hidrolipoclasia Aspirativa) seja um procedimento cirúrgico de menor porte, sua realização em consultório é arriscada e não justificada. Alguns profissionais, visando maior lucro, fazem divulgação desta técnica como se fosse um procedimento banal e chegam a realizá-la em consultório, ofertando risco a integridade física dos pacientes e até mesmo a sua própria vida. Olha o que diz a Sociedade Brasileira de Cirurgia Plástica e o Conselho Federal de Medicina:

### 1) HPLA (Hidrolipoclasia Aspirativa)

#### O que se divulga:

Novo método para tratamento de gordura localizada pela associação de 2 técnicas existentes: a lipoaspiração (com micro-cânulas) e hidrolipoclasia ultra-sônica (método criado por médico italiano que consiste em aplicar uma solução diretamente no tecido gorduroso e em seguida aplicar ultrassom sob a pele local fazendo com que as ondas ultrassônicas provoquem uma ruptura na membrana das células gordurosas levando-as a explodir e liberar a gordura que será eliminada do corpo via fezes e urina). Preconiza ampliar as vantagens e reduzir as desvantagens de ambas. A principal indicação para esta técnica são as gorduras localizadas de pequeno volume. Não necessita de hospitalização e é realizada com anestesia local. Dizem, que a solução aplicada contém

substâncias que vão aumentar a lipólise e a drenagem da micro-circulação linfática regional.

#### Fato:

HPLA, mini-lipo, micro-lipo, lipo-light, lipomodulação, etc., são todas terminologias com apelo comercial para a lipoaspiração setORIZADA ou fracionada acrescida de uma ou outra coisa. Na essência o que muda entre uma e outra é só mesmo o nome da "técnica" e de seu "criador", apresentando uma embalagem diferente de velhos conhecidos. Existe uma tentativa dos profissionais que não estão legalmente habilitados a transformar a lipoaspiração em um método "não cirúrgico". Atualmente a maioria dos cirurgiões plásticos utiliza cânulas de calibre entre 3 e 4 milímetros, portanto, micro-cânulas. Não existe publicação em revistas científicas consideradas sérias de que a hidrolipoclasia ultra-sônica seja válida tanto do ponto de vista metodológico como científico. Sendo assim, a HPLA não tem embasamento convincente até o momento que possa sustentá-la.

#### Cuidados:

Com objetivo de garantir ao paciente segurança e bem-estar e informar aos médicos os limites e critérios de execução da lipoaspiração, o Conselho Federal de Medicina (CFM) aprovou a Resolução nº 1.711/2003, regulamentando o assunto. Segundo o CFM, fica determinado que o profissional que vai executá-la deve estar habilitado a fazê-lo, tendo experiência mínima de dois anos em cirurgia geral com residência médica reconhecida e título de especialista. Portanto, médicos com formação em especialidades clínicas estão impedidos de executá-la.

### CONSELHO FEDERAL DE MEDICINA

#### RESOLUÇÃO Nº 1.711, DE 10 DE DEZEMBRO DE 2003

Estabelece parâmetros de segurança que devem ser observados nas cirurgias de lipoaspiração, visando garantir ao paciente o direito de decisão pós-informada e aos médicos, os limites e critérios de execução.

O CONSELHO FEDERAL DE MEDICINA, no uso das atribuições que lhe confere a Lei nº 3.268, de 30 de setembro de 1957, regulamentada pelo Decreto nº 44.045, de 19 de julho de 1958, e:

CONSIDERANDO que cirurgias de lipoaspiração ocupam, hoje, elevado percentual dentre as cirurgias plásticas no país;

CONSIDERANDO casos de intercorrências e complicações na execução da referida técnica, em diversos locais do país;

CONSIDERANDO a multiplicidade de condutas adotadas na execução da técnica;

CONSIDERANDO a liberalidade existente em relação aos cuidados a serem tomados quando da indicação e execução da técnica;

CONSIDERANDO que a saúde do ser humano é o alvo maior da atenção do médico, em benefício da qual deverá agir com o máximo de zelo e o melhor de sua capacidade profissional (art. 2º do CEM);

CONSIDERANDO que ao médico cabe zelar e trabalhar pelo perfeito desempenho ético da Medicina e pelo prestígio e bom conceito da profissão (art. 4º do CEM);

CONSIDERANDO que é vedado ao médico efetuar procedimentos sem o esclarecimento e o consentimento prévios do paciente ou de seu

responsável legal, salvo nos casos de iminente perigo de vida (art. 46 do CEM);

**CONSIDERANDO** que é vedado ao médico desrespeitar o direito de livre decisão do paciente quanto à execução de prática terapêutica (art. 56 do CEM);

**CONSIDERANDO** os conhecimentos científicos adquiridos até o presente momento e o estado atual da arte médica;

**CONSIDERANDO** o decidido em sessão plenária de 10 de dezembro de 2003, resolve:

**Art. 1º** - Reconhecer a técnica de lipoaspiração como válida e consagrada dentro do arsenal da cirurgia plástica, com indicações precisas para correções do contorno corporal em relação à distribuição do tecido adiposo subcutâneo.

**Art. 2º** - Que as cirurgias de lipoaspiração não devem ter indicação para emagrecimento.

**Art. 3º** - Que há necessidade de treinamento específico para a sua execução, sendo indispensável a habilitação prévia em área cirúrgica geral, de modo a permitir a abordagem invasiva do método, prevenção, reconhecimento e tratamento de complicações possíveis.

**Art. 4º** - Que as condutas pré-operatórias devem ser as mesmas adotadas para quaisquer atos cirúrgicos, prevendo, além de apurada anamnese e exame físico, as avaliações clínicas, laboratoriais e pré-anestésicas necessárias.

**Art. 5º** - Que as cirurgias de lipoaspiração devem ser executadas em salas de cirurgias equipadas para atendimento de intercorrências inerentes a qualquer ato cirúrgico.

**Art. 6º** - Nas sedações endovenosas, bloqueios peridurais, raquianestésias e anestésias gerais é obrigatória a participação do anesthesiologista cuja presença só é dispensável quando o ato cirúrgico for de pequeno porte e executado sob anestesia local sem sedação endovenosa.

**Parágrafo 1º** - Quando prevista a participação do anesthesiologista, conforme o caput deste artigo, a indicação do tipo de anestesia a ser empregada deve ser de sua estrita decisão, sempre com vista ao pleno comprimento da Resolução nº 1.363/93.

**Parágrafo 2º** - O paciente ou seu responsável legal deve ter prévio esclarecimento sobre o tipo de anestesia indicado, e manifestar seu consentimento.

**Parágrafo 3º** - Deve ser motivo de vigilância

apurada a possibilidade de intoxicação por anestésicos locais e vasos constritores, mediante identificação precoce de sinais e sintomas já conhecidos desta condição.

**Art. 7º** - A monitorização das variáveis hemodinâmicas e do débito urinário deve ser observada de maneira criteriosa para a adequada reposição volêmica.

