

Revista

SBMCPPE

Sociedade Brasileira de Medicina e
Cirurgia Plástica Estética

Novembro de 2015

*Abdominoplastia associada a deformidades
de Parede Abdominal*

Tratamento de lipoma gigante
usando a tecnologia da
laserlipólise - relato de caso

**Suspensão facial com fios de
sustentação - técnica em "v"**

Complicações da Blefaroplastia

edição n°

5

*Implante de polimetacrilato para tratamento da
lipodistrofia facial por uso de antirretrovirais*

WWW.SBMCPE.COM.BR

SBMCPE

Sociedade Brasileira de Medicina e
Cirurgia Plástica Estética

Índice

Editorial -----	02
Calendário SBMCPE -----	02
Abdominoplastia associada a de- formidades de Parede Abdominal -----	04
Tratamento de lipoma gigante usando a tecnologia da laserlipólise - relato de caso -----	06
Suspensão facial com fios de sustenta- ção - técnica em "v" -----	10
Complicações da Blefaroplastia -----	14
Implante de polimetacrilato para tratamento da lipodistrofia facial por uso de antirretrovirais -----	18

Expediente

EDITOR/JORNALISTA RESPONSÁVEL Bernardo Iwalski - bernardo.i.v.carvalho@gmail.com
CAPA Bruna Torres - bruninhatorres@hotmail.com ARTE FINAL Bernardo Iwalski - Bruna Torres
COLABORADORES Filipe Ribeiro; Dr. Eduardo Teixeira; Dr. Aderlene Araújo; Dr. Eduardo Considera;
Dr. André Vieira; 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.

Mais um ano, mais um congresso, mais uma edição da nossa revista. A SBMCPE, completando em 2015 quinze anos de fundação, mostra que segue firme e fiel aos objetivos de seus fundadores. Uma verdadeira sociedade científica, que contribui a formação e o aperfeiçoamento de profissionais através dos cursos de pós-graduação que apóia, que estimula o intercâmbio e de experiências e o desenvolvimento da Medicina e da Cirurgia Estética em eventos como Simpósios e Congressos, e que dá uma amostra do que seus membros produzem nos artigos aqui expostos.

Mas não estamos satisfeitos. Ainda há muito por fazer para que possamos consolidar a Medicina e Cirurgia Estética como especialidade. E este reconhecimento, na nossa opinião, passa pela união de todos os que atuam neste campo da medicina, com seriedade e ética. Para tanto, uma de nossas principais metas para os próximos anos é estreitar o relacionamento e buscar o entendimento e a parceria com os diversos grupos que hoje se dedicam não só a prática, mas também ao ensino desta área de atuação.

Neste congresso, temos a honra de contar com alguns expoentes da medicina e da cirurgia estética, egressos ou membros de diferentes escolas, que só valorizam o evento, e mostram que esta integração já está acontecendo. Esperamos fazer melhor a cada novo encontro, e esperamos contar com todos, e muitos mais, em 2016, em Orlando.

Eduardo Costa Teixeira
Vice presidente da SBMCPE

Requisitos mínimos para progressão a Membro Titular

- Mínimo de 5 (cinco) anos de atuação em medicina estética ou cirurgia plástica estética
- Título de pós graduação em medicina estética ou em cirurgia plástica estética
- Produção científica comprovada nos últimos dois anos (participação em congressos, temas apresentados em cursos e eventos científicos e trabalhos publicados)
- Análise curricular

Documentação necessária para Membros Acadêmicos

- Identidade
- CPF
- Comprovante de residência
- Declaração de matrícula ativa em graduação em medicina

Calendário de eventos SBMCPE

<u>Dezembro de 2015</u>	<u>Março de 2016</u>	<u>Junho de 2016</u>	<u>Outubro de 2016</u>
7 a 11 - Semana de Workshops - RJ	19 - Aula Inaugural da 24ª turma da Pós-graduação em Medicina e Cirurgia Plástica Estética – Faculdade Redentor - RJ; Aula Inaugural da 8ª turma de Pós-graduação em Cirurgia Geral – Faculdade Redentor - RJ	I Simpósio Brasileiro de Cirurgia Plástica Estética – Porto Alegre, RS	VIII Congresso Internacional da SBMCPE/ IX Congresso Brasileiro de Medicina e Cirurgia Plástica Estética – ORLANDO, Florida - USA

Abdominoplastia Associada a Deformidades de Parede Abdominal

Um estudo em pacientes do Hospital Universtário Gaffrée e Guinle

Dr. Eduardo Teixeira; Dr. Marcus Vinícius Coimbra; Dr. Flavio Carvalho; Dra. Mayara Victal; Dr. Nazly Garces; Dr. Flavio Gomes

O abdômen ocupa uma posição central do corpo humano; sua forma é dada pela estrutura esquelética, pela quantidade e distribuição de tecido adiposo, aspecto e situação da pele, integridade do sistema músculo aponeurótico e o conteúdo intracavitário. Cada um desses componentes é uma variável independente dentro do diagnóstico da deformidade da parede abdominal, determinando o tipo de tratamento a ser indicado para o paciente. Pitanguy divide as deformidades abdominais em duas categorias: alterações estéticas e funcionais.

Os defeitos estéticos são aqueles que modificam o contorno corporal e devem-se principalmente à flacidez da parede abdominal, acúmulo de gordura e enfraquecimento músculo-aponeurótico. Os defeitos como as hérnias comprometem o aspecto funcional da parede abdominal.

A correção de hérnias incisionais abdominais permanece como um dos procedimentos cirúrgicos mais comuns, uma vez que elas ocorrem em torno de 11% das laparotomias. A dermolipectomia abdominal pode ser indicada para o tratamento cirúrgico dessas

alterações estéticas e funcionais da parede do abdômen, bem como dos aspectos psicológicos referentes à autoestima dos pacientes.

Objetivos

Avaliar a viabilidade da associação da abdominoplastia com a correção das deformidades de parede abdominal (hérnias incisionais, umbilicais e epigástricas volumosas).

