

Revista

# SBMCPE

Novembro de 2012

**CRIO-LIPÓLISE**  
A DESTRUÇÃO DA  
GORDURA ATRAVÉS  
DO GELO

**REJUVENESCIMENTO  
FACIAL COM FATOR  
DE CRESCIMENTO  
OBTIDOS POR  
BIOTECNOLOGIA**

**Gluteoplastia**

**RELAÇÃO DO  
CURATIVO COM  
CICATRIZAÇÃO  
DE FERIDAS  
POR PRIMEIRA  
INTENÇÃO**

**TRATAMENTO  
DA ORELHA  
FENDIDA**





## A nova SBMCPE

Neste último ano, a Sociedade Brasileira de Medicina e Cirurgia Plástica Estética passou por inúmeras mudanças, procurando se aproximar e dar ainda mais suporte aos seus associados.

Um novo site foi criado, com um visual moderno, interfaces muito mais simples e um mecanismo de busca no qual cada membro pode ter seus dados principais cadastrados, servindo como mais uma fonte de captação e até mesmo de credibilidade com seus pacientes.

O relacionamento com os associados também se estreitou consideravelmente com o novo serviço de mala direta da Sociedade, que nos permitiu estar sempre informando datas de eventos e alguns acontecimentos relevantes. Além disso, o Facebook mostrou uma nova cara da SBMCPE, tratando os assuntos de forma mais descontraída, buscando uma abordagem mais leve para aqueles que passam o dia sob forte pressão.

Já o que vinha no caminho certo foi mantido. Neste ano, mais uma vez, a Sociedade organizou três eventos, o IV Simpósio da SBMCPE, o Congresso Internacional da SBMCPE/ASCMS – em Orlando, FL, e o V Congresso Brasileiro de Medicina e Cirurgia Plástica Estética. Os cursos de Pós Graduação, em parceria com a Universidade Veiga de Almeida, continuaram com mais duas turmas cada, chegando o de Medicina e Cirurgia Plástica Estética à sua 19ª turma. Para tantos projetos simultâneos, uma nova diretoria científica foi nomeada, maior e mais atuante.

Com tantos esforços e tanta dedicação a você, nosso associado, a SBMCPE colheu alguns frutos ainda em 2012, alcançando a incrível marca de praticamente dobrar o número de membros no decorrer do ano. Mas não pretendemos parar por aqui, em 2013 faremos muito mais. E para já deixar um aperitivo do que virá em breve, no final deste ano há um projeto de reforma da sede da Sociedade, no Rio de Janeiro, que proporcionará muito mais conforto para o nosso associado.

Por fim, vale lembrar que nada disto teria acontecido sem o apoio e a participação de cada um de nossos membros. A Sociedade, como já diz o nome, só existe e tem força quando estamos unidos como associados, parte de um mesmo grupo. Pedimos, então, que todos contribuam com trabalhos científicos para a nossa revista periódica, com palestras interessantes e divulgação dos nossos eventos para, assim, disseminarmos o conhecimento e nos tornarmos, individualmente e como uma Sociedade, cada vez melhores.

## SBMCPE





## Índice

Editorial	02
Criolipólise	04
Tratamento da orelha fendida	08
Rejuvenescimento facial com Biotecnologia	15
Gluteoplastia	18
Relação do curativo com cicatrização	23

---

## Expediente

**EDITOR / JORNALISTA RESPONSÁVEL** Bernardo Iwalski - [bernardo.i.v.carvalho@gmail.com](mailto:bernardo.i.v.carvalho@gmail.com)  
**CAPA** Bruna Torres - [bruninatorres@hotmail.com](mailto:bruninatorres@hotmail.com) **ARTE FINAL** Bernardo Iwalski - Bruna Torres  
**COLABORADORES** Filippe Ribeiro | Dra. Estela Cardoso | Profª Tainá Rego | Dra. Paula Facchtti  
Dr. Carlos Alberto Rincon | Dr. Irani Rodrigues Rosique | Dr. Winston Arismendy | Dr. Eduardo Teixeira  
Dr. Aderlene Araújo | Dr. Aloísio Guedes | Dr. Andre Vieira | Dr. Eduardo Consídera | Dr. Paulo Amaral

Os artigos assinados não refletem necessariamente a opinião da revista ou da Sociedade Brasileira de Medicina e Cirurgia Plástica Estética, cabendo aos autores a responsabilidade pelos mesmos. É vedada a utilização, reprodução ou apropriação dos textos, fotos e criações sem autorização da SBMCPE.

Caros amigos,

Nós, que temos nos dedicado à prática da Medicina e Cirurgia Plástica Estética, trabalhando com seriedade para nos estabelecermos e, ao mesmo tempo, lutando para ver a nossa especialidade reconhecida, estamos diante de um verdadeiro desafio. Sempre tivemos que conviver com as pressões, ora da SBCP, ora da SBD, que, com motivações e argumentos discutíveis, tentam reivindicar um monopólio do conhecimento e da prática destas atividades.

Na verdade, todos sabem que este monopólio não existe, até porque o mercado é muito maior do que eles podem atender, e a própria legislação não impõe qualquer restrição para a nossa atuação dentro de todas as áreas da medicina. Acredito que a criação da SBMCPE, já há mais de dez anos, permitiu que nos agrupássemos e, dentro do que propõe uma verdadeira sociedade científica, pudéssemos nos aperfeiçoar através de cursos e eventos os quais tem contribuído para que possamos alcançar estes objetivos.

Já fomos questionados nos conselhos, que insistem na recusa em reconhecer e registrar títulos, e ainda acontecem os casos de restrições a nossa presença em alguns hospitais, acuados por colegas de outras sociedades. Nada disso, porém, teve força para nos incomodar, por uma simples razão: tudo que fazemos é correto, lícito e bem intencionado, tendo a SBMCPE se mantido coerente com o seu papel de sociedade científica, dentro do que preconizam a lei, o MEC (através do convênio com a UVA) e o seu estatuto.

Recentemente, diante da impossibilidade legal de nos cercear, as referidas SBCP e SBD partiram para uma nova ofensiva, tentando nos atingir através da chamada "mídia". O presidente da SBCP, em entrevista à revista "Isto É", referiu-se aos colegas de profissão que se dedicam à Medicina Estética como "picaretas", clandestinos e outros adjetivos semelhantes. Em determinados momentos, fez ataques diretos à SBMCPE e seu presidente, o Professor Edison Teixeira, sem qualquer fundamento, de tal forma agressivos que, nos impõem algumas reflexões. Passada a revolta inicial frente ao que consideramos uma total falta de ética e de respeito pelos próprios colegas, ficam claras duas coisas: primeiro, nós estamos incomodando mais do que imaginávamos, a ponto de provocarmos uma reação deste tipo; por outro lado, a entrevista não deve ser vista como um desabafo ou um ato de desespero, e sim como parte de uma estratégia, cuidadosamente planejada, para tentar nos desacreditar. Estão dispostos, literalmente, a pagar o preço, tanto em espaços na imprensa quanto em processos judiciais, para isso, e vão continuar tentando.

Por isso, é importante que nos mantenhamos firmes nos nossos propósitos, zelando pela credibilidade da nossa especialidade e da própria SBMCPE. Paralelamente, posso informar que o Dr. Edison, individualmente, já apresentou uma representação no CRM e ingressou com uma ação na justiça comum, contra o Dr. José Horácio Aboudib, a SBCP, a revista Isto É e a repórter responsável pela matéria. Além disso, vai entrar também com uma queixa crime, por injúria e difamação. A SBMCPE, institucionalmente, também já apresentou uma denúncia ao CRM e está movendo ações contra o médico, a SBCP e a revista nas justiças comum e penal.

Estivemos também em contato com integrantes de outras sociedades que congregam médicos da nossa área, como a SBME, também citada na lamentável entrevista. Todos defendem uma reação lúcida, inteligente, que além da buscar a devida reparação na esfera jurídica, possa aproveitar a oportunidade para aprofundar o debate sobre os rumos da Medicina Estética no Brasil. Talvez o Dr. José Horácio tenha nos dado a chance que esperávamos para levar aos conselhos, e à própria imprensa, os nossos argumentos em favor do tão esperado reconhecimento da especialidade.

Um abraço a todos.

Eduardo Costa Teixeira  
Vice presidente da SBMCPE

## ***A nova diretoria Científica da SBMCPE***

A Sociedade Brasileira de Medicina e Cirurgia Plástica Estética anuncia, com orgulho, a formação de uma nova diretoria científica, que atuará diretamente na aprovação de novos membros, avaliação de artigos para publicação e coordenação científica de eventos.

Dr. Aderlene Araújo

Dr. Aloísio Guedes

Dr. André Vieira

Dr. Eduardo Consídera

Dr. Paulo Amaral

## **Calendario SBMCPE 2013**

Março - Início da 20ª Turma da Pós Graduação em  
Medicina e Cirurgia Plástica Estética

Abril - Nova Turma de Pós Graduação em  
Estética e Cosmetologia

Junho - V Simpósio da SBMCPE

Setembro - Início da 21ª Turma da Pós Graduação  
em Medicina e Cirurgia Plástica Estética

Outubro - Nova Turma de Pós Graduação em  
Estética e Cosmetologia

Novembro - VI Congresso Brasileiro de Medicina e  
Cirurgia Plástica Estética

# Criolipólise

## A destruição da gordura através do gelo

Dra. Estela Cardoso  
Profª Tainá Rego



O excesso de gordura corporal representa um importante fator de risco à saúde, podendo ser responsável pelo desenvolvimento de doenças cardiovasculares, diabetes e muitas outras doenças.

Além disso, o acúmulo de gordura localizada é totalmente incompatível com o padrão de beleza ocidental que se sustenta hoje, o qual defende que o corpo perfeito deve ser magro e esbelto.