**Parágrafo único** - O apurado controle de líquidos infiltrados mais líquidos infundidos e, também, do volume aspirado deve ser feito para evitar a super-hidratação ou a desidratação e seus efeitos indesejáveis.

**Art. 8º** - Que em vista da possibilidade de reposição hematológica, aventada no pré-operatório, tal fato deve ser comunicado ao paciente, para conhecimento e decisão.

**Art. 9º** - Que os volumes aspirados não devem ultrapassar 7% do peso corporal quando se usar a técnica infiltrativa; ou 5% quando se usar a técnica não-infiltrativa. Da mesma forma, não deve ultrapassar 40% da área corporal, seja qual for a técnica usada.

**Parágrafo 1º** - Casos que ultrapassem os parâmetros previstos no caput deste artigo e que possuam indicação médica de exceção têm sua execução restrita a ambientes de estrutura material hospitalar completa, sendo especificamente documentados e com nomeação explícita do cirurgião responsável pela indicação e execução do tratamento.

**Parágrafo 2º** - Deve ser evitada, no mesmo ato cirúrgico, a coincidência dos parâmetros máximos acima citados;

**Parágrafo 3º** - Considera-se volume aspirado o material coletado sobrenadante.

**Art. 10** - Que a associação com procedimentos cirúrgicos outros deve ser evitada quando as relações entre o volume e a área corporal estejam próximas ao máximo admitido.

**Art. 11** - Que devem ser tomadas medidas preventivas usuais para a ocorrência de TVP e acidentes tromboembólicos.

**Art. 12** - Que a alta do paciente deve observar os parâmetros estabelecidos na Resolução CFM nº 1.409/94, mesmo para os pacientes em regime não-ambulatorial.

**Art. 13** - Esta resolução entra em vigor na data de sua publicação.

**EDSON DE OLIVEIRA ANDRADE**

Presidente do Conselho

**RUBENS DOS SANTOS SILVA**

Secretário-Geral

On Mon, 23 Jun 2008 17:10:26 -0300 (BRT), monylin wrote

Como podemos ver, embora divulgado como simples, este procedimento pode trazer sérias consequências se não realizado por profissional qualificado e em local adequado. Por isso, nós da AV Cirurgia Plástica Estética só realizamos este procedimento em centro cirúrgico, com dois médicos cirurgiões e um anestesiologista. Não submetemos a paciente a anestesia geral. O preço costuma sair mais em conta que os anunciados por aqueles que dizem que em consultório é mais barato. O que eles fazem é anunciar um preço que inicialmente parece ser mais em conta porém, quando a paciente chega ao consultório, é dado um preço por área aspirada que, se somadas, acabam saindo mais cara que a realização no hospital. Além disto, o procedimento em consultório é limitado e a pessoa acaba voltando para a realização de outras áreas o que encarece mais ainda. Devido a legislação vigente em nosso País e o código de ética médica, o médico fica impossibilitado de dar preço em entrevistas ou qualquer outro tipo de mídia, assim como através de e-mails. O médico que anuncia novas terminologias para procedimentos cirúrgicos já consagrados, visando o aspecto comercial destes, e que anuncia preços e

parcelamentos, esta infringindo o código de ética médica e esta sujeito as punições prevista pelo Conselho Federal de Medicina.

[www.andrevieira.com.br](http://www.andrevieira.com.br)

### **Perfil do Autor:**

Possui graduação em Medicina pela Faculdade de Medicina de Teresópolis (1998), tendo concluído o Programa de Internato Hospitalar no HOSPITAL DE FORÇA AÉREA DO GALEÃO-HFAG-RJ em 1998 e Certificação de Diploma de Médico pela UNIVERSIDADE FEDERAL FLUMINENSE-UFF-RJ(1998). Especialização em Cirurgia Geral no Hospital Municipal Miguel Couto - RJ (2005), Especialização "Lato Sensu" em Cirurgia Plástica Estética no Serviço de Medicina e Cirurgia Plástica Estética-SBMCPE-RJ(2007), Membro Certificado da Sociedade Brasileira de Medicina e Cirurgia Plástica Estética-SBMCPE-RJ(2007), Membro Certificado do Colégio Brasileiro de Cirurgiões / Núcleo Central - RJ (2007), Membro Titular da American Academy of Cosmetic Surgery-AACS-USA-(2008). Tem experiência na área de Cirurgia Geral de Emergência e Eletiva, com ênfase em Cirurgia Plástica Estética.

## OXIGENAÇÃO HIPERBÁRICA E SUA APLICAÇÃO NA CICATRIZAÇÃO DE FERIDAS

### I-RESUMO:

A Oxigenoterapia Hiperbárica (OHB) é uma modalidade terapêutica que consiste na oferta de oxigênio puro ( $FiO_2 = 100\%$ ) em um ambiente pressurizado a um nível acima da pressão atmosférica, habitualmente entre duas e três atmosferas. A OHB pode ser aplicada em câmaras com capacidade para um paciente (câmara monopaciente ou monoplace) ou para diversos pacientes (câmara multipaciente ou multiplace). É indicado para diversas patologias, visando sempre a melhora da perfusão e do metabolismo tissular.

A OHB consiste em uma modalidade segura apresentando poucas contra-indicações. Os efeitos colaterais da OHB estão relacionados à variação da pressão e/ou toxicidade do oxigênio. A toxicidade do oxigênio está relacionada à dose oferecida e ao tempo de exposição ao tratamento hiperbárico. A toxicidade pulmonar (inexistente com doses clínicas de OHB) e neurológica são as mais importantes.

A OHB, devido a fisiologia envolvida na sua aplicação, com certeza, nos dias atuais, se apresenta como uma opção terapêutica clínica, podendo ser utilizada isoladamente ou em associação a outros procedimentos, demonstrando grande eficácia sem grandes efeitos adversos e a custo final reduzido no que se refere ao tratamento de regeneração e revitalização tecidual, dentre outras, comparativamente com tratamentos convencionais de feridas.

A grande expansão do número de serviços de OHB em todo o mundo deve-se, principalmente, a rápida eficácia do tratamento e à redução dos custos.

Este trabalho visa contribuir com dados relevantes que comprovem esta eficácia, frente às complicações tão temidas numa cirurgia, onde esperamos obter resultados estéticos de excelência.

### II-INTRODUÇÃO:

Os levantamentos realizados pela Associação Brasileira de Medicina Hiperbárica indicam uma redução de custos com os pacientes submetidos à oxigenoterapia hiperbárica na ordem de até 40% se comparados com o tratamento convencional. As indicações médicas para o uso da Oxigenoterapia Hiperbárica têm o controle científico da Sociedade Brasileira de Oxigenoterapia Hiperbárica e pela

Undersea and Hyperbaric Medical Society, sediada nos Estados Unidos.

A oxigenoterapia hiperbárica é reconhecida como uma modalidade terapêutica que deve ser aplicada por um médico. No Brasil, as indicações foram regulamentadas pelo Conselho Federal de Medicina, mediante resolução CFM 1457/95.