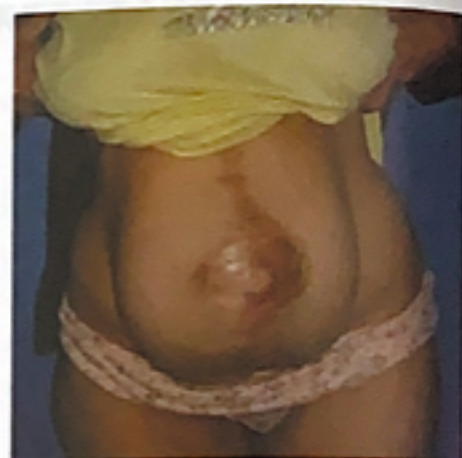
Métodologia

Estudo retrospectivo com base na análise dos prontuários dos pacientes submetidos a dermolipectomias abdominais associadas a correção de deformidades de parede abdominal pela equipe da CCB do HUGG no período de 2005 à 2014, com ênfase na efetividade na correção das hérnias, bem como no índice de complicações, recidivas e no tempo de internação. Ao todo foram 47 pacientes, sendo a maior parte do sexo feminino, entre 24 e 70 anos.

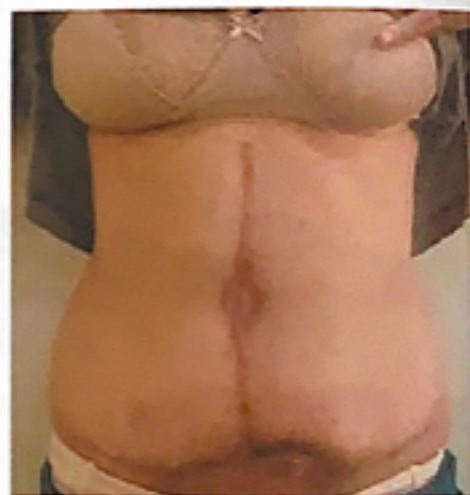
Resultado

O estudo mostrou que a técnica proposta permitiu a correção das hérnias em todas as pacientes em que foi indicada. A maior parte foi de hérnias incisionais, seguidas pelas umbilicais e epigástricas. Não foram observadas recidivas. As

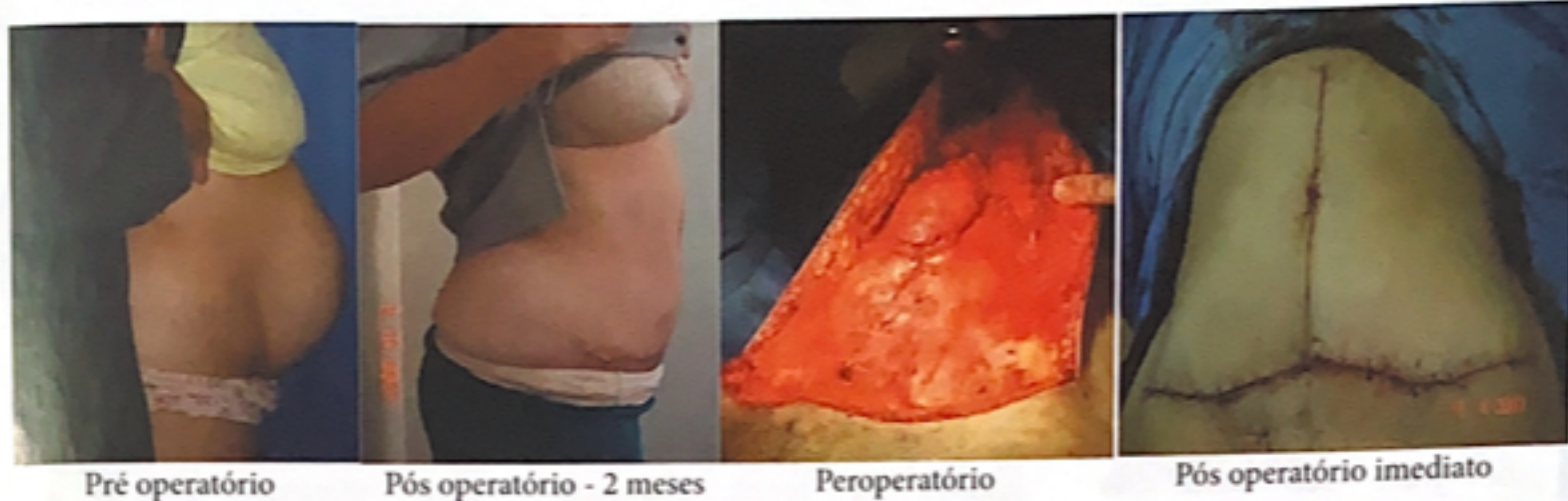
complicações relatadas foram compatíveis com as descritas na literatura para as abdominoplastias convencionais, sendo as mais comuns: seromas, deiscências de suturas, abscessos e cicatrizes hipertróficas.



Pré operatório



Pós operatório - 2 meses



CIRURGIA REALIZADA	QUANTIDA DE CIRURGIAS	COMPLICAÇÕES
Dermolipectomia + Hernioplastia incisional	23	02 Deiscência parcial de sutura, 01 recidiva da hérnia e 01 seroma
Dermolipectomia + Hernioplastia umbilical	16	01 Deiscência parcial de sutura e 01 necrose umbilical
Dermolipectomia + Hernioplastia epigástrica	8	Sem complicações



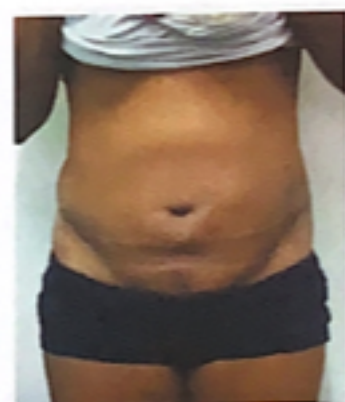
Pré operatório



Pré operatório



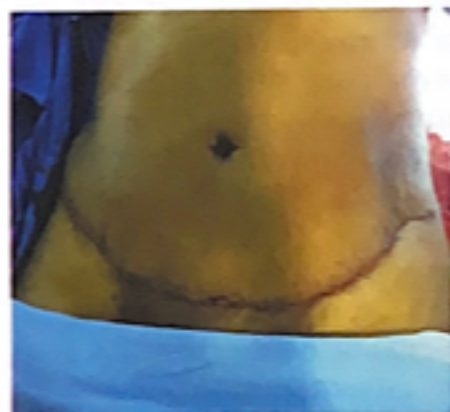
Pré operatório



Pós operatório - 2 meses



Pós operatório - 2 meses



Pós operatório imediato

Conclusão

Os autores concluem que a associação da dermolipectomia abdominal (abdominoplastia) com a correção de hérnias ventrais é uma alternativa válida para a correção das deformidades da parede abdominal

Tratamento de lipoma gigante usando a tecnologia da laserlipólise - relato de caso

Dr. Diovane Ruaro

Lipomas são tumores benignos, sem risco de transformação maligna, compostos por gordura que se agrupa e forma uma protuberância arredondada por baixo da pele. O lipoma se destaca do restante do tecido gorduroso ao seu redor por ser revestido por uma cápsula fibrosa. Ele é, portanto, uma tumoração de gordura ao redor do tecido gorduroso.