Convencionalmente, a redução de gordura localizada é obtida através de alguns procedimentos cirúrgicos, além de outras técnicas também invasivas. Porém, por conta da alta chance de surgimento de complicações decorrentes da utilização desses procedimentos de caráter invasivo, diversas técnicas não invasivas vem ganhando espaço no mercado, sendo desenvolvidas sempre com o objetivo de eliminar o tecido adiposo subcutâneo de forma seletiva, ou seja, sem gerar danos aos demais tecidos do corpo.

### **O frio contra a gordura**

O frio já vem sendo utilizado na estética como uma

forma de reduzir a gordura localizada há muitos anos, através de uma técnica criada na França que se baseia na homeostase do organismo.

Na Crioterapia, como ficou conhecida, a aplicação de baixas temperaturas à superfície do corpo gera uma queda na temperatura corporal local, o que faz com que o organismo ative a termogênese, através do aumento do metabolismo e, conseqüentemente, da redução da gordura localizada. Mas recentemente o uso do frio para a redução de medidas ganhou um novo sentido com o lançamento de uma técnica inovadora, a Criolipólise.

### **Surgimento**

Essa nova técnica foi criada com base em observações e estudos que descreveram uma doença rara que fazia com que algumas crianças apresentassem necrose do tecido adiposo subcutâneo na região da boca e bochechas, o que acontecia devido ao consumo de sorvetes do tipo picolé. Essa

doença, a Popsicle panniculitis, permitiu que se chegasse à conclusão de que o tecido adiposo é mais sensível a baixas temperaturas do que os demais tecidos do corpo.

Com base nesses fatos, foi desenvolvida a técnica de Criolipólise, que tem como objetivo induzir a destruição do tecido adiposo subcutâneo através da indução seletiva de necrose pelo frio.

### **Como funciona**

Na criolipólise, é aplicada uma sucção sobre a área a ser tratada. Essa sucção é responsável por interromper o fluxo sanguíneo na região, diminuindo sua resistência à queda de temperatura. Além disso, a sucção isola a área a ser tratada, formando uma prega cutânea que fica posicionada entre duas placas de resfriamento, o que também otimiza o processo de queda de temperatura.

Uma vez posiciona-

do, o aparelho aplica temperaturas ainda mais baixas do que aquelas utilizadas na Crioterapia à área (até  $-10^{\circ}\text{C}$ ), por um período também mais longo (1h), o que leva ao congelamento dos lipídios armazenados no interior dos adipócitos.

Uma vez congelados, os lipídios se cristalizam, adquirindo um novo estado, de forma fractal. Como esse

novo formato é irreversível, os lipídios congelados não podem mais ser utilizados como fonte de energia, e os adipócitos tornam-se inviáveis.

Por conta disso, após o congelamento do tecido adiposo, o organismo inicia uma resposta inflamatória para eliminar os adipócitos inviáveis, em um processo que pode perdurar por até 90 dias. Durante esse período, a gordura

é eliminada de forma lenta e gradual, o que evita qualquer variação na quantidade de lipídios encontrada no sangue.

A técnica garante ainda a destruição seletiva do tecido adiposo subcutâneo, uma vez que a maior sensibilidade deste tecido ao frio garante que seu congelamento ocorra sem que sejam gerados danos aos tecidos adjacentes, como o epitelial ou muscular.

### As etapas do tratamento



Selecionar a área a ser tratada



Aplicar a proteção sobre a pele



Acoplar e manter o equipamento

### Vantagens e Resultados

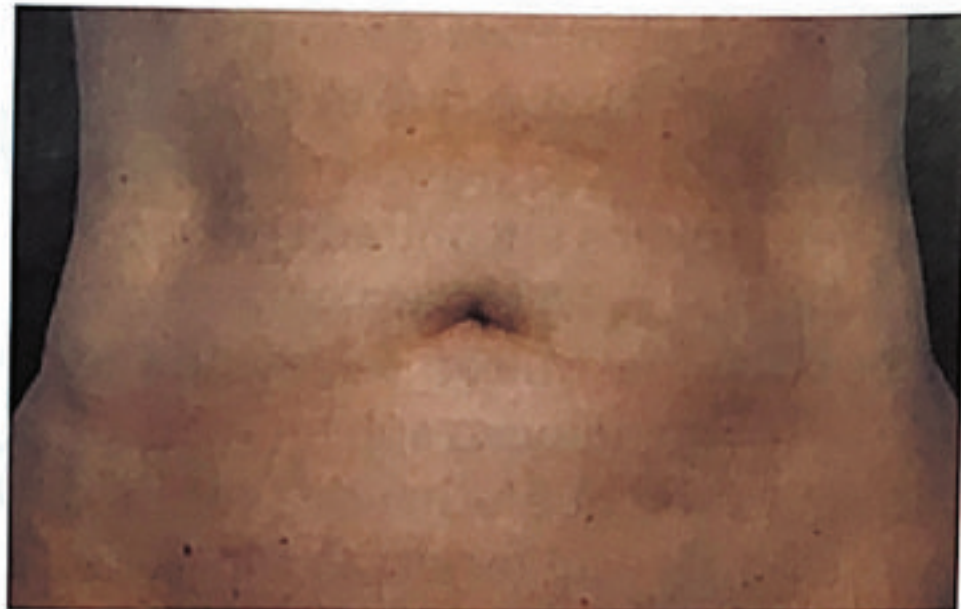
A aplicação da técnica uma única vez já é suficiente para gerar grande diminuição da gordura localizada na prega tratada, com redução de até 25% da gordura subcutânea total da área.

Os primeiros resultados já podem ser notados

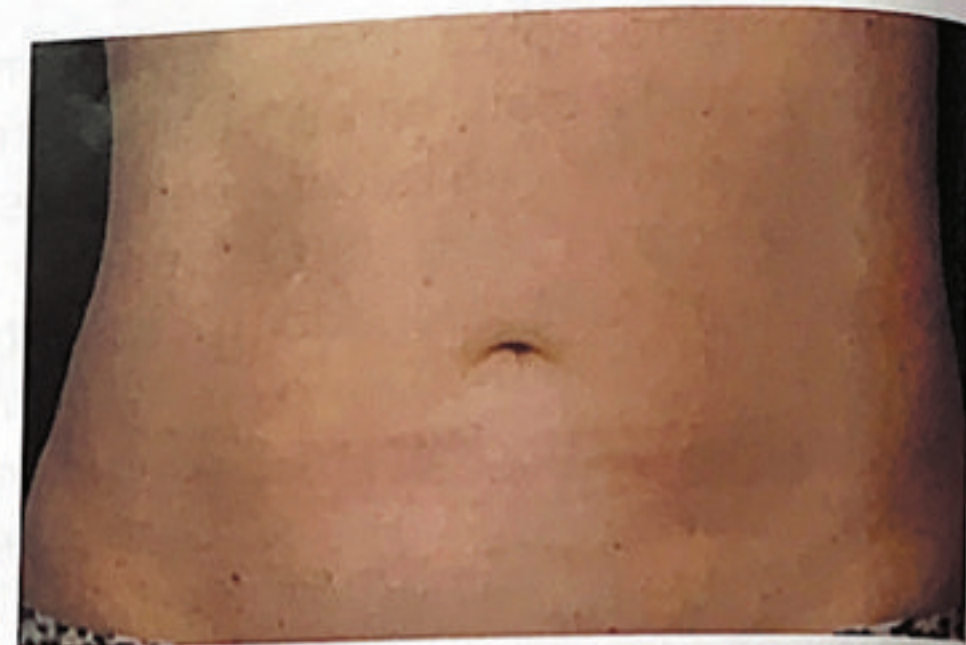
a partir da primeira semana após o tratamento, quando já não há mais edema na área e a resposta inflamatória gerada pelo organismo já apresenta alguns resultados para a eliminação da gordura. Apesar disso, é apenas entre 30 e 60 dias que se

pode observar o resultado final, já bem mais expressivo.

Os resultados podem ainda ser otimizados com a associação de outras técnicas estéticas não-invasivas com o procedimento, as quais podem acelerar o processo de eliminação da gordura.



Paciente antes do tratamento



Quatro meses após uma aplicação

## Bibliografia

- Andrew A. Nelson, Daniel Wasserman, Mathew M. Avram, 2009. Cryolipolysis for Reduction of Excess Adipose Tissue. *Seminars in Cutaneous Medicine and Surgery*. 28: 244–249.
- Avram, M. M. and Harry, R. S. (2009), Cryolipolysis™ for subcutaneous fat layer reduction. *Lasers Surg. Med.*, 41: 703–708. doi: 10.1002/lsm.20864
- Klein, K. B., Zelickson, B., Riopelle, J. G., Okamoto, E., Bachelor, E. P., Harry, R. S. and Preciado, J. A. (2009), Non-invasive cryolipolysis™ for subcutaneous fat reduction does not affect serum lipid levels or liver function tests. *Lasers Surg. Med.*, 41: 785–790. doi: 10.1002/lsm.20850
- Lori Brightman and Roy Geronemus, Can Second Treatment Enhance Clinical Results in Cryolipolysis? 2011. *Cosmetic Dermatology*, 24: 85-88.
- Manstein D, Laubach H, Watanabe K, Farinelli W, Zurakowski D, Anderson RR. Selective cryolysis: a novel method of noninvasive fat removal. *Lasers Surg Med* 2008;40:595–604.
- Wiandrowski TP, Marshman G. Subcutaneous fat necrosis of the newborn following hypothermia and complicated by pain and hypercalcaemia. *Australas J Dermatol* 2001;42:207–10.
- Zelickson, B., Egbert, B. M., Preciado, J., Allison, J., Springer, K., Rhoades, R. W. and Manstein, D. (2009), Cryolipolysis for Noninvasive Fat Cell Destruction: Initial Results from a Pig Model. *Dermatologic Surgery*, 35: 1462–1470. doi: 10.1111/j.1524-4725.2009.01259.x



# Tratamento da orelha fendida

Dr. Andre Benavides

A apresentação de uma pessoa não está relacionada somente ao corpo e suas formas, mas também aos seus adornos. Entre as mulheres o mais popular é o brinco, onde vemos recém-nascidos, muitas vezes, com suas orelhas furadas no berçário.