### 1- OXIGENOTERAPIA HIPERBÁRICA (OHB):

Devido a patologias relacionadas com ambiente subaquático ou pressurizado, tornou-se necessária a intervenção de médicos e pesquisadores. É marco histórico, o trabalho do fisiologista francês Paul Bert, que em 1876 publicou a obra "A Pressão Barométrica", origem da fisiologia hiperbárica e base da medicina hiperbárica moderna. O trabalho de Paul Bert criou a área médica dedicada ao estudo das alterações fisiológicas e metabólicas do organismo exposto a pressões superiores à pressão atmosférica e sistematizou a oxigenoterapia hiperbárica, utilizando a inalação de oxigênio puro em ambiente pressurizado.

O cirurgião holandês Ite Boerema, na década de 1960, publicou artigo sobre o uso sistemático da oxigenoterapia hiperbárica no meio hospitalar.

O Professor Alvaro Ozorio de Almeida (1882-1952), brasileiro, é considerado pioneiro mundial do uso da hiperóxia hiperbárica, tendo realizado na década de 1930 trabalhos clínicos e experimentais, sobre a aplicação da oxigenoterapia hiperbárica na gangrena gasosa e lepra lepromatosa

A medicina hiperbárica está subdividida em duas áreas. Uma delas é dedicada à atividade profissional e saúde ocupacional de mergulhadores (Mergulho de Saturação), aeronautas e trabalhadores sob ar-comprimado, portanto ligada à medicina do trabalho. A outra área da medicina hiperbárica está voltada à aplicação clínica da oxigenoterapia hiperbárica em ambiente hospitalar. Seu desafio é a pesquisa e sistematização de protocolos que demonstrem, com rigor científico, o potencial clínico dessa terapêutica.

#### 1.1 - Princípios Físicos:

A atmosfera consiste em uma mistura gasosa, contendo em volume 20,94 % de oxigênio, 78,08 % de nitrogênio, cerca de 0,04 % de dióxido de carbono



ar que respiramos, portanto, em termos práticos, é composto por 21 % de oxigênio e 79 % de nitrogênio.

1.1.1- Lei de Dalton:

A Lei de Dalton, determina que a pressão parcial de um gás, componente de uma mistura, seja proporcional a sua fração nessa mistura. Dessa forma, um organismo aeróbio está submetido a uma pressão parcial de oxigênio determinada pela altitude em que se encontra. Sendo a pressão total da mistura no nível do mar de 760 mmHg, a pressão parcial do oxigênio será de 160 mmHg.

1.1.2- Lei de Henry:

Os gases dissolvem-se nos líquidos de forma diretamente proporcional à pressão, de acordo com a Lei de Henry, e cada gás apresenta um determinado coeficiente de solubilidade em um líquido específico.

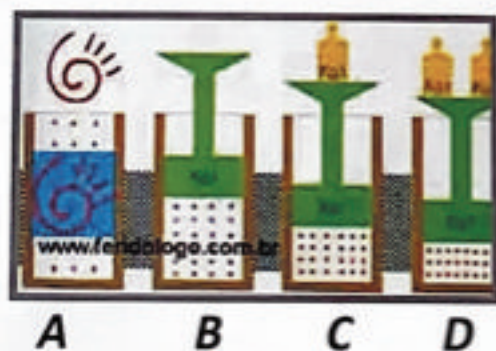
A analogia clássica para explicar tal fenômeno é o que acontece com a garrafa de champanhe, quando aberta. A pressão dentro dela, que era grande, diminui ao contato com a atmosfera e o gás, fisicamente dissolvido, desprende-se.

Os coeficientes de solubilidade de gases, fisiologicamente importantes na água e líquidos corporais, são variáveis. Na temperatura corporal o dióxido de carbono é vinte vezes mais solúvel que o oxigênio. Após a dissolução de 0,024 ml de oxigênio em um litro de água, em temperatura constante, não será mais possível acrescentar gás ao solvente, na pressão atmosférica.

Em condições fisiológicas normais a hemoglobina, que carrega 200 ml de oxigênio em um litro de sangue, regula a compatibilização da demanda desse gás, podendo o organismo se adaptar a menores pressões parciais de oxigênio, tal como a existente em grande altitude, simplesmente aumentando a produção de hemácias circulantes.

1.1.3 - Lei de Boyle :Lei de Boyle

A Lei de Boyle estabelece que a pressão é inversamente proporcional ao volume do gás.



No cilindro A temos um litro de ar em pressão atmosférica absoluta (1ATA).

No cilindro B, caso o embolo (pistão) tenha uma área de 1cm<sup>2</sup>, exercendo uma força de 1kgf, a pressão será de 1kg/cm<sup>2</sup>, que equivale aproximadamente a 1 atmosfera; como já havia 1ATA no ambiente, a pressão absoluta resultante é de 2ATA. Nesse caso, o volume reduz-se à metade.

No cilindro C a pressão é de 3ATA e o volume é reduzido a um terço.

No cilindro D o volume é de um quarto, já que a pressão é de 4ATA.

1.2- Câmara Hiperbárica:

Não se caracteriza como oxigenoterapia hiperbárica (OHB) a inalação de oxigênio a 100 % na respiração espontânea ou por meio de respiradores mecânicos na pressão ambiente. Da mesma forma, o tratamento utilizando bolsas ou tendas, ainda que pressurizadas, não pode ser considerado terapia hiperbárica, estando o assistido em pressão ambiente. No procedimento da OHB o cliente deve estar no interior da câmara hiperbárica pressurizada.

1.2.1- Monopaciente ou Monoplace:

As câmaras monoclientes permitem a acomodação de apenas um cliente, é pressurizada pelo oxigênio puro, não havendo necessidade de dispositivos especiais para a inspiração do O<sub>2</sub>.

1.2.2- Multipaciente ou Multiplace:

A câmara multicliente comporta, de forma simultânea, várias pessoas, inclusive o médico e/ou enfermeiro especializado. O mecanismo de pressurização e despressurização é realizado com ar comprimido e o oxigênio a 100 % é inspirado por meio de máscara ou capuz especial.

1.3- Conceitos sobre o uso de Oxigênio Hiperbárico (OHB):

A oxigenação hiperbárica (OHB) consiste na inalação de oxigênio a 100 %, com pressão superior à pressão atmosférica no nível do mar. A medicina hiperbárica, geralmente, trabalha com a pressão ambiente referida em atmosferas absolutas (atm, abs ou ATA). No nível do mar 1 atm abs equivale a 760 mmHg (1 ATA = 760 mmHg).

A OHB exige que o paciente permaneça no interior de compartimentos selados, resistentes à pressão, as câmaras hiperbáricas. Tem valor terapêutico imediato apenas em casos de embolia gasosa ou patologias disbáricas, como a doença

patologias disbáricas, como a doença descompressiva. O tratamento da OHB tem por fator primordial o aumento da tensão de oxigênio nos líquidos corporais. Se o paciente, submetido ao tratamento de OHB, inspirando oxigênio a 100 %, por exemplo, à pressão de 3ATA poderá atingir até o valor de 2.000mmHg. Nessa hipótese, cerca de 6,4ml de oxigênio estarão dissolvidos em cada 100ml de sangue, além do O<sub>2</sub> já ligado à hemoglobina.