Cerca de 1 a 2% da população tem um ou mais lipomas pelo corpo. Esse tipo de tumor é mais comum nos adultos e no sexo feminino. Na verdade, o lipoma pode surgir em qualquer idade, mas ele é raro em crianças e adolescentes, e se torna mais comum a partir dos 40 anos de idade.

Ainda não sabemos por que o lipoma surge. Como há uma clara tendência familiar para o desenvolvimento deste tumor, imagina-se que exista um forte componente genético na sua formação. Alguns casos de lipoma parecem surgir após um trauma local, mas essa relação ainda não foi comprovado.

Os lipomas são o tumores mesenquimais benignos. Eles podem ocorrer tanto como tumores solitários ou múltiplos, localizados em praticamente qualquer órgão do corpo humano. Os locais preferidos incluem tronco, ombros, braços e pescoço. Neste estudo, apresentamos uma paciente do sexo feminino

de 67 anos de idade, com um lipoma de braço esquerdo gigante. O tumor tinha um tamanho de 4,5x5,0x7,5cm ao ultrassom. Indolor, e a indicação da remoção era por preocupação da paciente em transformar-se em tumor maligno, embora tivesse sido copiosamente instruída de se tratar de tumoração benigna. O caso é de interesse devido ao tamanho, localização e desafio cirúrgico, pois a paciente não aceitava submeter-se a procedimento de cirurgia convencional ("cirurgia com corte") então realizamos a laserlipólise do tumor.

Desde que foi popularizada por Illouz¹, a lipoaspiração não parou de evoluir e novas técnicas como a laserlipólise surgiram para tornar o tratamento da lipodistrofia ainda mais consagrados.

A utilização da solução entumecente de Klein (soro fisiológico 0,9% 1000 ml,

bicarbonato de sódio 10% 10ml, adrenalina 1mg/ml 1ml e lidocaína 2% 30ml) trouxe inúmeros avanços para o tratamento da adiposidade localizada, como a modalidade ambulatorial (anestesia local), sem necessidade de hospitalização.

Caso

Uma mulher de 67 anos de idade, consultou, devido a aparência da tumoração e do medo de se tratar de doença maligna. A paciente foi submetida ao exame físico que revelou um tumor lipomatoso no braço esquerdo em região posterior, que havia crescido cada vez mais nos últimos anos e que media aproximadamente 4,5x5,0x7,5 cm ao ultrassom.

O tumor foi diagnosticado como um lipoma gigante. (Figura 1,2,3)

De acordo com os seus desejos, a paciente foi submetida a cirurgia de laserlipólise com

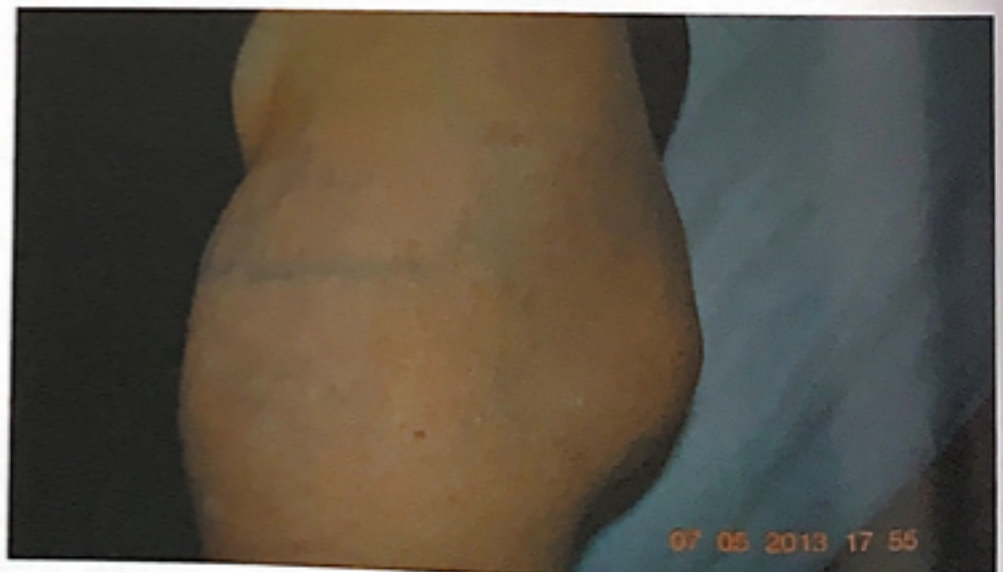


Imagem antes do procedimento da lesão do braço esquerdo

posterior aspiração do conteúdo lipídico do tumor, realizado com anestesia local, entumecente, em regime ambulatorial (clínica nível II - Resolução CFMN nº 1.886/2008) Conforme descrito a seguir. O objetivo deste trabalho é relatar um caso de lipomatose gigante em paciente que não estava disposta a realizar o procedimento convencional com incisão de pele e retirada do lipoma, e optamos pelo tratamento com laserlipólise e posterior aspiração da gordura derretida

Método

O fator térmico é o principal fator de adipocitólise relacionado ao laser. A liquefação da gordura depende da energia térmica do laser

injetados).

-Aplicação do laser no interior do tumor, com palpação manual, com cânula de 1mm e 15cm de comprimento, fibra óptica de 600 micras, potência do laser de 22watts, com aparelho de Laser Diodo com comprimento de onda de 980 nanômetros, realizando movimentos suaves de vai e vem em leque até totalizar a Energia Térmica de laser -(ETA- 150j/cm²- neste caso - total 5000J)

Após a aplicação do laser uma vigorosa drenagem manual foi realizada no intuito de retirar o excedente líquido, através dos orifícios de entrada do laser, para prevenção da complicação mais comum na laserlipólise, o seroma (acúmulo de líquido sero-sanguinolento em lojas

orifícios de entrada, mantendo-os por 7 dias e colocação de absorvente sobre o orifício, trocando-os sempre que necessário nas primeiras 36 horas.

-Analgésicos não esteroides e antibióticos profiláticos por três dias.

-Revisões médicas para 7, 30 e 90 dias após o procedimento.