Influenciadas pela moda as mulheres acabam usando brincos de tamanho exagerado e mais pesados do que a capacidade de sustentação do lóbulo, ocasionando um fissuramento do mesmo de maneira lenta e progressiva, ou então facilitando a fissura traumática provocada por crianças de colo ou então por enganchamento do mesmo em objetos quando a paciente se encontra em movimento.

Os casos enumerados neste texto foram tratados com um aprimoramento da cirurgia de rotação de retalho de lóbulo de orelha, apresentada por Patrocínio, Lucas Gomes et al. na Revista Brasileira de Otorrinolaringologia em Ago 2006, no período de agosto de 2007 a julho de 2008 no ambulatório de pequenas cirurgias do Município de Paracatu-MG.

## Histórico

Tanzer(9), em 1964, refere-se ao primeiro relato

de reconstrução de orelha, descrito no Susruta Samhita (Bhishagratna, 1907), onde foi sugerido o uso de um retalho de face (bochecha) para substituir o lóbulo perdido.

Numerosas técnicas têm sido descritas para correção da fenda do lóbulo de orelha, tais como:

- Sutura direta;
- Zetaplastias;
- Ritidoplastia com correção do lóbulo;
- Retalhos em V;
- Retalhos em L;

Outras técnicas podem ser as citadas acima com algumas variantes, ou até mesmo uma combinação entre elas.

## Anatomia

O conhecimento da anatomia da orelha é crucial para o bom planejamento da cirurgia. Junto com o canal auditivo externo, a orelha faz parte do chamado ouvido externo, cujo limite é a face externa da membrana timpânica.

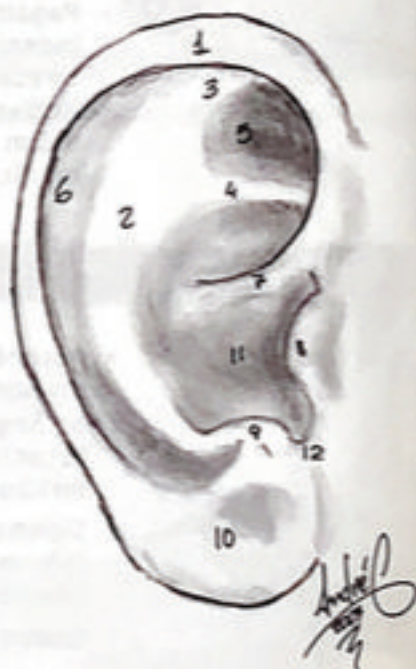
A orelha consiste em uma delicada concha de cartilagem elástica, cuja função é captar, ampliar e direcionar o som para o canal auditivo externo, enquanto que o lóbulo é formado por uma prega de pele e tecido subcutâneo somente.

## Cartilagem

A cartilagem da orelha é composta de uma única lâmina com múltiplas convoluções. As várias elevações e depressões são: hélice, anti-hélice, crus superior e inferior, fossa triangular, fossa escafóide (fossa da hélice) tragus, antitragus, crus da hélice, concha e cavum.

O lóbulo é um pedículo pendente composto de pele e tecido subcutâneo, não possuindo cartilagem).

Os acidentes anatômicos e as convoluções podem ser vistos na figura abaixo:



hélice<sup>1</sup>; anti-hélice<sup>2</sup>; crus superior<sup>3</sup>; crus inferior<sup>4</sup>; fossa triangular<sup>5</sup>; fossa da hélice<sup>6</sup> (fossa escafóide); raiz da hélice<sup>7</sup>; tragus<sup>8</sup>; antitragus<sup>9</sup>; lóbulo<sup>10</sup>; cavum<sup>11</sup> (parede anterior da concha); chanfrado do intertragus<sup>12</sup>

## Pele

A pele da região anterior é fina e firmemente aderida à cartilagem subjacente, enquanto a da região posterior é mais frouxa e móvel. Possui glândulas sebáceas, sudoríparas e folículos pilosos. No canal auditivo, as glândulas sebáceas são modificadas, sendo denominadas glândulas ceruminosas (produtoras de cerúmen ou cera).

## Vascularização

Contrariamente ao que ocorre em outras extremidades, a irrigação da orelha é abundante, sendo provida pelas artérias temporal superficial, occipital e por ramos da artéria auricular posterior.

Da artéria temporal superficial, saem três a quatro ramos que irrigam a parte anterior da orelha e o canal auditivo externo. A irrigação da parte posterior é provida principalmente pela artéria auricular posterior, e também pelo ramo auricular da artéria occipital(3,10).

A drenagem venosa fica a cargo das veias jugular externa e temporal superficial. A drenagem linfática

## Pacientes e métodos

Foram avaliadas 30 pacientes, no período de agosto/07 a julho/08, apresentando fenda no lóbulo de orelha, totalizando 53 orelhas. Todos do sexo feminino, com idade variando de 20 a 54 anos

Os pacientes foram classificados em dois grupos:

passa pelos linfonodos da mastóide.

## Inervação

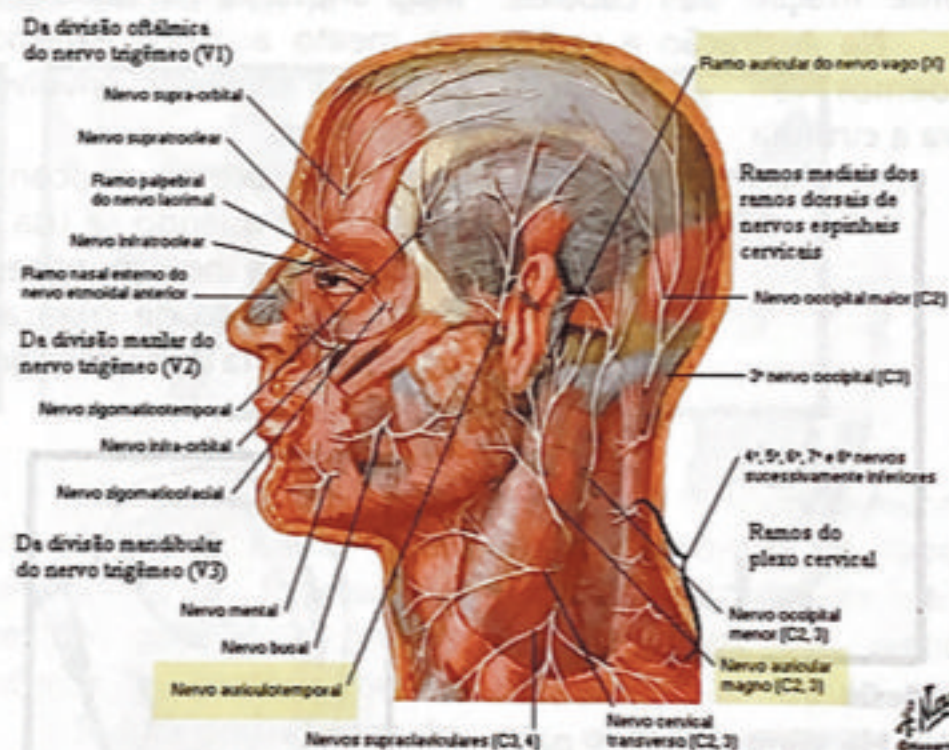
A orelha possui diversos nervos com intersecção significativa de seus dermatomos. O nervo auriculotemporal, ramo da divisão mandibular do trigêmeo, inerva a parte anterior da orelha incluindo o tragus, crus da hélice, curva anterior da hélice e a metade anterior do canal auditivo externo, enquanto os pares cranianos VII (facial), IX (glossofaríngeo) e X (vago) inervam a concha,

a anti-hélice, o tragus, o antitragus, assim como uma pequena parte posterior da orelha, e a parte posterior do canal auditivo externo. Dois ramos do plexo cervical também inervam a orelha.

O primeiro — o auricular maior — inerva a hélice, a anti-hélice, o antitragus, o lóbulo inteiro e a maior parte da face posterior.

O segundo, o auricular menor, é responsável por uma pequena área da face posterior e pela pele sobre a mastóide.

## Nervos Cutâneos da Cabeça e Pescoço



I. Fenda completa: normalmente unilateral resultante de trauma direto local, como, por exemplo, uma tração súbita do brinco provocando transecção total;

II. Fenda incompleta: normalmente bilateral e mais frequente na mulher idosa com hábito de usar brincos pesados durante vários anos.

Esses pacientes foram subdivididos em três grupos:

1. A extensão da fenda não ultrapassa metade da distância entre orifício inicial e borda inferior do lóbulo da orelha. Estas orelhas não foram submetidas à cirurgia;
2. A extensão da fenda ultrapassa a metade da distância

entre orifício inicial e borda inferior do lóbulo da orelha;  
3. Crescimento progressivo da fenda até se tornar praticamente completa.

Desta seleção de avaliação somente 34 orelhas foram operadas sendo 28 com fenda completa, 3 do tipo II e 3 do tipo III.

### Preparo

Devem ser realizados exames laboratoriais, anamnese e fotos em perfil, direito e esquerdo. A cabeça deve ser lavada com sabão degermante no dia anterior à cirurgia, não havendo necessidade de tricotomia, somente fixação dos cabelos.

Na ilustração a seguir podemos ver a marcação para a cirurgia.



### Anestesia

Há várias opções para a anestesia da orelha. Pequenos defeitos podem ser anestesiados usando infiltração local de lidocaína com adrenalina. Devido ao grande aporte vascular, não há risco de necrose com uso de vasoconstritor. A solução de lidocaína a 1% com adrenalina 1:100.000 é recomendada

por Hayes, enquanto Thomas & Fatah recomendam o uso de lidocaína a 1% com adrenalina 1:200.000. Se for necessária uma intervenção de maior porte, podem ser realizados bloqueios com os seguintes procedimentos:

Injeção na base da orelha, anteriormente ao longo da borda pré-auricular, para anestesiá-lo o nervo auriculo-temporal.