Paul Bert, em 1878, descreveu a ação neurotóxica aguda do O<sub>2</sub>, que apresenta as fases prodrômica e convulsiva. Na primeira fase (prodrômica) o assistido manifesta desconforto e sintomas neuropsicomotores, já, na fase convulsiva surgem contrações tônico-clônicas e perda de consciência, assemelhando-se à crise epilética clássica. A crise neurotóxica do O<sub>2</sub> pode acontecer em pacientes que tenham sido submetidos à OHB, com pressurização igual ou superior a 3 ATA. Estudos mais recentes indicaram o envolvimento do óxido nítrico como mediador na toxicidade neurológica do oxigênio hiperbárico.

A OHB pode provocar alteração pulmonar, em razão das altas tensões de oxigênio as quais o pulmão é submetido, pois quanto maior a pressão deste gás no pulmão, maior quantidade de O<sub>2</sub> será absorvida pelo sangue e dissolvida nos líquidos corpóreos.

Diante desses efeitos secundários da oxigenoterapia hiperbárica, há limites pré-estabelecidos de exposição a essa terapia, referentes ao nível de pressão e período de permanência no interior da câmara.

#### 1.4- Mecanismos de ação:

O potencial terapêutico da oxigenação hiperbárica decorre da absorção de alta dose de oxigênio, que pode compensar determinadas condições de hipóxia, alterando a evolução da doença. A quantidade de oxigênio liberada pela hemoglobina durante a passagem do sangue através da maioria dos tecidos é cerca de 5 - 6 ml/100 ml de sangue. (5a6V%)

Embora a necessidade de O<sub>2</sub> varie dependendo do tipo de célula. Respirando O<sub>2</sub> a 100% em pressão de 3 ATA, aproximadamente 6ml de O<sub>2</sub> por 100 ml de sangue são dissolvidos no plasma sendo possível dispensar o mecanismo transportador de Hb, suprimindo a necessidade do oxigênio tissular apenas com o dissolvido no plasma.

#### 1.5- Efeitos da OHB:

Alguns mecanismos são de particular interesse para a medicina, tais como: efeitos mecânicos; efeitos

fisiológicos e metabólicos; ação microbicida e microbiostática; ação bioquímica e efeito sinérgico com outros medicamentos.

##### 1.5.1-Efeitos Mecânicos:

Os efeitos mecânicos do aumento da pressão atmosférica absoluta durante o procedimento da OHB podem corresponder a barotraumas das cavidades preenchidas por ar, tais como pulmão, ouvido médio e seios da face, podendo provocar barotrauma do ouvido médio, barotrauma sinusal, barotrauma pulmonar, e embolia traumática causada pelo ar.

##### 1.5.2- Efeitos Fisiológicos e Metabólicos:

**Pode-se destacar as seguintes alterações:**

##### A) Alterações Hemodinâmicas:

A hiperóxia hiperbárica tem efeito vasoconstritor peculiar na maioria dos tecidos. Esse efeito é devido ao controle vasomotor intrínseco, com pouca influência dos mecanismos centrais. Ocorre vasoconstrição generalizada, sendo exceção a circulação pulmonar, uma vez que a hiperóxia hiperbárica provoca vasodilatação pulmonar. A vasoconstrição prevalece em maior ou menor grau conforme o tipo de tecido, provocando aumento da resistência vascular periférica e deslocando a volemia sangüínea para os vasos de capacitância, diminuindo, assim, o retorno venoso. A hiperóxia induz à diminuição da frequência cardíaca.

##### B) Alterações Neuro-endócrinas:

As alterações do sistema nervoso central (SNC) em hiperóxia hiperbárica inicialmente correspondem ao período de ativação, que ocorre entre 60 a 90 minutos na pressão de 2 a 3ATA. Testes cognitivos e perceptivos, realizados em pacientes submetidos à OHB, demonstraram melhor desempenho após o tratamento. A hiperóxia hiperbárica ativa a formação reticular do SNC, com manifestações ascendente (maior excitabilidade medular = aumento do tônus muscular) e descendente (alterações endócrinas).

##### C) Alterações Metabólicas:

O consumo global de oxigênio em hiperóxia hiperbárica mantém-se inalterado. Isso acontece porque, durante os 30 a 60 minutos iniciais de exposição, o oxigênio se difunde por todos os tecidos corporais, até saturá-los, substituindo o nitrogênio, neles impregnados, que é eliminado por difusão. Se forem efetuadas medidas de consumo de oxigênio nessa fase, o O<sub>2</sub> estará aparentemente aumentado.

No estado de hiperóxia hiperbárica a hemoglobina presente no sangue venoso pode estar parcial ou totalmente saturada de O<sub>2</sub>. Os cerca de 20 % do dióxido de carbono (CO<sub>2</sub>), que seriam transportados pela hemoglobina, serão dissolvidos no plasma, formando maior quantidade de ácido carbônico, havendo, portanto, acréscimo a ser tamponado pelo sistema de bicarbonato. Existindo suficiência deste mecanismo, não ocorrerão alterações significativas do pH ou pCO<sub>2</sub> (pressão parcial de CO<sub>2</sub>) sanguíneos.

A angiogênese é estimulada pela hipoxia. Período de hipoxia aumenta a atividade fibroblástica. Assim a hipoxia seguida imediatamente de período de hiperóxia, constata-se um aumento da rede capilar tanto em número como em diâmetro. Aplicações clínicas para a neovascularização: - Enxertos e retalhos, osteoradionecrose.

#### 1.5.3- Efeito Microbicida e Microbiostático:

Condições patológicas diversas podem diminuir a tensão de oxigênio no local afetado. O desenvolvimento bacteriano é favorecido pela hipóxia ou anaerobiose. A hiperóxia hiperbárica favorece a ação bacteriostática, alterando, por exemplo, a biossíntese de aminoácidos, difusão da membrana e síntese e degradação de DNA das bactérias. A sensibilidade bacteriana em relação à tensão de oxigênio é variável, sendo mais evidente nas bactérias anaeróbicas. Proliferação de fibroblastos, bem como a síntese de colágeno são processos oxigênio dependente. A cicatrização de feridas diminui marcadamente quando a pO<sub>2</sub> tissular cai abaixo de 30 mmHg.

Oxigenoterapia Hiperbárica tem demonstrado ser eficaz na inibição da produção da Alfa Toxina Clostridial. É também efetivo em inativar toxinas circulantes. Grande aplicação clínica encontra-se nos casos de Gangrena gasosa.

#### 1.5.4- Efeito Sinérgico com antibióticos:

Aminoglicosídeos e Anfotericina B necessitam de ambiente rico em O<sub>2</sub> para seu transporte através de membranas celulares.