Resultado

Procedimento realizado sem intercorrências e já na revisão dos 30 dias verificou-se a resolução total do tumor. A paciente classificou como satisfatório o resultado do procedimento. Pequenas áreas de equimoses e discretas áreas de fibrose foram evidenciadas no pós-operatório inicial, que se resolveram espontaneamente.



Imagem antes do procedimento da lesão do braço esquerdo

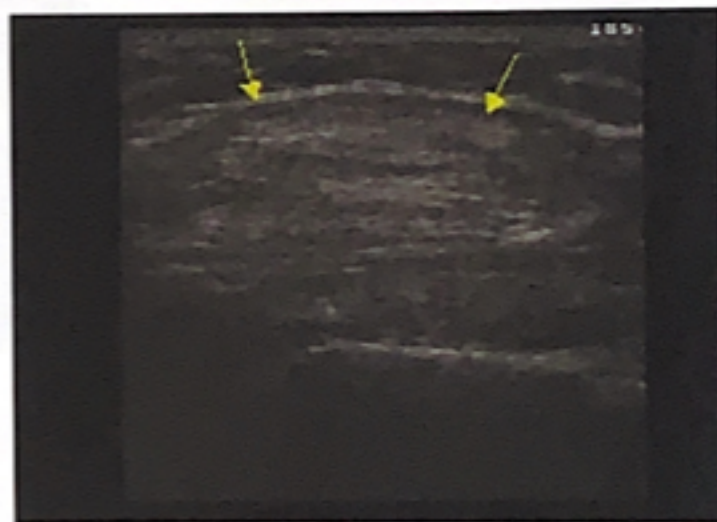


Imagem ultrassônica da lesão

acumulada alcoólico 2% -Aplicação da anestesia local entumecente de Klein por pertuito realizado na pele com agulha 40x12 (agulha rosa) e introdução do líquido por cânula de Klein de 1,5mm de diâmetro e 15cm de comprimento - até causar a entumescência necessária para a aplicação e condução do laser de forma segura (média 5 a 8ml/cm² da solução de Klein com limite de 35mg/kg de peso de lidocaína

subcutâneas que se não absorvidas ou drenadas podem evoluir para infecção). Aspiração do conteúdo lipídico derretido pelo laser com seringa de 60ml em pressão negativa, usando-se cânula de 2mm, ponta romba e três furos, um inferior e dois laterais, em movimentos de vai e vem suaves e sem resistência (até esvaziamento total do conteúdo tumoral).

-Curativo com micropore (Nexcare-3M®) estéril nos

Conclusão

A laserlipólise Ambulatorial, aspirativa, para tratamento de lipomatose subcutânea localizada (LIPOMA GIGANTE), é opção terapêutica eficaz, segura e satisfatória. É uma técnica em ascensão e vem se mostrando ser mais uma opção terapêutica alternativa para o tratamento desta patologia.

A aplicação da Laserlipólise requer treinamento adequado e se realizado de for-

ma criteriosa, respeitando-se os cuidados específicos e seguindo-se os protocolos, traz grande satisfação tanto para os clientes como para o médico.

Destaca-se o baixo índice de complicações com o procedimento, o alto índice de satisfação e a rápida recuperação pós-operatória.

A adequada indicação do procedimento após criteriosa avaliação do pré-operatório com esclarecimento dos reais resultados é fundamental para o sucesso e satisfação dos clientes no pós-operatório.

Bibliografia

- 1- Illouz Y. Body contouring by lipolysis: a five years experience with over 3000 cases. *Plast Reconstr Surg.* 1983;72:591-7.
- 2- Klein JA. Principles and tumescent technique: *Cosmetic Surgery of the Skin.* 1987;(4):263.
- 3- Apfelberg DB, Rosenthal S, Hunstad JP, Achauer B, Fodor PB. Progress report on multicenter study of laser-assisted liposuction. *Aesth Plast Surg.* 1994;18(3):259-64.
- 4- Sanchez FM, Golomb JA, Moy et al. Giant lipoma: case report and review of the literature: *J Am Acad Dermatol.* 1993;(28): 266-268.
- 5- Balakrishnan C, Nanavati D, Balakrishnan A, et al. Giant lipomas of the upper extremity: case report and a literature review: *Can J Plast Surg.* 2012; (20): 40-41
- 6- Vandeweyer E, Scagnol I. Axillary giant lipoma: a case report: *Acta Chir Belg.* 2005;(205):656-657
- 7- Silistreli ÖK, Durmus EÜ, Ulusal BG, et al. What should be the treatment modality in giant cutaneous lipomas? Review of the literature and report of 4 cases: *Br J Plast Surg.* 2005; (58): 394-398
- 8- Capriotti K, Humphreys TH. A Novel Technique for the Extraction of Larger Lipomas: Article first published online: 23 FEB 2009 DOI: 10.1111/j.1524-4725.2009.01069.x by the American Society for Dermatologic Surgery.
- 9- Weiss RA, Beasley K: Laser-