Injeção ao longo da borda posterior, desenhando uma circunferência, para anestesiá-lo o auricular maior e occipital menor.

Pode-se necessitar de mais anestesia na concha e no meato acústico externo, se o procedimento envolver essas áreas.

Não ocorre vasoconstrição local quando se usa o bloqueio. Se houver necessidade, no caso de crianças, pode ser feita anestesia geral.



### Técnica cirúrgica

Existem muitas técnicas descritas para o tratamento cirúrgico do lóbulo da orelha.

Como exemplo Boon-chai, em 1961, propôs a excisão de parte das bordas da fenda e sutura abaixo do orifício original. Pardue, em 1973, propôs a ressecção das bordas da fenda, deixando um pedaço de pele na porção superior de um dos lados que será utilizado para constituir o orifício do lóbulo(13,17). Estas duas técnicas, apesar de tentarem manter o orifício, favorecem a formação do entalhe ou desnível na margem inferior do lóbulo.

Hamilton e La Rossa, em 1975, descreveram uma técnica semelhante à de Pardue, associada a uma zeta-plastia na tentativa de minimizar a formação do entalhe. Embora esta técnica tentasse manter o orifício e evitar o entalhe, é tecnicamente mais difícil que a técnica proposta neste trabalho. Argamasso, em 1978, descreveu uma técnica semelhante que deixava pele intacta próximo ao orifício original, e em cada metade do lóbulo criava 2 retalhos triangulares para, em seguida, suturá-los(13,17).

Harak, em 1982, propôs a excisão de tecido na superfície anterior de uma das bordas. Em seguida, retira-se a mesma quantidade de tecido na superfície posterior da outra borda. Esta técnica também não preservava o orifício do lóbulo(17).

Pode-se observar, então, que nenhuma das técnicas existentes consegue, ao

mesmo tempo, resultados satisfatórios como os obtidos na "Cirurgia do Brinco". Esta técnica permite um bom resultado estético, sem entalhe ou desnível na margem livre, e ao mesmo tempo, mantém um orifício no lóbulo com boa resistência, além de ser tecnicamente de fácil realização.

A técnica descrita a seguir é uma pequena variação desenvolvida pelo autor, com o objetivo de melhorar o aspecto estético e diminuir efeitos adversos, da cirurgia do brinco.

Em caso de fenda incompleta, procede-se com a incisão longitudinal com-

pletando a fenda do lóbulo em direção à borda inferior, dividindo o lóbulo em 2 metades.

A partir deste ponto trata-se como um lóbulo fendido completo. Faz-se então a escarificação de um dos retalhos do lóbulo criando uma área cruenta. (Figura 1).

A escolha de qual retalho será escarificado será dependente da distância da fenda a inserção anterior da orelha na cabeça, pois o pedículo que será rodado será feito do outro retalho como descrito abaixo.

Procede-se com a incisão longitudinal no outro

retalho do lóbulo, com espessura de aproximadamente 2,0mm, criando um retalho de aproximadamente 5,0 x 2,0 x 1,0mm (mantendo uma das faces epitelizada) (Figura 2). Estas medidas são proporcionais ao lóbulo a ser corrigido, ou seja, quanto maior o lóbulo, maior serão as medidas, e vice-versa. Esta excisão deve ser feita de modo que ao rodar-se o retalho o orifício formado se localize no centro da orelha;

Após a criação do retalho faz-se uma excisão transversal de 1/3 da borda inferior do mesmo (Figura 3).



Figura 1



Figura 2



Figura 3

### Sutura

Rotação do retalho de tal forma que as bordas epitelizadas constituam o orifício do lóbulo e sutura com mononylon 6-0, anterior e posteriormente (Figura 1).

No caso do retalho em lóbulo maior, é recomendada a fixação do mesmo com dois pontos anterior e posteriormente;

Sutura dos retalhos do lóbulo iniciando pela borda inferior da orelha com mo-

nonylon 6-0, visando reconstituir a curvatura do lóbulo (Figura 2), seguida da sutura de ancoragem do "vértice" do retalho ao lóbulo anterior e posteriormente com mononylon 6-0 (Figura 3).



Figura 1



Figura 2



Figura 3

## Curativo

Transfixa-se o orifício neo-formado do brinco com um segmento de 2 cm de cateter de jelco de grosso calibre (sem a guia), dobrado em forma de "U" somente a fim de garantir a permanência do pertuito no período de cicatrização inicial, que varia de 5 a 10 dias, dependendo da cicatrização da paciente (Figura).

Com um pequeno segmento de compressa de gaze, oclui-se toda a ferida cirurgia e o jelco, fixando-a com micropore transversal e longitudinalmente. O paciente recebe alta com Cefalexina 500mg de 6/6h por 5 dias e Dipirona.

Este curativo é retirado pelo próprio paciente em 2 dias, já podendo lavar a cabeça normalmente. A partir daí o curativo é feito somente com limpeza local e movimentação do segmento de jelco.

A primeira revisão é marcada com 5 dias, onde se a cicatrização já estiver boa, podem ser retirados os pontos e o jelco. Caso contrário, é marcada nova reavaliação em 2 a 5 dias, dependendo do processo de cicatrização.

Após 15 dias de retirada dos pontos a paciente deve iniciar massagem compressiva com Contractubex na cicatriz cirúrgica a fim de reduzir a fibrose e melhorar o aspecto estético da mesma. Transcorrido um mês a

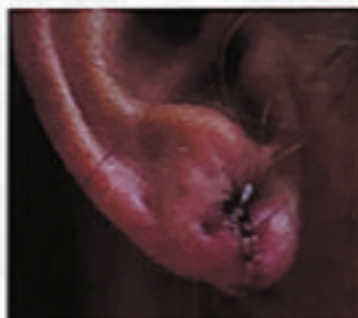
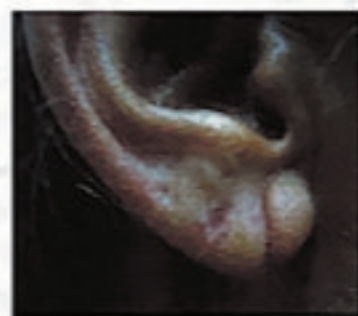
paciente já está liberada para usar brincos do estilo solitário, devendo esperar mais 6 meses para uso de brincos maiores.

## Resultados

Das 34 orelhas submetidas a "Cirurgia do Brinco", 28 apresentavam fenda completa e 6 incompleta, sendo destas 3 tipo II e 3 tipo III.

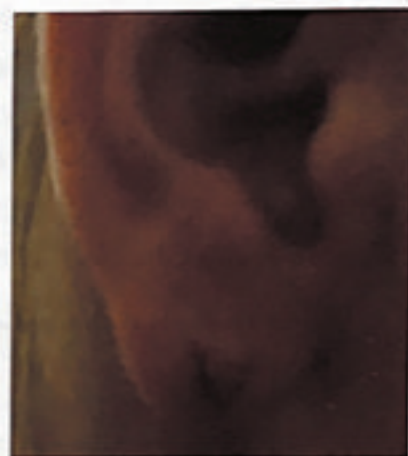
A avaliação subjetiva final da cirurgia depende dos pontos de vista do paciente e do cirurgião, que, em alguns casos, diferem. Dos 34 casos, 34 apresentaram resultados satisfatórios, tanto para o cirurgião quanto para as pacientes.

As Figuras, e demonstram o pré-operatório, pós imediato e tardio (após 6 meses) de uma paciente.



Houve um caso de recorrência bilateral devido ao fato da paciente não ter seguido a orientação de evitar brincos pesados por pelo menos 6 meses, fazendo uso dos mesmos 15 dias após o procedimento. Esta mesma paciente teve os dois lóbulos reconstruídos devido à múltiplas fissuras dos mesmos,

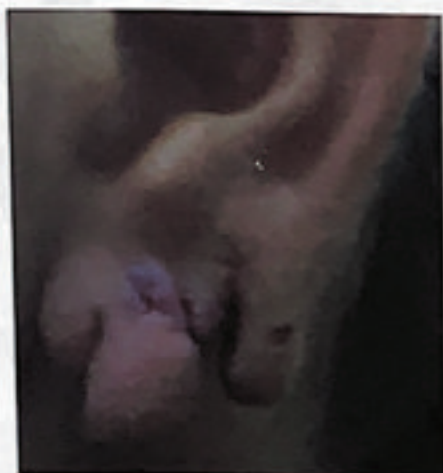
Nas Figuras abaixo, temos a orelha esquerda.



Neste caso foram retirados os retalhos excedentes dos lóbulos até que fossem reduzidos aos usados na "cirurgia do brinco".

Não houve complicações como formação de quelóides, hipo ou hiperpigmentação, granuloma na incisão, deiscência de sutura e necrose de pele.

Já na orelha esquerda, o lóbulo em questão possuía ainda mais fissuras.



### Conclusão

O presente estudo ratifica e acrescenta a qualidade técnica e inovadora da "cirurgia do brinco", reduzindo a zero as intercorrências ocorridas no artigo original com a adição do segmento de jelco no curativo e dos pontos de suturas adicionais feitas com mononylon 6-0, ao invés do 5-0 usado (fechamento do orifício do brinco e desnivelamento das bordas). É uma técnica de execução fácil e rápida com duração de aproximadamente 20 minutos por orelha, podendo ser feita a nível ambulatorial.

Como sugestão do

autor, para evitar um comprometimento da cirurgia feita na primeira orelha, recomenda-se o uso de um coxim em anel para que a paciente apóie a cabeça enquanto a segunda é operada.