#### 1.6- Indicações clínicas da OHB:

Inúmeras são as indicações, determinadas por vários protocolos, aceitos no âmbito internacional e Brasil. As principais indicações são: Embolia gasosa, doença descompressiva, embolia traumática causada pelo ar, envenenamento por monóxido de carbono ou intoxicação por fumaça,

cianídricos, gangrena gasosa clostridiana, síndrome de Fournier, infecção necrotizante de tecido mole (celulite, fasciite, miosite, deiscência de sutura etc.), isquemia aguda traumática (lesão por esmagamento, síndrome compartimental, replante de extremidades amputadas etc.), retalho microcirúrgico ou enxerto dermo-epidérmico comprometido ou a risco, vasculite aguda de etiologia alérgica, medicamentosa ou por toxina biológica (ofídio, aracnídeo e inseto), queimadura complexa, lesão refratária: (úlceras de pressão, úlcera vasculogênica, úlcera neuropática - pé diabético- etc.), lesão por radiação (radiodermite, osteoradionecrose, lesão actínica etc.), osteomielite crônica, hipoacusia por ototoxicidade a agente quimioterápico, e anemia aguda no caso de impossibilidade de transfusão sanguínea..

#### 1.7- Contra-indicações da OHB:

A OHB consiste em uma modalidade segura apresentando poucas contra-indicações, e os efeitos colaterais da OHB estão relacionados à variação da pressão e/ou toxicidade do oxigênio. A toxicidade do oxigênio está relacionada à dose oferecida e ao tempo de exposição ao tratamento hiperbárico. Podemos classificar essas contra-indicações em:

1.7.1- Absoluta : Uso de drogas (Doxorrubicin, Dissulfiram, Cis-Platinum, Mafenide Acetato) , Pneumotorax não tratado.

1.7.2-Relativa : Infecção de vias aéreas superiores, DPOC com retenção de CO<sub>2</sub>, Hipertermia, História de pneumotórax, Cirurgia Prévia em Ouvido, Esferocitose Congênita, Infecção Viral, Gravidez.

#### III- CONCLUSÃO:

A Medicina Hiperbárica ou Oxigenoterapia Hiperbárica (OHB) é uma modalidade terapêutica que utiliza o efeito experimentado pelo organismo ao ser submetido a uma pressão acima da pressão atmosférica. Ao ser administrado oxigênio a 100 % a um paciente submetido a uma pressão 2 a 3 vezes maior que a atmosférica, no interior de uma câmara hiperbárica, consegue-se obter, além da saturação de 100 % da hemoglobina, um aumento significativo de oxigênio livre, não ligado à hemoglobina que, dissolvido no plasma (até 2.000 mmHg), alcança os diversos tecidos do organismo. Nestas condições, observa-se uma rápida normalização dos processos de cicatrização de feridas e um combate efetivo a várias infecções. A oxigenoterapia hiperbárica

acelera o processo de recuperação de várias patologias agudas e crônicas trazendo vários benefícios como: a diminuição dos custos globais dos tratamentos pela aceleração da recuperação do paciente e conseqüente redução do tempo de hospitalização; propicia uma abordagem menos agressiva e mais conservadora das intervenções cirúrgicas, reduzindo os custos e melhorando a qualidade de vida do paciente; há um aumento na confiabilidade do médico por permitir a melhora dos casos de difícil tratamento pelo método tradicional; Portanto, devido a estes efeitos cicatrizantes da oxigenoterapia hiperbárica sobre os tecidos, o método é indicado como tratamento principal ou coadjuvante a diversas doenças agudas ou crônicas, de natureza isquêmica, infecciosa, traumática ou inflamatória, geralmente graves e refratárias aos tratamentos convencionais.

**IV- REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS:**

1. Candido L.C., Leite M.S., Vinhaes G.E., Iazzetti P.E.: Tratamento cirúrgico da fasciíte necrotizante dos membros. Abstract book do XIX Congresso Brasileiro de Cirurgia da Mão, VII Congresso Sudamericano de Cirurgia de la Mano, II Congresso Sudamericano de Terapia de la Mano, Encuentro Ibero-americano de Cirurgia de la Mano, São Paulo (SP), 1999, pág. 84.
2. Candido L.C., Vinhaes G.E., Leite M.S., Iazzetti P.E.: Reconstrução cirúrgica de feridas pós-fasciotomia

descompressivas dos membros. Abstract book do XX Congresso Brasileiro de Cirurgia da Mão e XI Encontro Brasileiro de Microcirurgia Reconstructiva, Recife, 2000, ref. no 26, pág. 41.

3. Candido L.C., Leite M.S., Vinhaes G.E., Iazzetti P.E.: Tratamento das fasciítes necrotizantes dos membros. Abstract book do XX Congresso Brasileiro de Cirurgia da Mão e XI Encontro Brasileiro de Microcirurgia Reconstructiva, Recife, 2000, ref. no 27, pág. 41.
4. Candido L.C.: Aplicação da Oxigenoterapia Hiperbárica no Tratamento de Queimaduras. In: Abstract book do III Congresso Brasileiro de Queimaduras, Porto Alegre, 41:45, 2001. E outros.

**Autor do Trabalho: Dr. Fernando Guedes - CRM- 52.63194-9**

- Médico graduado pela FTESM
- Título de Especialização em Cirurgia Geral pelo HNMD (Hospital Naval Marçilio Dias - Marinha do Brasil)
- Título de Pós-graduação em Medicina Estética pela SBME
- Título de Pós-graduação em Medicina e Cirurgia Plástica Estética pela SBMCPE
- Membro da Sociedade Brasileira de Medicina Estética
- Membro da Sociedade Brasileira de Medicina e Cirurgia Plástica Estética
- Filiado à Union Internationale de Médecine Esthétique (UIIME)
- Médico Oficial Superior do Corpo de Saúde da Marinha do Brasil
- Membro do CBC - Colégio Brasileiro de Cirurgias.
- E-mail: doc.guedes@terra.com.br
- Site: fgplasticaestetica.com.br

**Calendário SBMCPE - 2012**

- Março** - Início das Aulas da turma da Pós-Graduação em Medicina e Cirurgia Plástica Estética, 1º semestre.
- Abril** - Início das Aulas da turma da Pós-Graduação em Estética e Cosmetologia, 1º semestre.
- Mai** - VI Congresso Científico Brasileiro de Estética - Estética In Rio.
- Junho** - IV Simpósio de Medicina e Cirurgia Plástica Estética da SBMCPE/UVA.
- Agosto** - Início das Aulas da Pós-Graduação em Cirurgia Geral
- Setembro** - Início das Aulas da turma da Pós-Graduação em Medicina e Cirurgia Plástica Estética, 2º semestre.
- Outubro** - VI Congresso Internacional da SBMCPE/ASCMS, Orlando - Flórida/EUA.
- Outubro** - Início das Aulas da turma da Pós-Graduação em Estética e Cosmetologia, 2º semestre.
- Novembro** - V Congresso Brasileiro de Medicina e Cirurgia Plástica Estética, Copacabana - Rio de Janeiro.