Imagem dois anos após o procedimento

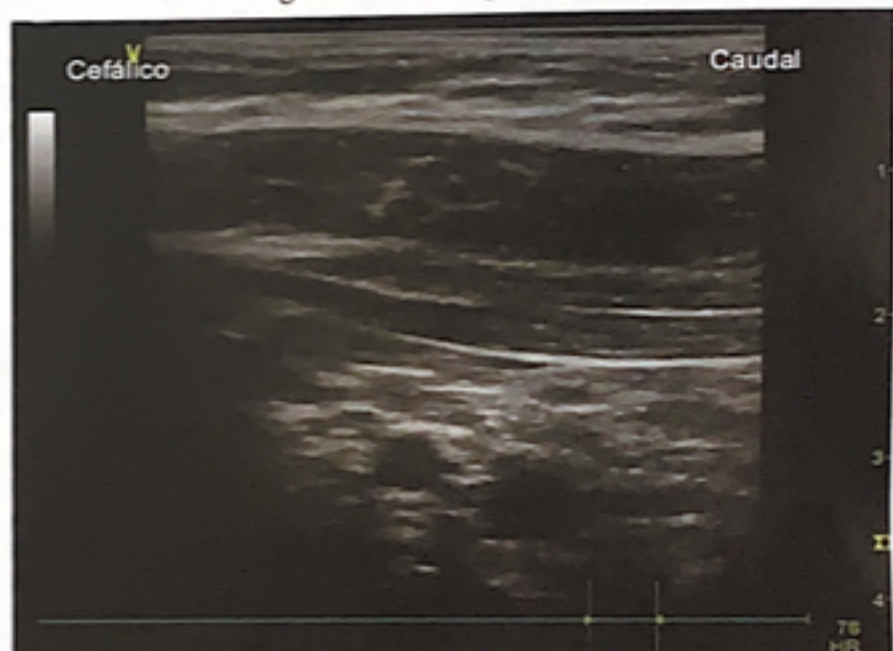


Imagem ultrassônica após o procedimento

- assisted liposuction using a novel blend of lipid- and water-selective wavelengths. *Lasers Surg Med.* 2009; 41(10):760-6.
- 10- Centurion P, Cuba JL, Noriega A. Liposucción con diodo láser 980-nm. (LSDL 980-nm): optimización de protocolo seguro en cirugía de contorno corporal. *Cir Plást Ibero-Latinoam.* 2011;37(4):355-64.
- 11- Lang CL, Schmidt Andersen C, Grethe Schmidt G, Bonde C. Gigantic subcutaneous lipoma – A case report: *Dermatologic Surgery.* 2009;(35):493-495
- 12- Anderson RR, Farinelli W, Laubach H, Manstein D, Yaroslavsky AN, Gubeli J 3r. Selective photother-

- molysis of lipid-rich tissues: a free electron laser study. *Laser Surg Med.* 2006;38(10):913-9.
- 13- Forman TA, Friedman A. Laser lipolysis with a 980 nm diode laser. *J Drugs Dermatol.* 2010;9 (5 Suppl ODAC Conf Pt 1):s58-s61.
- 14- www.portalmedico.org.br/resolucoes/CFM/2008/1886_2008.htm
- 15- Mordon SR, Plot E. Laser lipolysis versus traditional liposuction for fat removal. *Exp Rev Med Devices.* 2009;6(6):677-88.
- 16- Klein JA. Tumescent technique for regional anesthesia permits lidocaine doses of 35 mg/kg for liposuction. *J Dermatol Surg Oncol.* 1990;16(3):248-63.

Suspensão facial com fios de sustentação – técnica em “v”

Dr. Eduardo Teixeira; Dr. Wilson Junior

A natureza oferece-nos muitas estruturas farpadas, como, por exemplo, o ferrão da abelha, a língua do pica-pau e o espinho do porco-espinho: todos podem penetrar, mas é um desafio retirá-los. Essas farpas ficam todas na mesma direção, dificultando sua retirada pelo local de entrada. A história dos fios de auto sustentação (FAS), se inicia em meados do século XX, após a observação dessas estruturas naturais.

No início da década de 1960, Alcamo desenvolveu as invenções pré-históricas do anzol de pesca farpado e da ponta de flecha, quando propôs uma sutura com farpas unidirecionais.

Em 1967, Alan McKenzie descreveu um dispositivo com farpas bidirecionais que criou para o reparo de tendões. Não foi dada continuidade em nenhum desses esforços.

No início da década de 1990, Ruff desenvolveu um dispositivo farpado bidirecional, assim como o seu meio de produção e método de uso. Colocado com uma cânula ou por agulhas dispostas em direções opostas, um conjunto de farpas fixa o outro, eliminando a necessidade de atar um nó para prender a extremidade.

Já em 1996, na Rússia, o Dr. Marlen Sulamanidze, descobriu que um fio que apresentasse escamas em sentidos inversos em cada uma de suas metades

teria a capacidade de se fixar no tecido celular subcutâneo (TCS) sem deslocamento dentro desse tecido. Em 1999, o Dr. Sulamanidze, cirurgião plástico russo, inventou e patenteou os fios com dentes em sentidos opostos, e eles ficaram conhecidos mundialmente como fios russos.

Anatomia facial

Nos limitaremos a anatomia do terço médio e inferior da face, pois são as regiões de interesse para a técnica que será descrita.

A idade ou a aparência do ser humano pode ser reconhecida pela desigualdade dos volumes faciais e a desarmonia entre as ptoses dos tecidos moles. A suspensão da pele constitui o principal objetivo do paciente. Como na cirurgia aberta, a colocação de uma sutura farpada também deve elevar a gordura subcutânea. Do mesmo modo, as farpas devem estar suficientemente profundas na gordura para minimizar a distorção da pele. A gordura na área zigomático-malar é conhecida localizada, formando o volume da região malar. A gordura é conectada com a pele ao arco do zigomático por uma sólida interseção, o ligamento zigomático.

A gordura subcutânea das áreas adjacentes (infra-orbital, bucal, malar e



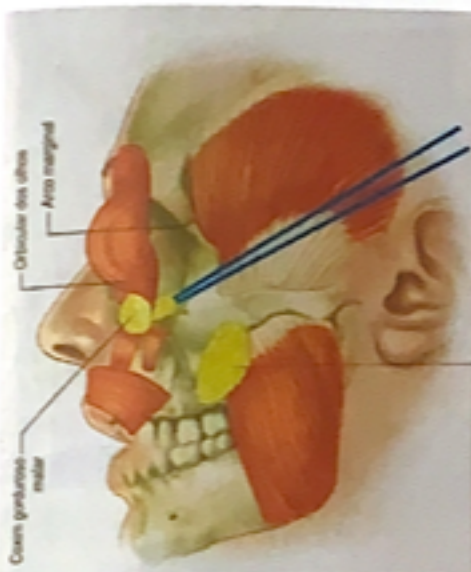
Face envelhecida

mandibular) é um tipo de rede de sustentação desde os tecidos profundos até os volumes da área malar, que proporcionam o perfil característico da juventude. Mas, gradualmente, o efeito gravidade é sentido com a ptose desses tecidos gordurosos, distorcendo a relação entre a pele e o SMAS. Os locais onde essas conexões são desestruturadas proporcionam o aparecimento de sulco lacrimal, sulco nasolabial, rugas e “expressão de tristeza”.

A bolsa de gordura bucal (bola de Bichat) permite o deslizamento dos músculos mastigatórios. Esse deslizamento facilita a extrusão de seu local anatômico original. A bola de Bichat é um componente importante da plaxila, localizada lateralmente a comissura oral. Aqui se formam as típicas bolsas de envelhecimento.



Coxim gorduroso malar



Bola de Bichat

- Materiais

1. Caneta marcadora de pele.
2. Solução alcoólica.
3. Campos cirúrgicos.
4. Seringa de 20 ml.
5. Agulhas 18G, 22G e 26G.
6. Cloridrato de Lidocaína a 2% com epinefrina.
7. Cânulas de aço inoxidável.
8. Fio de polipropileno de dupla convergência com 20 cm.
9. Tesoura de ponta romba.
10. Pinça Kelly curva.
11. Curativo de micropore.