Já se encontra em estudo outra adição a técnica que seria o uso de PMMA a 30% 6 meses após o procedimento, para reforçar a borda inferior do lóbulo operado e também corrigir as fendas grau I que foram descartas inicialmente.

### Bibliografia

- CHAIT L; N. One size fits all: a surgical technique for the correction of all types of prominent ears. *Plast Reconstr Surg*; v.104, n.1, p.190-5; discussion 196-7, Jul 1999.
- CORCHADO C; INFANTE J. A surgical technique for the correction of all types of prominent ears? *Plast Reconstr Surg*; v. 106, n.4, p.948-51, Sep 2000.
- DEMIR Y. An unusual presentation of third crus of antihelix: correction by perichondrioplasty technique. *Plast Reconstr Surg*; v.110, n.6, p.1606-7, Nov 2002.
- EROL O.O. New modification in otoplasty: anterior approach. *Plast Reconstr Surg*; v. 107, n.1, p.193-202; discussion, p203-5, Jan 2001.
- HAYES C.M. The ear. Excision and repair. *Dermatol Clin*; v.16, n.1, p.109-25, Jan 1998.
- JEFFERY S.L. Complications following correction of prominent ears: an audit review of 122 cases. *Br J Plast Surg*; v. 52, n.7, p.588-90, Oct 1999.
- KARAMÜRSEL S; KAYIKÇIOĞLU A; KEÇİK A. A splint design for postoperative prominent ear retraction. *Plast Reconstr Surg*; v. 106, n.1, p.219, Jul 2000.
- KELLY EJ; Herbert KJ; Crotty EJ; O'Connor TP. Atlantoaxial subluxation after otoplasty. *Plast Reconstr Surg*; v. 102, n.2, p.543-4, Aug 1998.
- MAISELS D.O. Anterior scoring for prominent ears: probably the Cloutier technique. *Br J Plast Surg*; v. 55, n.2, p.168, Mar 2002.
- Mc MINN, R.M.H.; HUTCHINGS, R.T. Atlas Colorido de Anatomia Humana. Manole, p 58, 1980
- ROBIONY M; COSTA F; POLITI M. A technique for remodeling the antihelix to correct the prominent ear. *J Oral Maxillofac Surg*;v. 59, n.1, p.9-13; discussion 13-4, Jan 2001.
- SALEMA, R., FRANCO, D. Otoplastia. In FRANCO, T. Princípios de Cirurgia Plástica. Atheneu, Cap 35, p. 791 - 806, 2002
- SOUZA, A. M., JORGE, R. C. Cirurgia Estética da Orelha. In CARDIM, V. L. N., MARQUES, A., MORAIS-BESTEIRO, J. Cirurgia Plástica – Sociedade Brasileira de Cirurgia Plástica e Reconstructiva Regional São Paulo. Atheneu, p. 145 - 150, 1996
- STESNTRÖM, S. J. Deformities of the Ears. In GRABLE, W. SMITH, J. W. Plastic Surgery. 3rd ed, Little, Brown and Company, 1979, p. 440 - 450,
- TANZER, C. R., Congenital Deformities; Deformities of the Auricle. In CONVERSE, J.M. Reconstructive Plastic Surgery – Principles and Procedures in Correction, Reconstruction, and Transplantation 2nd ed, W.B. Saunders Company, 1977 v. 3, Cap 35, p. 1671 - 1717,
- THOMAS S.S., FATAH, F. Closed anterior scoring for prominent-ear correction revisited. *Br J Plast Surg*; v.54, n.7, p.581-7, Oct 2001.
- TOLDT, C. Atlas D'Anatomie Humaine. Librairie E. Le François, 1922, p. 920,
- ULLMANN Y., BLAZER, S., RAMON, Y., BLUMENFELD, I., PELED, I. J., Early nonsurgical correction of congenital auricular deformities. *Plast Reconstr Surg*; v.109, n.3, p.907-13; discussion p.914-5, Mar 2002.
- YOTSUYANAGI, T; YOKOI, K.; URUSHIDATE, S., SAWADA, Y... Nonsurgical correction of congenital auricular deformities in children older than early neonates. *Plast Reconstr Surg*; v.101, n.4, p.907-14, Apr 1998.

# Rejuvenescimento facial com fatores de crescimento obtidos por **Biotecnologia**

*Dra. Paula Facchetti, Dr. Carlos Alberto Rincon*

Nos últimos anos, existem muitos tratamentos que estão sendo implementados com sucesso, utilizando fatores de crescimento derivados de plasma rico em plaquetas autóloga (PRP).

A área de odontologia foi quem primeiro usou, particularmente em Cirurgia Oral (Anitua, 2001), onde os fatores de crescimento obtida PRP melhoraram a osseointegração de implantes dentários.

Além disso, em cirurgia ortopédica tem sido utilizado os FC para tratar a ruptura do tendão (Sanchez, 2003), reduzindo para metade o tempo de recuperação da lesão.

A Oftalmologia também tem usado com sucesso o PRP para tratar doenças de superfície ocular, particularmente úlcera da córnea, facilitando a cicatrização e regeneração do epitélio. (Goto, 2001)

Em Cirurgia Plástica, existem experiência interessante no tratamento de úlceras crônicas com PRP, o que comprova sua eficácia é a redução de tempo de cicatrização (Monclús, 2009).

Já no campo da Me-

dicina Estética, a PRP tem sido utilizada no tratamento do fotoenvelhecimento da pele, que por meio do mecanismo de bioestimulação celular ocorre uma ativação das funções dos fibroblastos, principalmente a produção de colágeno, elastina e ácido hialurônico (Garcia, 2003).

Apesar dos bons resultados obtidos com a utilização de PRP, este método tem limitações na técnica, exigindo coleta de sangue do paciente a cada vez que o procedimento for executado, já que os FC autólogo são muito instáveis e não garantem o armazenamento e a conservação das suas propriedades como moduladores celulares.

Dadas essas limitações, o laboratório coreano Corega conduziu em 2009, uma pesquisa na área da biotecnologia, com a obtenção de FC utilizando a técnica de proteínas recombinantes em E. Coli.

## **Materiais e métodos**

O tratamento foi realizado em 11 mulheres, com idades entre 46 e 81 anos, apresentando características de inclusão para realização

do trabalho fotoenvelhecimento e flacidez da pele na área do rosto, pescoço e colo.

Todas as pacientes assinaram o termo de consentimento informado para a realização do protocolo e compromisso de adesão ao trabalho, incluindo a não realização de qualquer outro tipo de procedimento estético e/ou a utilização de produtos cosméticos, com exceção do filtro solar FPS 30, três vezes ao dia.

Fotografias foram tiradas com a abordagem das áreas tratadas no tempo zero, na quinta sessão e três semanas após a última aplicação.

Biópsias foram retiradas em 30% das pacientes tratadas, obtendo-se amostras de pele da região esquerda retro atrial, área que foi também tratada nestas pacientes, antes de iniciar o trabalho e três semanas após a última aplicação.

## **Protocolo e mescla**

O produto foi fornecido pelo Centro Paulista de Desenvolvimento Farmacotécnico, consistindo em Fator de Crescimento Endotelial

e Transforming Growth Factor, EGF e TGF, respectivamente (2 ml) e 1% de lidocaína (1 ml).



Material utilizado

Dez sessões foram feitas em intervalos de uma semana, técnica de intradermoterapia utilizado foi ponto a ponto com agulha de Lebel e seringa de 3 ml.

### Resultados

Comparações de padrões fotográficos, mostrando clara melhora das lesões pigmentares (sardas, melasma, etc.), apresentados pelos pacientes antes de iniciar o tratamento, redução de linhas de expressão e rugas estáticas e melhoria em flacidez e recuperação de brilho e hidratação da pele.

Microscopicamente, as biópsias mostraram reorganização das camadas da epiderme, com melhoria na diferenciação celular das camadas basais e granular, redução e achatamento do estrato córneo com homogeneização da queratina, consolidação e reorganização da derme, com melhoria na definição das cristas da derme papilar e diferenciação com a

derme reticular, apresentando melhor orientação e ordenamento da fibra de colágeno e vascularização do tecido.

Não foram observados efeitos colaterais ou complicações relatadas por pacientes antes do tratamento e não mostrou alterações patológicas nas amostras de tecidos analisados.

Técnica para o trata-

I. S. P.  
62 anos

Terço superior - Pré



05/03/2010

Terço superior - Pós



23/07/2010

R. C. M. S  
54 anos

Cola - Pré 19/03/2010



Cola - Pós 23/07/2010

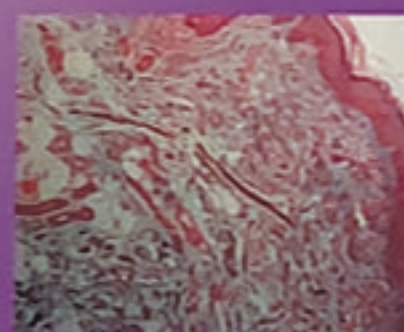


Melhoras evidentes nas lesões pigmentares

Pre



Pos



Biópsias: antes e depois. Camadas da epiderme reorganizadas.

mento de fotoenvelhecimento facial como o uso de FC obtida do PRP tem sido utilizada com sucesso, encontrando que alternativas farmacêuticas, tais como a utilização de FC obtido por biotecnologia ter resultados igualmente satisfatórios, a ser estudado com mais precisão para demonstrar a eficácia e segurança.