\*Datas a Confirmar

\*\*Calendário sujeito a alteração



## V Congresso Internacional da SBMCPE

Foi realizado, nos dias 19, 20 e 21 de outubro de 2011, o nosso V Congresso Internacional, em parceria com a American Society of Cosmetic Medicine and Surgery (ASCMS). O evento aconteceu no Hotel Lake Buena Vista Resort, em Orlando, Flórida - USA, e contou com a presença de renomados palestrantes que, mais uma vez, trouxeram temas de grande relevância na medicina e cirurgia plástica estética.

Desde 2007, quando por idéia do seu presidente, Edison Teixeira, foi realizado o I Congresso Internacional da SBMCPE, o evento vem crescendo a cada ano, demonstrando a força da nossa sociedade dentro e fora do país.

"É muito gratificante para mim ver que esta idéia deu certo e, apesar das dificuldades de se organizar um congresso fora do Brasil, temos conseguido trazer cada vez mais gente. Agradeço principalmente aos palestrantes, que apresentaram trabalhos interessantíssimos, mantendo a alta qualidade científica, nosso principal objetivo em todos os eventos" - declarou Edison Teixeira.

Eduardo Teixeira, vice presidente da SBMCPE, afirmou que "apesar de ser um evento pequeno, até pelas dificuldades inerentes a um congresso realizado em outro país, acaba sendo muito

proveitoso pelo nível dos participantes e pela oportunidade de se debater mais informalmente e profundamente cada tema. Saliento, ainda, que a presença maciça dos colombianos, como já havia acontecido no ano passado, traz também técnicas e experiências diferentes para serem discutidas".

Além deste intercâmbio de conhecimentos, este congresso tem, ainda, a vantagem de ser realizado em uma das mais famosas cidades do mundo, repleta de atrações turísticas extraordinárias. Assim, o evento não só possibilita o aprofundamento dos presentes em diversas áreas, mas também, proporciona momentos de muita diversão com os amigos e com a família. Sem falar nas inevitáveis incursões aos "outlets", onde o dólar baixo e os produtos de qualidade tornam as compras uma tentação irresistível.

Devido ao crescente sucesso, fruto do trabalho e dedicação de toda a equipe da SBMCPE, este congresso, que faz parte do calendário oficial da sociedade, já está com a sua sexta edição confirmada para outubro de 2012. Portanto, quem não quiser perder esta oportunidade de juntar conhecimento e lazer já pode ir conferindo, ou providenciando, seu passaporte, sem esquecer do visto, para não deixar para última hora.



Vista da sala das palestras.



Vista da sala das palestras.



Profª Edison Teixeira entregando o prêmio aos Congressistas.



Profª Edison Teixeira entregando o prêmio aos Congressistas.



Equipe realizadora do V Congresso do SBMCPE em Orlando, EUA.

## USO DE TELA DE POLIPROPILENO NA CORREÇÃO DE EXTRUSÃO DE PRÓTESE MAMÁRIA

**Palavras-chave:** MAMOPLASTIA DE AUMENTO; EXTRUSÃO; TELA DE POLIPROPILENO

### Introdução:

O uso de telas de polipropileno (Tela de MarlexR) na correção e reforço da parede abdominal é corrente e consagrada. No entanto, não encontramos registros do emprego deste tipo de material com o objetivo de reforçar o tecido mamário, como foi feito em dois casos em que havia ocorrido a extrusão de implantes de silicone, e que resultaram em êxito.

### Objetivo:

O objetivo deste trabalho é relatar dois casos em que foi utilizada a tela de polipropileno para o reforço do pólo inferior da mama em pacientes que haviam apresentado extrusão de próteses de silicone, e que evoluíram com resolução satisfatória dos seus quadros.

### Relato dos casos:

No primeiro caso, uma paciente de 52 anos, que havia sido submetida a uma mamoplastia redutora vertical 3 anos antes, foi operada para inclusão de próteses de silicone de 255 ml, em loja subglandular e por via periareolar. Evoluiu no pós-operatório com a formação de seroma na mama E, que resultou, após 8 dias, na abertura espontânea da cicatriz vertical da mamoplastia anterior, com a conseqüente extrusão do implante. Optou-se, no primeiro momento, pelo fechamento da ferida para resolução do processo inflamatório agudo. Após 4 meses, a paciente apresentava regressão completa do processo, porém com retração da cicatriz, causando deformidade importante no pólo inferior da mama (fig. 1). Foi, nesta data, realizado procedimento para correção da retração, com a inclusão da tela de polipropileno e a confecção de uma nova loja, na qual foi colocada uma prótese de 155 ml, em caráter provisório, com o objetivo de manter o espaço e o contorno (figs. 2 e 3). Após mais 6 meses, foi feita a cirurgia definitiva, com a substituição por um implante de 255 ml na mama E, por via periareolar superior (figs. 4 e 5). Não houve novas intercorrências, estando a paciente, no momento, com 7 anos de pós-operatório deste último procedimento (figs. 6 e 7). Imagens obtidas por RNM mostram as próteses conservadas, não havendo menção, no laudo do radiologista, à presença da tela (figs. 8 e 9).



Fig. 1 - Antes da primeira cirurgia reparadora, para correção da retração cicatricial resultante da extrusão.

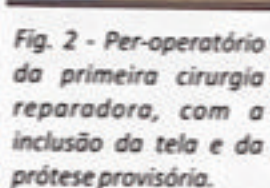


Fig. 2 - Per-operatório da primeira cirurgia reparadora, com a inclusão da tela e da prótese provisória.



Fig. 3 - Pós-operatório imediato da primeira cirurgia reparadora.

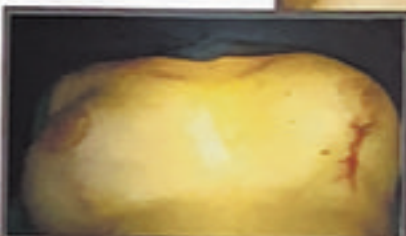


Fig. 4 - Antes da segunda cirurgia reparadora, para a inclusão da prótese definitiva.

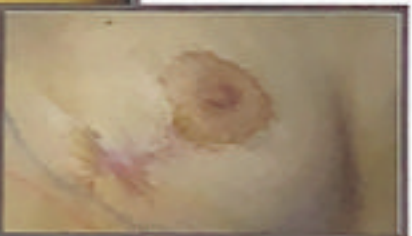


Fig. 5 - Pós-operatório da segunda cirurgia reparadora.



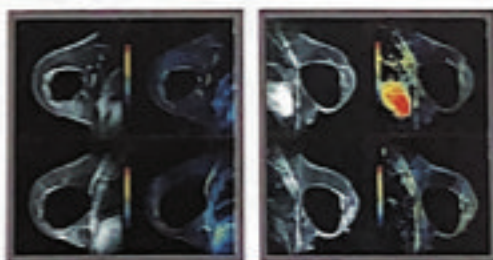
Fig. 6 - Aspecto frontal após 7 anos.



Fig. 7 - Aspecto lateral E após 7 anos.



Figs. 8 e 9 - RNM de mama 7 anos após os procedimentos.