Técnica

1. Marcação do trajeto do fio na pele (tratando o coxim gorduroso malar, sulco nasolabial, bola de Bichat e ptose da linha da mandíbula), em forma de "V", com vetores resultantes oblíquos;
2. Anti-sepsia da pele com solução alcoólica;
3. Colocação de campos cirúrgicos;
4. Anestesia da pele com Lidocaína a 2% com epinefrina, nos pontos de entrada e saída da cânula;
5. Infiltração do tecido subcutâneo no trajeto demarcado para passagem da cânula;
6. Incisa a pele com agulha 18G, criando pertuito de entrada para passagem da cânula;
7. Passagem da cânula no tecido subcutâneo, respeitando a marcação na pele, até transfixar a pele;
8. Inserção do fio no interior da cânula, através do orifício de saída na pele, seguido de retirada das cânulas;
9. Tracionar as extremidades do fio até que forme uma pequena área de retração no pertuito de saída;
10. Sub incisar a área retraída;
11. Colocação de curativo de micropore nos pertuitos realizados na pele.



Posicionamento dos fios

Cuidados pós-procedimento

Após o procedimento o paciente é orientado a manter-se sentado ou deitado com a cabeceira elevada, não flexionar o tronco, não fazer esforço físico e

não se expor ao sol em caso de equimose. Colocar compressas geladas na face nas primeiras 24 horas, e por fim, fazer uso de analgésico de uso habitual.

Complicações

As complicações são decorrentes da falta de conhecimento da anatomia ou da falta de experiência na aplicação da técnica. Entre as mais comuns, podemos citar retração da pele, devido passar o fio derme superficial, e assimetria, por tracionar o fio em uma hemiface a mais que na outra. Menos comum, porém possível, seria a perfuração de estruturas adjacentes, por não respeitar adequadamente a anatomia e a técnica. Outras complicações como hematoma e equimose são bastante raras, pois as cânulas não apresentam ponta cortante.

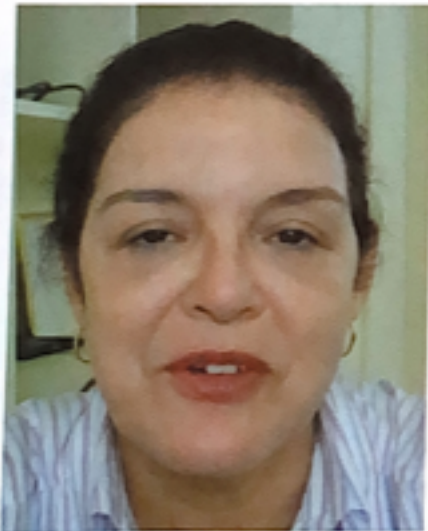
Pré procedimento



15 dias após

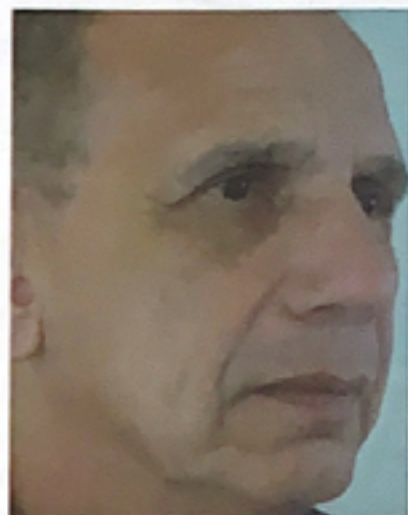
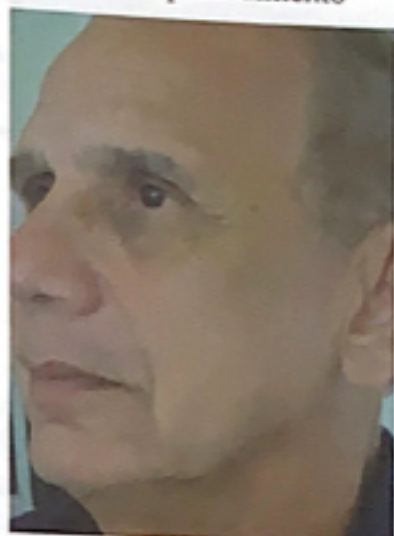


6 meses após





Pré procedimento



3 meses após



Conclusão

Essa técnica descrita, em comparação com as demais variações propostas a partir da técnica de Sulamanidze, apresenta como principal diferencial ser menos traumática. A marcação em "V", proporciona ótimos resultados, com menor área de infiltração e de trauma, pois diferentemente das demais, não forma uma malha de fios no tecido facial subcutâneo. Também podemos citar, como benefício, as pontas dos fios voltarem apenas para a região cranial, não causando o desconforto que causado pelas técnicas que tem as pontas voltadas para a região caudal da face.

Bibliografia

• Sulamanidze, M.A. et al. *Experience in Preventive Measures and Treatment of Complications at Face and Neck Thread Rejuvenation. Miniinvasive Face and Body*

Lifts - Closed Suture Lifts or Barbed Thread Lifts, Dr. Nikolay Serdev (Ed.). InTech. 2013. Disponível em:

<http://www.intechopen.com/books/miniinvasive-face-and-body-lifts-closed-suture-lifts-or-barbed-thread-lifts/experience-in-preventive-measures-and-treatment-of-complications-at-face-and-neck-thread-rejuvenation>

• Sulamanidze, M.A. et al. *Avoiding Complications With Aptos Sutures. Aesthetic Surgery Journal* 31(8) 863-873. 2011.

• Wu, W.T.L. *Commentary on Facial Rejuvenation with Fine Barbed Threads: The Simple MIZ-Lift. Aesth Plast Surg* 38:75-77. 2014.

• Sulamanidze, M.A. et al. *New Method of Face Elastic Thread Lift. Miniinvasive Face and Body Lifts - Closed Suture Lifts or Barbed Thread Lifts. Cap. 14. Páginas 277 - 286. 2013.*

• Sulamanidze, M.A. Sulamanidze, G.M. *Remoción de arrugas faciales. Nuevos procedimientos. International Journal of Cosmetic Medicine and Surgery - Nº 1. 2013*

• Dept. of Cosmetic & Plastic

Surgery, Ashirwad Hospital. Use of barbed threads in facial rejuvenation. Indian Journal of Plastic Surgery. 41(Suppl): 93-100. Outubro/2008.