## ***Bibliografía***

---

- GARCÍA, Víctor. Tratamiento del envejecimiento cutáneo mediante bioestimulación con factores de crecimiento autógenos, *International Journal of Cosmetic Medicine and Surgery*, Volumen 7- Número 2, 2005.
- HONG, Jean Paul. The effect of various concentrations of human recombinant epidermal Growth Factor on split-thickness skin wounds, *Internal Wound Journal*, Pp 123-130, 2006.
- KWON, Leonard. Topical application of epidermal Growth Factor accelerates wound healing by myofibroblast proliferation and collagen synthesis in rat, *Journal Vet Sci*. Pp 105-109, 2006.
- BECKERT, Sam. Stimulation of steroid-suppressed cutaneous healing by repeated topical application of IGF-I: different mechanisms of action based upon the mode of IGF-I delivery, *Journal Surgery Restoration*, Pp 217-221, 2007.
- FU, Xum. Healing of chronic cutaneous wounds by topical treatment with basic fibroblast Growth Factor, *Clinical Medical Journal*, Pp 331-335, 2002.
- SÁNCHEZ, Maria. Enhanced Achilles tendon healing with autologous plasma rich in growth factors, *KBr Journal Sports Medicine*, 2003
- WIKESJÖ, Wozney. Augmentation of alveolar bone and dental implant osseointegration, clinical implications of studies with rhBMP-2: a comprehensive review, *Journal Bone Joint Surgery Am* Pp 136-145, 2001.
- BYZOVA, Tavio. A mechanism for modulation of cellular responses to VEGF: activation of integrins, *Molecular Cell*, 2000.
- TSUBOTA, King. Treatment of dry eye by autologous serum application in Sjogren's syndrome, *British Journal of Ophthalmology*, Pp 83: 390-395, 1999.
- GOTO, Emy. Treatment of superior limbic keratoconjunctivitis by application of autologous serum, *Cornea*, Pp20: 807-810, 2001.
- BENNET, Natan. Growth factors and wound healing: biochemical properties of growth factors and their receptors, *American Journal Surgery*, Pp 165: 728-737, 1999.
- ARNAS, Mario. Factores de crecimiento: estado del conocimiento actual. *Revista Española de Odontoestomatologica e implantes*, Pp10:202.-8, 2002.

# Gluteoplastia

Dr. Irani Rodrigues Rosique

A proporção cintura-quadril em torno de 0,6 no sexo feminino é um parâmetro de beleza e atratividade sexual em diversas culturas, desde a antiguidade até o presente século. O aumento do volume glúteo é uma ferramenta médica recente que possibilita a paciente se aproximar desta proporção.

O método para isto tem sido através implante de substâncias alógenas; da inclusão de próteses, da modelação com tecido gorduroso autólogo ou mesmo da associação de procedimentos.

Os opositores, afirmam que o enxerto gorduroso não permite um resultado duradouro, com taxas de reabsorção gordurosa variáveis a curto prazo, e total a longo prazo.

O presente trabalho visa analisar a confiabilidade e eficácia da biomodelação glútea com tecido gorduroso autólogo para promover um resultado estético satisfatório e duradouro à paciente.

## Pacientes e métodos

Foram avaliadas retrospectivamente as pacientes do sexo feminino que procuraram voluntariamente a melhora do contorno de tronco e quadris através de lipoescultura entre julho

de 2009 até julho de 2010.

Foram realizadas análises pré-operatórias em todas as pacientes, que incluía as determinações de hemoglobina, hematócrito, tempo de protrombina, tempo de tromboplastina parcial, glicose, uréia, creatinina e urinálise. Naquelas pacientes com mais de 45 anos ou com história médica significativa, uma avaliação médica completa foi realizada e inclui um eletrocardiograma de repouso.

Foram descartadas as pacientes que apresentaram variação ponderal superior a 10% do peso na data da cirurgia ao longo do acompanhamento pós-operatório de 12 meses, assim como aquelas que apresentavam alterações nos exames pré-operatórios que impossibilitavam a realização segura do procedimento cirúrgico.

As pacientes foram acompanhadas clinicamente, sendo documentado a evolução pré e pós-operatória através de fotografias, o grau de satisfação subjetiva da paciente, e as intercorrências. Em todas as pacientes, os resultados foram avaliados com as fotografias pré e pós operatório. As avaliações considerou

o grau de satisfação das pacientes e da equipe cirúrgica, utilizando uma escala de 1 a 4 (1, resultado ruim; 4, excelente melhora).

## Técnica cirúrgica

A técnica operatória utilizada foi:

1. Anestesia por bloqueio peridural e antibioprofilaxia com 1 gramo de cefazolina.
2. Infiltração tumescente da gordura a ser lipoaspirada com solução fisiológica associada a lidocaína e vasoconstrictor
3. lipoaspiração de gordura em flancos, raízes de coxas, e região sub-glútea.
4. Decantação por 30 minutos para separar a gordura sobrenadante do líquido infranadante.
5. Lipoenxertia retrograda através de seringa de 60ml e cânula de ponta romba nas áreas previamente demarcadas dos glúteos, em diferentes planos, evitando a enxertia de grande volume de gordura numa única área para prevenção de necrose do enxerto.
6. Os pacientes foram orientados a usarem cinta compressiva elástica por 6 semanas pós-operatórias e iniciar drenagem linfática a partir da segunda semana.

## Resultados

Foram operadas 142 pacientes no período que atenderam aos critérios de inclusão no estudo. A idade variou entre 18 e 53 anos (média=32 anos). A altura variou entre 149 e 172 centímetros. (média=158,3cm).

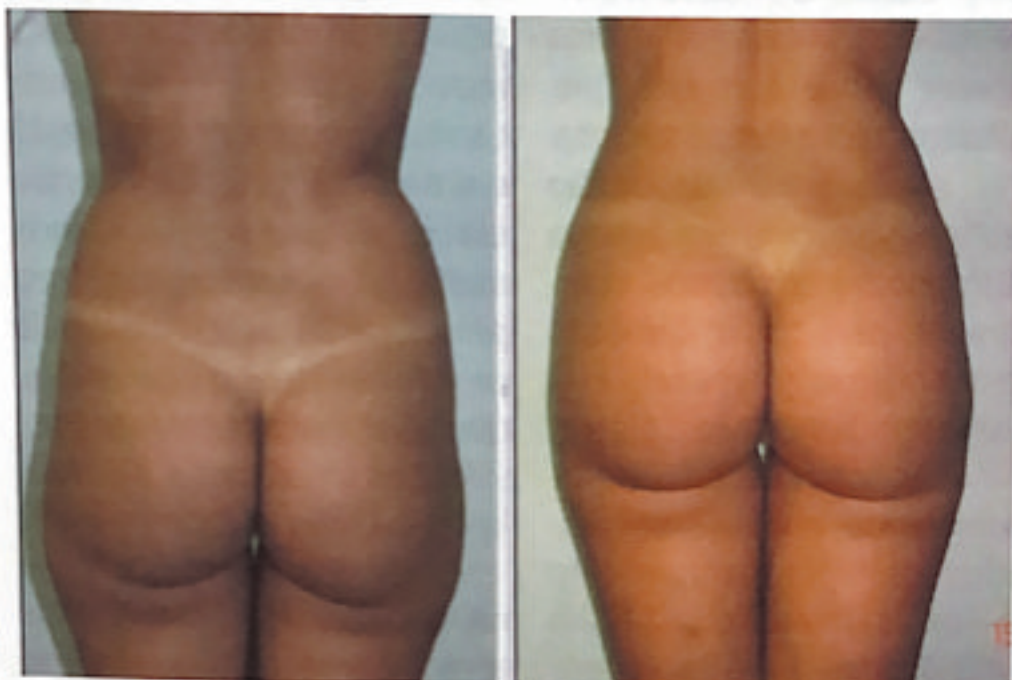
O peso na data da cirurgia variou entre 56 e 78 Kilogramos (média=64Kgs). O volume total enxertado na região glútea variou entre 230 e 560 mililitros (média=365ml).

Na amostra de pacientes avaliadas não houve nenhuma intercorrência clínica ou complicação pós-operatória dentro do período avaliado.

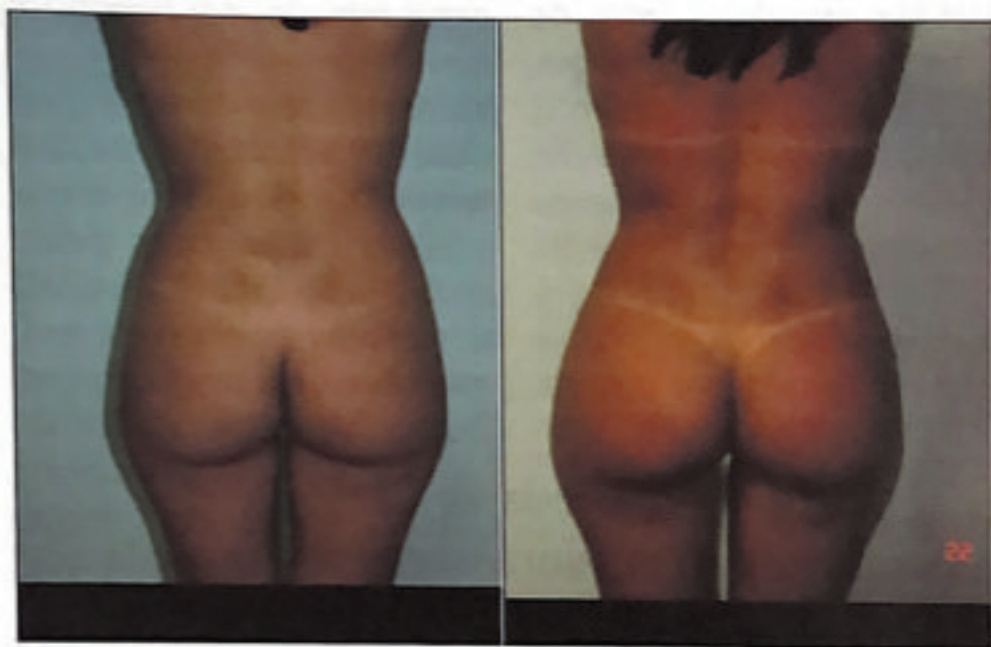
Das pacientes, 39 se consideraram extremamente satisfeitas (92,85%) dando nota 4. Três pacientes (7,15%) queixaram-se de irregularidades visíveis (nota 2), sendo submetidas a novo procedimento cirúrgico após 6 meses da cirurgia inicial, atingindo satisfação final (nota 4).