No segundo caso, uma paciente de 42 anos, também já previamente operada para uma redução mamária, pela técnica de Pitanguy, 12 anos antes da inclusão da prótese, apresentou extrusão do implante após a abertura espontânea da cicatriz da cirurgia anterior na junção do "T" (fig. 10). Neste caso, foi realizada, no mesmo tempo, o fechamento da ferida no pólo inferior, com a colocação da tela e o rebatimento de parte da musculatura torácica para reforço do tecido (figs. 11 e 12). Em seguida, foi feita a colocação de um novo implante, por via periareolar superior (fig.13), em uma loja preparada por baixo na cápsula pré-existente. A paciente evoluiu bem, e permanece com a prótese após 3 anos (fig. 14).

#### Discussão:

O conhecimento prévio dos recursos empregados em cirurgia geral, notadamente na correção das hérnias da região inguinal e da parede anterior do abdome, sugeriam ao autor que o emprego da tela de polipropileno como indutor de uma reação fibrosa poderia conferir a um tecido enfraquecido uma maior resistência. Diante da necessidade de reforçar o pólo inferior das mamas das pacientes, que já haviam apresentado extrusão das próteses anteriores exatamente pela deiscência de suturas antigas nesta região, optou-se pelo emprego da tela.

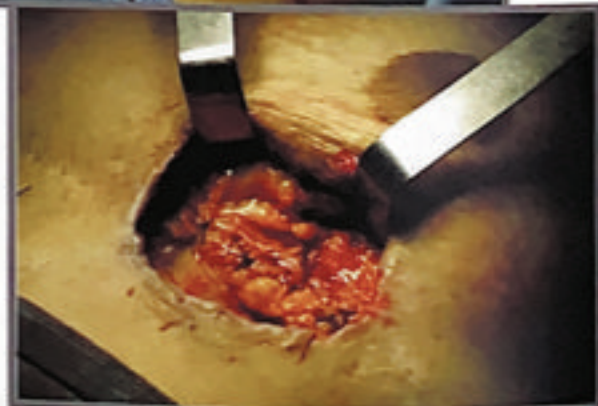
No primeiro caso, conduzido de forma mais cautelosa, o autor aguardou a regressão do quadro agudo, implantou a tela em um segundo tempo, quando da correção da retração cicatricial, com a colocação de uma prótese menor, atuando como molde, e apenas em um terceiro procedimento, já com a cicatriz consolidada, fez a inclusão do implante definitivo.

No segundo caso, houve uma conduta mais agressiva, com a correção em um só tempo da extrusão, tendo o autor lançado mão de um retalho muscular para cobrir a tela. Esta medida visou evitar que a fibrose resultante da referida tela se tornasse muito evidente ao toque, já que a pele se encontrava muito delgada na região, além de conferir mais resistência ao conjunto de tecidos do pólo inferior, que teria que suportar a nova prótese. Embora tenha ocorrido êxito nos dois casos, o autor considera que a conduta mais conservadora empregado no primeiro caso é mais seguro, e mais indicado na eventualidade de ocorrerem situações

semelhantes. Além da maior segurança quanto às condições locais, após a melhora da inflamação, o tempo decorrido entre a colocação da tela e o implante definitivo certamente permitiu uma maior proliferação fibrosa na região tratada, conferindo maior resistência a este pólo inferior. Sendo esta a principal preocupação nestes casos, nos quais tecidos já demasiadamente manipulados teriam que sustentar a tensão e o peso resultantes de um novo implante, a opção por aguardar um prazo de, pelo menos, três meses para que haja a completa cicatrização e incorporação da tela ao tecido nos parece mais adequado.



Fig. 10 - Extrusão de prótese pela cicatriz da mamoplastia redutora prévia.



Figs. 11 e 12 - Colocação da tela de polipropileno, coberta com um retalho muscular, para reforço do pólo inferior.



Fig. 13 - Incisão periareolar superior, para introdução da nova prótese. Observa-se a presença da tela revestindo internamente o pólo inferior da mama.



Fig. 14 - Aspecto após 3 anos, com permanência da prótese.

Embora não se encontre na literatura relatos que corroborem esta técnica, o tipo de reação local provocada pela tela de polipropileno é, sabidamente, do tipo "corpo estranho". Este tipo de resposta se caracteriza por ser um processo localizado, com poucas repercussões sistêmicas, e autolimitado, cessando após a formação do "granuloma" que envolve o material não reconhecido. Sendo este granuloma rico em fibras colágenas, o implante da tela resulta em reforço do tecido. Porém, esta deposição fibrosa ocorre, com maior intensidade,

a partir da segunda semana, estando praticamente concluída após dois ou três meses. Assim, é depois deste período que o conjunto tecido/tela atinge a plenitude de sua resistência.

Cabe também discutir se a mamoplastia prévia, mesmo após alguns anos, pode ser considerado um fator de risco para extrusão de próteses. Efetivamente, é sabido que o tecido cicatricial, mesmo nas melhores condições e após a conclusão de todo o processo, não oferece mais do que 70% da resistência do tecido sã. Em condições desfavoráveis, com o aumento da tensão produzida por um seroma, estas cicatrizes podem ceder, causando a exposição dos implantes. Neste contexto, ganha força a opção pela inclusão das próteses no plano submuscular, mas é preciso lembrar que esta alternativa não se aplica a todas as pacientes.

Ainda que situações semelhantes sejam, felizmente, incomuns, a popularização dos implantes mamários torna possível prever que tais casos possam acontecer com qualquer cirurgião. A solução aqui proposta, certamente merecedora de mais estudos, mas baseada em conhecimentos consolidados, fica como sugestão a ser considerada em condições específicas.

#### **Conclusão:**

Os autores concluem que, embora sejam necessários maiores estudos, a conduta proposta teve êxito, e pode representar uma alternativa para o tratamento de casos semelhantes.

**Autor:** Prof. Dr. Eduardo Costa Teixeira

#### **Formação acadêmica:**

Mestre em cirurgia pela Universidade Federal Fluminense (UFF) e Doutor pela Universidade Federal do Rio de Janeiro (UFRJ).

Professor adjunto de Clínica Cirúrgica da Universidade Federal do Estado do Rio de Janeiro (UNI-RIO).

Vice-Presidente da Sociedade Brasileira de Medicina e Cirurgia Plástica Estética.

Membro Titular do Colégio Brasileiro de Cirurgiões.

Membro da Sociedade Brasileira de Medicina Estética e do Capítulo Brasileiro de Medicina e Cirurgia Estética.



## NOTÁVEL SEMELHANÇA

O SOCIÓLOGO FRANCÊS PIERRE BOURDIEU AFIRMOU QUE HOMENS TENDEM A SE MOSTRAR INSATISFEITOS COM AS PARTES DE SEUS CORPOS QUE CONSIDERAM PEQUENAS DEMAIS, ENQUANTO QUE AS MULHERES DIRIGEM SUAS CRÍTICAS ÀS ÁREAS QUE CONSIDERAM GRANDES DEMAIS.