• Perrone, M. *Utilização de fio de polipropileno de autossustentação de tripla convergência para a correção do desvio de hemiface causada por lesão do nervo facial. Rev Col Bras Cir. [periódico na internet] 2012; 39(5) 368-372. Disponível em <http://www.scielo.br/rcbc>*

• Sulamanidze, M.A. Sulamanidze, G.M. *Facial lifting with Aptos Methods. Journal of Cutaneous and Aesthetic Surgery. January 2008. Volume 1. Páginas 7 - 11.*

• Aston, S.J. et al. *CIRURGIA PLÁSTICA ESTÉTICA. Rio de Janeiro. Elsevier. 2011. Capítulos 7, 8, 9 e 16.*

• Sadick, N.S. *CIRURGIA ESTÉTICA AVANÇADA. São Paulo. Livraria Santos. 2007. Páginas 207 - 220.*

• Marcussi, S. *SEGREDOS EM MEDICINA ESTÉTICA. São Paulo. Livraria Médica Paulista. 2008. Capítulo 14.*

Complicações da Blefaroplastia

*Dra. Aline Cardozo; Dra. Karine Miranda; Dra. Luísa Maia;
Dr. Luiz Gustavo Martins*

A região ocular tem papel essencial na harmonia da face. Por essa razão, alterações nessa área podem levar a modificações significativas, principalmente, quando alteram o formato ou a posição relativa dos olhos. Pela natureza da anatomia local, uma cirurgia com indicação ou execução equivocada pode induzir à formação de tecido cicatricial, que mesmo após mínima contração poderá alterar o contorno e as concavidades tão peculiares a esta região^{1,2}.

Dentre todas as cirurgias nesta área da face, a que potencialmente pode causar os processos descritos acima é a blefaroplastia. Derivada de uma palavra de origem grega (blepharos refere-se às pálpebras e plastikós, à forma), blefaroplastia é o termo utilizado para denominar a cirurgia de rejuvenescimento palpebral. Trata-se de um dos procedimentos estéticos mais executados no mundo e tem por finalidade melhorar funcional e esteticamente a região periorbital^{2,3}.

Para que essa cirurgia tenha êxito, deve-se realizar uma anamnese minuciosa. É fundamental avaliar a presença de comorbidades, os medicamentos em uso, a história oftalmológica pregressa, além de antecedentes pessoais e fa-

miliares. O exame físico deve ser executado com atenção e as condições psicológicas do paciente, bem como suas expectativas em relação à cirurgia, também são aspectos de extrema relevância².

Outro fator importante é a técnica cirúrgica a ser empregada. Para escolhê-la, o médico deverá considerar as alterações anatômicas encontradas e as queixas apresentadas pelo indivíduo. Nesse instante, caberá ao cirurgião esclarecer para o paciente as reais possibilidades cirúrgicas para melhora da estética².

No entanto, embora não sejam comuns, complicações decorrentes desse tipo de cirurgia podem ocorrer. Elas são raramente permanentes e para tratá-las, pode-se recorrer a uma abordagem clínica ou a técnicas de intervenção cirúrgica. Dentre as principais complicações, encontram-se: hematoma, quemose, cegueira, ectrópio e ptose palpebral. Vale lembrar que as que envolvem a pálpebra inferior são muito mais marcantes, em especial quando ocorre o ectrópio nessa região por ressecção exagerada de pele em indivíduo que muitas vezes já apresenta flacidez dos ligamentos palpebrais².

Sendo assim, esse estudo tem por objetivo fa-

zer uma revisão de literatura sobre as principais complicações da blefaroplastia.

Materiais e métodos

Neste estudo, optou-se por uma revisão bibliográfica, a fim de reunir informações atuais e relevantes sobre as principais complicações da blefaroplastia. Por meio de base de dados como o SciELO, PubMed e da Revista Brasileira de Cirurgia Plástica, foram pesquisados artigos da literatura médica, da língua inglesa e portuguesa, de 2005 a 2012.

Discussão

A blefaroplastia é uma cirurgia que apresenta poucas complicações, mas quando presentes podem causar importantes danos funcionais e/ou estéticos à região palpebral. Além de raras, na grande maioria das vezes, as complicações são de fácil resolução³.

Hematoma: é uma complicação que, dependendo de sua extensão e evolução, pode levar à cegueira. A prevenção do mesmo começa antes do ato cirúrgico, com uma anamnese detalhada envolvendo comorbidades que possam predispor a sangramentos, uso de anti-coagulantes e coagulopatias.

São classificados em pré-septal (restrito apenas à pál-

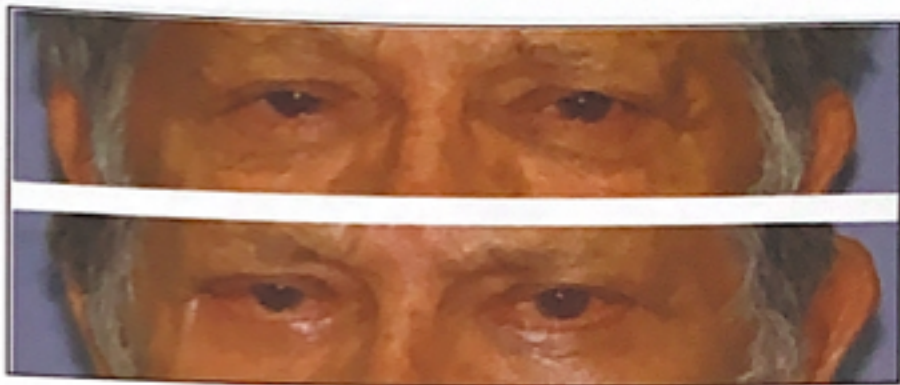
pebra, não afetando a visão.) e pós-septal (ocorrendo devido a uma hemorragia intraorbital levando a um aumento de pressão na órbita e comprimindo o nervo óptico).

Antiagregante plaquetário e anti-inflamatório, devem ser suspensas pelo menos 10 dias antes do procedimento. Patologias crônicas, como a hipertensão arterial sistêmica, diabetes, coagulopatias, devem ser controladas antes do procedimento cirúrgico. No intraoperatório, a hemostasia deve ser eficaz para evitar a formação de hematomas³.

Clinicamente, a hemorragia orbital apresenta um início agudo de dor orbital com aumento da pressão intra-ocular manifestada por proptose, equimose, limitado movimento do músculo extraocular, e uma pupila fixamente dilatada. A acuidade visual normalmente é reduzida. Em casos com alteração visual e pupilar, com a órbita tensa, a intervenção deve ser imediata, com exploração cirúrgica para hemostasia^{3,6}.