## Discussão

A modelagem do contorno glúteo inclui uma grande variedade de procedimentos que são realizados de várias maneiras. Pitanguy e Regnault al. melhoravam a forma glútea ressecando tecido na região trocantérica e na prega glútea. Gonzalez-Ulloa e Lockwood obtinham uma melhor forma elevando toda a região glútea.



Paciente 1



Paciente 3

Com o desenvolvimento dos implantes, vários autores têm obtido bons resultados com esta técnica.

Após a introdução da lipoaspiração, uma nova alternativa se tornou disponível para o tratamento do contorno corporal e a melhora da região glútea.

As provas de sobrevivência da gordura em estudos de acompanhamento de longo prazo constituem outra opção para a obtenção de melhores resultados estéticos em várias áreas do corpo, incluindo as nádegas.

No presente momento, os pacientes têm várias alternativas diferentes por causa da chegada de novas técnicas. Alguns procedimentos atingem uma melhora, mas criam cicatrizes grandes e visíveis.

Sem dúvida, um avanço é o uso de implantes de glúteo, porque fornecem um volume adequado a

do ao contorno da região com cicatrizes mínimas. No entanto, os implantes têm as desvantagens do custo e da aversão que muitos pacientes têm para a utilização de material estranho em seus corpos.

A técnica descrita foi, então, usada para melhorar o contorno glúteo, e na maioria dos casos, a projeção do glúteo foi alcançada.

Considerando-se os desejos de nossos pacientes e usando o princípio da remoção de gordura de onde está em excesso e colocá-la onde ela é necessária, decidimos melhorar o contorno glúteo pela combinação de dois procedimentos cirúrgicos que têm dado excelentes resultados em cirurgia plástica: lipoaspiração e Lipoinjection.

A lipoaspiração é a melhor escolha para o contorno corporal. Da mesma forma, vários estudos têm demonstrado os benefícios que podem ser obtidos com infiltração de gordura para diversas finalidades em diferentes regiões do corpo.

Muitos autores enfatizam o uso de boa técnica para obter uma melhor sobrevivência do enxerto gorduroso. Existe também resultados sa-

**“A retirada do excesso de gordura na região lombossacral é um dos fatores básicos para uma forma glútea adequada”**

tisfatórios na região glútea. Obtivemos resultados favoráveis em pacien-

tes usando uma combinação das duas técnicas. Mais de 90 por cento dos nossos pacientes apresentaram melhora, como determinado pela avaliação feita no pós-operatório por cirurgiões e pacientes.

É importante ressaltar que o excesso de gordura na região lombossacral é um dos fatores básicos que devem ser corrigidos para obter glúteos com forma adequada.

Por esta razão, foi necessário realizar a lipoaspiração nesta área em todos os pacientes.

A lipoaspiração das regiões subglútea e trocântérica foi necessária na maior parte dos pacientes, mas não em todos eles. A maioria dos pacientes melhoraram com um enxertia de menos de 200 ml em cada glúteo; não houve relação entre o volume infiltrado e o grau de satisfação dos pacientes e da equipe cirúrgica.

Quanto à prevenção de complicações, a quantidade de gordura infiltrada é uma das variáveis a serem consideradas para evitar reação local e necrose de gordura.

A síndrome de embolia provável de gordura não ocorreu em nenhum de nossos casos, mas é uma entidade que merece atenção especial, pois seu aparecimento não é explicado exclusivamente pela lipoenxertia e tem sido relatada mesmo após lipoaspiração de pequenos volumes em procedimentos cirúrgicos únicos.

A correlação de múltiplos fatores na ocorrência desta síndrome requer um estudo mais profundo e avaliação para descobrir sua causa durante a lipoaspiração.

Há aspectos importantes da técnica cirúrgica que são essenciais para obter bons resultados. A lipoaspiração com a técnica tumescente permite ao cirurgião a sucção de quantidade de

gordura necessária para obter um bom contorno corporal sem ter o volume aspirado, como fator limitante.

Da mesma forma, a técnica tumescente permite a aspiração de tecido adiposo muito limpo. Não tivemos necessidade de procedimentos adicionais para limpar o tecido gorduroso, como outros autores relatam.

Deixando a gordura decantar durante um certo

tempo nos permite obter gordura limpa para infil-

tração. A infiltração é sempre feita na parte superior do glúteo médio em uma forma oval ou circular, dependendo de cada paciente.

A infiltração na porção superior favorece a elevação das nádegas. A enxertia de gordura em diferentes planos e em várias direções garante resultados simétricos.

Além disso, usando um movimento contínuo da seringa durante a infiltração da gordura e em planos diferentes evita a necrose de gordura e o acúmulo de grandes quantidades de gordura em uma área.

Ao aplicar estes princípios, as nossas complicações têm diminuído e os resultados têm melhorado consideravelmente com o tempo.

A melhora que pode ser obtida com a técnica combinada de lipoaspiração

e Lipoenxertia depende da quantidade de gordura que pode ser removida em áreas adjacentes na região glútea e na quantidade de volume que é necessária na região glútea.

Quando mais a gordura é aspirada, mais o resultado é evidente. É por esta razão que os melhores resultados são obtidos quando o aumento necessário é inferior a 260ml.

Embora nós não pos-

samos de forma objetiva medir precisamente a sobrevivência da gordura injetada,

esta técnica é um procedimento simples, de baixo custo, com mínima morbidade e resultados muito bons.

A forma glútea obtida após acompanhamento prolongado é satisfatório e demonstra uma sobrevida considerável da gordura durante um longo período de tempo.

Um bom resultado não depende de um aumento grande do glúteo, mas depende da combinação dos dois procedimentos de uma forma harmoniosa para dar ao paciente um contorno corporal ideal, eliminando os depósitos de gordura com lipoaspiração e a aplicação de gordura onde é necessário.

### **Conclusão**

Esta técnica gluteoplastia é simples e de baixo custo, com mínima morbidade e resultados muito bons.

É importante notar que um bom resultado não depende de uma grande quantidade de infiltração de gordura, mas sim de uma forma harmoniosa de combinar os dois procedimentos cirúrgicos: a eliminação de gordura por lipoaspiração e o aumento dos glúteos por lipoenxertia, inclusive com resultados duradouros.

### **Bibliografia**

- Pitanguy, I. Trochanteric lipodystrophy. *Plast. Reconstr. Surg.* 34: 280, 1964.
- Regnault, P., Baroudi, R., and da Silveira Carvalho, C. G. Correction of lower limb lipodystrophy. *Aesthetic Plast. Surg.* 3: 233, 1979.
- Gonzalez-Ulloa, M. Gluteoplasty: A 10-year report. *Aesthetic Plast. Surg.* 15: 85, 1991.
- Lockwood, T. E. Transverse flank-thigh-buttock lift with superficial fascial suspension. *Plast. Reconstr. Surg.* 87: 1019, 1991.
- Novack, B. H. Alloplastic implants for men. *Clin. Plast. Surg.* 18: 829, 1991.
- Vergara, R., and Marcos, M. Intramuscular gluteal implants. *Aesthetic Plast. Surg.* 20: 259, 1996.
- Schrudde, J. Lipexeresis as a means of eliminating local adiposity. *Aesthetic Plast. Surg.* 4: 215, 1980.
- Kesselring, U. K. Regional fat aspiration for body contouring. *Plast. Reconstr. Surg.* 72: 610, 1983.
- Illouz, Y. G. Body contouring by lipolysis: A 5-year experience with over 3000 cases. *Plast. Reconstr. Surg.* 72: 591, 1983.
- Baroudi, R. Body sculpturing. *Clin. Plast. Surg.* 11: 419, 1984.
- Gasparotti, M. Superficial liposuction: A new application of the technique for aged and flaccid skin. *Aesthetic Plast. Surg.* 16: 141, 1992.
- Guerrerrosantos, J., Gonzalez-Mendoza, A., Masmela, Y., Gonzalez, M. A., Deos, M., and Diaz, P. Long term survival of free fat grafts

- in muscle: An experimental study in rats. *Aesthetic Plast. Surg.* 20: 403, 1996.
- Coleman, S. R. Facial recontouring with liposuction. *Clin. Plast. Surg.* 24: 347, 1997.
  - Chajchir, A. Fat injection: Long-term follow-up. *Aesthetic Plast. Surg.* 20: 291, 1996.
  - Coleman, S. R. Long-term survival of fat transplants: Controlled demonstrations. *Aesthetic Plast. Surg.* 19: 421, 1995.
  - Niechajev, I., and Sevcuk, O. Long-term results of fat transplantation: Clinical and histologic studies. *Plast. Reconstr. Surg.* 94: 496, 1994.
  - Chajchir, A., and Benzaquen, I. Fat-grafting injection for soft-tissue augmentation. *Plast. Reconstr. Surg.* 84: 921, 1989.
  - Billings, E., Jr., and May, J. W., Jr. Historical review and present status of free fat graft autotransplantation in plastic and reconstructive surgery. *Plast. Reconstr. Surg.* 83: 368, 1989.
  - Toledo, L. S. Syringe liposculpture: A 2-year experience. *Aesthetic Plast. Surg.* 15: 321, 1991.
  - Pereira, L. H., and Radwanski, H. N. Fat grafting of the buttocks and lower limbs. *Aesthetic Plast. Surg.* 20: 409, 1996.
  - Ross, R. M., and Johnson, G. C. Fat embolism after liposuction. *Chest* 93: 1294, 1988.
  - Laub, D. R., Jr., and Laub, D. R. Fat embolism syndrome after liposuction: A case report and review of the literature. *Ann. Plast. Surg.* 25: 48, 1990.
  - Boezaart, A. P., Clinton, C. W., Braun, S., Oettle, C., and Lee, N. P. Fulminant adult respiratory distress syndrome after suction lipectomy: A case report. *S. Afr. Med. J.* 78: 693, 1990.
  - Cárdenas-Camarena, L., Tobar-Losada, A., and Lacouture, M. A. Large volume circumferential liposuction with tumescent technique: Sure and viable procedure. Submitted for publication.
  - Klein, J. A. Tumescent technique for local anesthesia improves safety in large-volume liposuction. *Plast. Reconstr. Surg.* 92: 1085, 1993.
  - Samdal, F., Amland, P. F., and Bugge, J. F. Blood loss during suction-assisted lipectomy with large volumes of dilute adrenaline. *Scand. J. Plast. Reconstr. Surg. Hand Surg.* 29: 161, 1995.
  - Cárdenas-Camarena, L., and Gonzalez, L. E. Large-volume liposuction and extensive abdominoplasty: A feasible alternative for improving body shape. *Plast. Reconstr. Surg.* 102: 1698, 1998.