A DOMINAÇÃO MASCULINA EXPLORA ESSE LADO SIMBÓLICO DA MULHER SER OBJETO RECEPTIVO, ATRAENTE, DISPONÍVEL. DELAS SE ESPERAM QUE SEJAM SEMPRE BELAS, SORRIDENTES, SUBMISSAS, FEMININAS, CONTIDAS E POR VEZES "APAGADAS". NESTE CASO, SER MAGRA CONTRIBUI PARA ESTA CONCEPÇÃO DE SER MULHER.

O ACESSO ÀS INFORMAÇÕES DE DUVIDOSA ORIGEM E CONCEITOS É PERFEITAMENTE VIÁVEL A QUALQUER PESSOA QUE BUSQUE A INTERNET COMO AUXÍLIO. O "DR GOOGLE" ESTÁ AÍ PARA TIRAR TODAS AS DÚVIDAS, NÃO É MESMO? PODEMOS VER EM VÁRIOS SITES QUE DIVULGAM INFORMAÇÕES DO TIPO: "VOCE NÃO DEVE COMER ALGO QUE TE ENGORDE, SEM SE PUNIR DEPOIS"; "SER MAGRA É MAIS IMPORTANTE DO QUE SER SAUDÁVEL"; "NÃO ENGULA! MORDA, MASTIGUE E JOGUE FORA!"; "DURMA POUCO. DESSA FORMA VOCE QUEIMA MAIS CALORIAS"; "LIMPE BANHEIROS OU AMBIENTES BEM SUJOS, VOCE PERDE A FOME !!!" E POR AÍ VAI.

POR OUTRO LADO, DENTRO DA MESMA LÓGICA, VEMOS OS HOMENS SENDO OBRIGADOS A SEREM SEMPRE FORTES, MUSCULOSOS, VERDADEIROS SUPER-HERÓIS. INFALÍVEIS, POTENTES, VIRIS. INÚMEROS RAPAZES JÁ MORRERAM POR CONSUMIREM ANABOLIZANTES. INÚMEROS ADOLESCENTES E MENINOS DESENVOLVERAM DISTÚRBIOS DISMÓRFICOS CORPORAIS, DEVIDO A ESSA PREOCUPAÇÃO EXAGERADA COM O CULTO AO CORPO, MASSIFICADO PELA MÍDIA. UMA PREOCUPAÇÃO EXCESSIVA COM SUPOSTAS FALHAS NA APARÊNCIA, COMO O TORAX PEQUENO OU O PÊNIS DIMINUTO. BASTA RECORRER NOVAMENTE A INTERNET E VEREMOS MILHÕES DE TÉCNICAS REVOLUCIONÁRIAS E MILAGROSAS PARA O AUMENTO DO PÊNIS. A INDÚSTRIA DO AUMENTO DO PÊNIS, UMA PARTE SIGNIFICATIVA SE PREVALECE DESTA CULTURA DA IMAGEM CORPORAL MASCULINA, ESTIMULANDO E AUMENTANDO AS INSEGURANÇAS DOS HOMENS A RESPEITO DE SEUS CORPOS. HOMENS, MENINOS E ADOLESCENTES SOFREM SILENCIOSAMENTE, EM SEGREDO, UMA VEZ QUE EM NOSSA SOCIEDADE, OS "HOMENS DE VERDADE" NÃO DEVEM DEMONSTRAR PREOCUPAÇÃO COM A APARÊNCIA, POIS PODEM SER CONSIDERADOS FEMININOS OU ACUSADOS DE SEREM HOMOSEXUAIS.

A ESTRUTURA EMOCIONAL, SOCIAL E PSICOLÓGICA IMPÕE ESSAS PRESSÕES AOS DOIS TERMOS DA RELAÇÃO DE DOMINAÇÃO.

HÁ, HOJE, NA CULTURA MUNDIAL, MUITA DESESPERANÇA E PERPLEXIDADE GENERALIZADA. NÃO SABEMOS PARA ONDE ESTAMOS RUMANDO. O VÔO É CEGO NUM RUMO DESCONHECIDO. O QUE MAIS DÓI É A FALTA DE ALTERNATIVA AO MODELO VIGENTE QUE VISA GRANDE ACUMULAÇÃO EM VISTA DO ACELERADO CONSUMO, À CUSTA DA DEPREDACÃO DA NATUREZA HUMANA E DA GERAÇÃO DE GRITANTES INJUSTIÇAS SOCIAIS A NÍVEL MUNDIAL.

CARO COLEGA, VOCE QUE ESTÁ NUMA SITUAÇÃO PRIVILEGIADA COMO CUIDADOR, ORIENTADOR E AMIGO DE SEU PACIENTE, ESTEJA ATENTO PARA ESSAS SITUAÇÕES ONDE A AJUDA QUE SEU PACIENTE PRECISA PODE ESTAR APENAS NUMA CONVERSA, NUM DIÁLOGO. NEM SEMPRE PRECISAREMOS VALER DE UM BISTURI NA MÃO PARA ALCANÇARMOS RESULTADOS EXTRAORDINÁRIOS. VOLTEMOS A OUVIR NOSSOS PACIENTES. VOLTEMOS A OLHÁ-LOS COMO UM SER HUMANO DOTADO DE CORPO E ALMA. NÃO NOS PRENDAMOS SOMENTE A UMA MAMA FLÁCIDA, UMA BARRIGUINHA SALIENTE, UM CULOTE OU À INSEGURANÇA DE UM PÊNIS DIMINUTO. VAMOS MAIS LONGE, VAMOS ALCANÇAR E TRATAR ESSA ANGÚSTIA QUE TANTO PERTURBA NOSSO PACIENTE. ESSE É O NOSSO DIFERENCIAL. AFINAL SOMOS MÉDICOS, AQUELE QUE PROCURA CURAR UM MAL-ESTAR (FÍSICO OU MORAL).

SOMOS O QUE FAZEMOS, MAS SOMOS PRINCIPALMENTE O QUE FAZEMOS PARA MUDAR O QUE SOMOS. ESSA É A NOSSA NOTÁVEL SEMELHANÇA... PENSE NISSO!!!

\* HÁ TRECHOS EXTRAÍDOS DO JORNAL "POR DO SOL", JAN. 2011



**Dr. Fernando Guedes**

CRM - RJ. 52-63194.9

- Oficial Superior, Médico do Corpo de Saúde da Marinha do Brasil.
- Especializado em Cirurgia Geral, pelo Hospital Naval Marcellio Dias (HNMD) - RJ.
- Pós-graduado em Medicina e Cirurgia Plástica Estética, pela Sociedade Brasileira de Medicina e Cirurgia Plástica Estética

(SBMCPE) / Universidade Veiga de Almeida (UVA) - RJ.

- Pós-graduado em Medicina Estética, pela Sociedade Brasileira de Medicina Estética (SBME) / Fundação Técnico-Educacional Sousa Marques - RJ.

- Filiado à Union Internationale de Medecine Esthetique (UIIME) - Paris, França.

- Membro de CBC - Colégio Brasileiro de Cirurgiões

E-mail: doc.guedes@terra.com.br

Site: fgplasticoestetica.com.br