# Relação do curativo com cicatrização de feridas por primeira intenção

Dr. Winston Darwin Santos Arismendy

O cuidado das feridas é muito importante, mas ainda existem controvérsias e mal entendidos ao respeito, a maioria de vezes curativos feitos empiricamente ou pelo aprendizado de pessoa para pessoa.

O cuidado das feridas com curativo é uma prática muito antiga, data há mais de 500 anos AC. Onde eram usadas plantas, fibras de algodão e óleos para cobrir as feridas e evitar infecções.

Por definição o curativo é a proteção da lesão ou ferida, contra ação de agentes externos, físicos, mecânicos ou biológicos; porém o curativo ideal possui as seguintes características: Retira o exsudado e componentes tóxicos da ferida, mantém uma boa umidade, permite o intercâmbio gasoso, isola o leito da ferida termicamente, protege de uma provável infecção, e pode ser removido sem trauma nenhum.

Junto devemos também conhecer, todo o processo micromolecular, envolta da fisiologia da cicatrização, o qual consiste em quatro fases: hemostase, inflamação, granulação e remodelação.

## Objetivo

Evitar o mal uso dos

curativos, e mostrar que na literatura está todo o necessário para fazer uso de um bom curativo, demonstrando a importância da boa escolha e o tempo preciso do seu uso o que atinge diretamente proporcional aos resultados da cicatrização.

## Método

Revisão na literatura médica atual e artigos bibliográficos, usando como método de inclusão, os temas que incluem uso de curativos, fisiologia da cicatrização. Método de exclusão, relato de casos, estudos retrospectivos, temas que não incluíam a cicatrização e o uso de curativos.

Toda a literatura foi bem marcante, nas fases da cicatrização e o tempo que leva para a camada basal mi-

grar e cobrir o defeito criado na ferida, o qual demora de 24 a 48 horas numa pessoa sadia, mas não se tratou de maneira direita

O mal resultado da cicatrização por o uso excessivo do curativo ou não uso dele.

## Discussão

O curativo por ele só, não é responsável da cicatrização, mas vem sendo um complemento para proteção da mesma.

O bom resultado da cicatrização pode estar afetado por fatores independentes do curativo feito, como o tipo de sutura usada na área, a isquemia do tecido, seja por tensão da sutura, por fatores intrínsecos do paciente propriamente dito ou alguma doença sistêmica

### Fisiologia da cicatrização

**Hemostase:** ocorre na fase aguda, quando o dano ao tecido foi feito, ativando assim os fatores de coagulação, promovendo a migração de células na ferida.

**Inflamação:** inicia-se imediatamente após a lesão, e envolve fenômenos vasculares, migração de células inflamatórias e liberação de fatores de crescimento.

**Granulação:** é caracterizada pela formação do tecido de granulação e pela contração tecidual, começando a partir do 3-4º dia.

**Remodelação:** processo biológico que diminui a dimensão dos tecidos conectivos envolvidos na lesão, onde diminui a quantidade de colágeno tipo III para colágeno tipo I, esta troca ocorrendo durante um ano até ter um ganho de 80% da força tênsil natural.

ca, tais como desnutrição ou doença crônica e genética, mas quando o curativo não tem as características de um curativo de qualidade isto pode atrapalhar a cicatrização fisiológica do tecido. O uso de fita micropore pode ser uma boa opção aplicada direto na cicatriz, mas a combinação do álcool 70%, para realização do curativo diário por cima da fita, trás problemas prejudiciais, porque pelo efeito do álcool derrete-se a cola da fita, na cicatriz.

Também a fita micropore cumpre com uma das características de um bom curativo, que é o intercâmbio gasoso, mas estão muito ligados a qualidade de fabricação do material, algumas marcas de fitas de micropore

ficam coladas excessivamente no leito da ferida o que machuca a pele do paciente, e pode edemaciar a área ao redor da ferida, sendo esta confundida em inúmeras ocasiões pelo pessoal da saúde, com um reação imunológica Tipo IV do paciente.

### Conclusão

Partindo do conhecimento da função do curativo e o que ele deve fazer, o curativo fechado que não deixa o intercâmbio gasoso, pode criar um meio anaeróbio, perfeito para o crescimento de bactérias, e o aumento da umidade o que produz maceração da ceratina.

Não é preciso deixar um curativo por tempo

prolongado, devido a que depois das 48 horas já esta formada a camada basal da epidermes, para proteger a ferida.

### Bibliografia

- Pag.183 wound healing .Sabiston textbook of surgery 17th edition.
- Understanding dressings-the art of wound healing-Daniel A Ladin, MD.
- Excision and repair-dressing de part, Chang Y. Cho MD Jacob S. Lo, MD.
- Normas em controle de infecções Hospitalares - Normas para realização de curativos, Comissão de controle de Infecção Hospitalar - CCIH Teresina 2003.
- Feridas cutâneas: a escolha do curativo adequado, Rev. Col. Bras. Cir. vol.35 no.3 Rio de Janeiro Maio/Junho 2008
- Diogo Francol; Luiz Fernando GonçalvesII.





## Pós Graduação em Medicina e Cirurgia Plástica Estética

### Público

Graduados em Medicina

### Programa

Didática e Pedagogia  
Técnica Operatória  
Clínica Cirúrgica  
Anestesiologia  
Medicina Estética  
Cirurgia Plástica  
Prática em Medicina Estética  
Prática em Cirurgia Plástica Estética

### Duração

24 Meses (3º ano opcional)

### Local

Rio de Janeiro  
(Universidade Veiga de Almeida - Unidade Tijuca)

### Informações

(21) 2233-4188 / (21) 2233-7981 / sbmcpe.com.br

### Coordenação

Prof. M. Sc. Edison Teixeira  
Prof. Dr. Eduardo Teixeira

### Corpo Docente

Adalberon Magalhães  
Adriana Faria  
Cláudio Marsilli  
Edison Dias Teixeira  
Eduardo Considersa  
Eduardo Costa Teixeira  
Felipe Oliveira de Faria  
Henrique Pagnocelli Júnior  
Luiza Helena Zapi  
Márcia da Silveira Charneca Vaz  
Maria Estela de Oliveira Cardoso  
Paulo César Alves Azizi  
Paulo César do Amaral  
Rubens Leite Junior

Parceria com a  
Universidade Veiga de Almeida

Reconhecido  
pelo MEC



## Pós Graduação em Estética e Cosmetologia

### Público

O público alvo do Curso de Especialização em Estética e Cosmetologia são graduados em Estética, Fisioterapia, Enfermagem, Educação Física, Medicina, Nutrição e Fonoaudiologia com interesse em desenvolver habilidades e se especializar na área.

Reconhecido  
pelo MEC

Parceria com a  
Universidade Veiga de Almeida

### Duração

18 Meses

### Local

Rio de Janeiro  
(Universidade Veiga de Almeida - Unidade Tijuca)

### Coordenação

Prof. Cláudia Marsico Teixeira  
Prof. Dr. Eduardo Teixeira

### Programa

Anatomia, Histologia e  
Citologia da Pele  
Nutrição  
Cosmetologia e Cosmiatria  
Noções de Dermatologia em Estética  
Eletroterapia  
Patologia e Alterações Faciais  
Pré e Pós Operatório  
Metodologia da Pesquisa e Didática  
do Ensino Superior  
Prática em Estética Facial  
Prática em Estética Corporal

### Informações

(21) 2233-4188 / (21) 2233-7981  
sbmcpe.com.br

Vantagens de ser membro

Requisitos para ser membro

# SBMCPE

- Desconto nos eventos da SBMCPE e afiliados
- Credibilidade e confiança de clientes
- Assessoria jurídica
- Revista da SBMCPE
- Respaldo técnico científico
- Desconto nos cursos de Pós Graduação SBMCPE / UVA
- Descontos em produtos:  
Easemed - 7% na compra do VIBEPLUS em até 3x  
Macom - 20% na compra de qualquer produto
- Espaço no site da SBMCPE, com telefone para contato, e-mail e site
- Certificado para todos os membros

- Xerox CRM
- Ficha de cadastro
- Currículo atualizado\*

\* sujeito à aprovação da comissão científica da SBMCPE

\* documentos comprobatórios podem ser solicitados

- Pagamento de anuidade no valor de R\$ 360,00 (Valores para o ano de 2013)

Banco: Bradesco  
Ag: 26-4  
C/C: 386680-7  
CNPJ: 05285875/0001-09

Mantenha-se em dia e desfrute das Vantagens do Membro SBMCPE



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

Rua do Rosário, 61 sala 307 - Centro - Rio de Janeiro, RJ  
21-2233-7981 / 21-2233-4188

[secretaria@sbmcpe.com.br](mailto:secretaria@sbmcpe.com.br) / [comercial@sbmcpe.com.br](mailto:comercial@sbmcpe.com.br)