Quemose: é resultante da retenção de líquido decorrente da reação inflamatória, obstrução da drenagem linfática e do fechamento ocular deficiente, dando origem a um rebordo saliente e avermelhado em volta da córnea. A resolução espontânea ocorre em 3 a 4 semanas.

Diplopia: é uma alteração rara que ocorre em casos de acometimento dos músculos responsáveis pelos movimentos oculares, principalmente o oblíquo superior, ou pela presença de cicatrizes ao redor do globo ocular. Pode ser permanente ou temporária, necessitando de correção cirúrgica caso não evolua favoravelmente³.



Quemose bilateral após realização de blefaroplastia com cantoplastia.

Cegueira: A etiologia da perda da visão pós-blefaroplastia pode estar relacionada à hemorragia intraorbital, o tipo de anestesia e a técnica cirúrgica utilizada.

O mecanismo mais relatado é a hemorragia retrobulbar com consequente insuficiência vascular da artéria central da retina para a circulação do nervo óptico e da retina. Insuficiência vascular total por 60-120 minutos, produz perda de visão permanente. Outros mecanismos citados em menor frequência são glaucoma agudo e oclusão da veia central da retina.

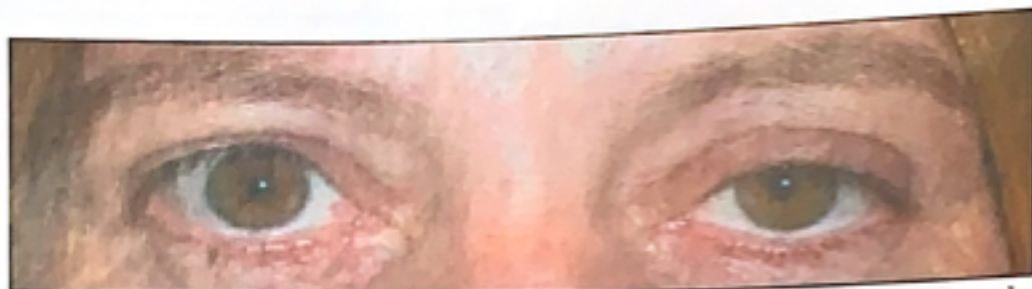
Infecção: infecção, celulite ou formação de abscesso, é extremamente raro na pálpebra bem vascularizada, mas tem sido relatados e raramente pode levar à perda visual permanente ou trombose do seio cavernoso.

Lagofthalmia: é uma alteração em que o olho não pode ser fechado completamente. As razões incluem a remoção excessiva da pele, trauma no músculo orbicular ou sétimo nervo craniano, retração da pálpebra inferior, dor no pós-operatório levando a um fechamento incompleto. Geralmente é temporário. A lagofthalmia consiste na causa mais comum de olho seco após blefaroplastia e, em alguns casos, a correção cirúrgica

é necessária. O olho seco pode ser tratado com o uso de massagens e lágrimas artificiais, sendo que, na maioria das vezes, há resolução espontânea.

Ptose palpebral: é uma condição em que existe uma queda da pálpebra superior abaixo do seu nível normal e o músculo elevador da pálpebra superior é incapaz de elevá-la.

A ptose pode ter origem no período pré-operatório, por desinserção do músculo levantador prévia a cirurgia, por isso a importância de uma anamnese minuciosa. Por outro lado, a desinserção do levantador da pálpebra superior, bem como formação de aderências entre o septo e o levantador da pálpebra, em casos, por exemplo, de remoção descuidada de bolsas de gordura pós-septal são riscos do per-operatório. Já no período pós-cirúrgico, a ptose pode ocorrer secundariamente ao edema, na maioria dos casos, de resolução espontânea; ao hematoma, que quando profundo e persistente, podem ocasionar fibrose, tornando o quadro mais prolongado ou permanente; e à toxicidade pelo anestésico. A maioria dos casos de ptose se resolve espontaneamente dentro de um intervalo de até três meses. Quando isto não ocorre, é necessária a correção cirúrgica



Pálpebra superior do olho direito retraída e ptose na superior do olho esquerdo

Mau posicionamento da pálpebra inferior: é a complicação mais comumente relatada após blefaroplastia da pálpebra inferior. Pode variar de esclera inferior ligeiramente aparente a grave ectrópio cicatricial⁷.

A posição ideal da pálpebra inferior é a 1mm ou sobre o limbo inferior. As anormalidades descritas são uma maior retração palpebral com esclera aparente, o arredondamento do contorno da pálpebra inferior e do ângulo cantal lateral e ectrópio, sendo associadas à ressecção excessiva de pele (lamela anterior), a cicatrização inadvertida do septo orbital (lamela média) e a falha na ancoragem do canto^{1,3,8}.

Algumas características anatômicas aumentam o risco de mau posicionamento e devem ser tratadas com cautela, como: idosos com flacidez e olhos encovados e pacientes com olhos proeminentes e vetor negativo (parte anterior do bulbo ocular anterior à pálpebra inferior e à proeminência malar).



Ectrópio acarretando mau posicionamento da pálpebra inferior após blefaroplastia. Ao lado, fotografia pós-operatória após correção

Órbita senil: a ressecção excessiva das bolsas de gordura pode aumentar os sulcos palpebrais superior e inferior, criando uma aparência envelhecida no paciente. Esta situação pode não ser perce-

bida no pós-operatório imediato, tornando se mais evidente a longo prazo, desenvolvendo a chamada órbita senil. Mesmo em um paciente mais jovem, deve-se evitar a retirada em excesso das bolsas de gordura, pois a perda dos tecidos moles faz parte do processo natural de envelhecimento e o excesso de gordura retirada será necessário futuramente.

Conclusão

A blefaroplastia é uma cirurgia que visa aprimorar e corrigir a função, a forma e o aspecto estético das pálpebras. Geralmente, propicia bons resultados, mas, apesar de sua aparente simplicidade, mantém um grande e variado potencial de complicações. Sendo assim, é necessária uma avaliação pré-operatória minuciosa, esclarecendo ao paciente os benefícios e limitações da cirurgia, além de individualização das técnicas de acordo com as características de cada paciente. Se realizada de maneira criteriosa e com ade-

quada indicação, reduzirá o risco de complicações e garantirá não só o sucesso da cirurgia, como também a melhora da autoestima e a satisfação do paciente

que recorre a esse procedimento. pacientes, que ficam disponíveis de forma mais fácil ao profissional de saúde. Com o aumento da qualidade do atendimento, diminui-se o absenteísmo e a rotatividade de pacientes.

Por isso, convido os profissionais de saúde a olharem mais de perto as novas tendências da medicina, que não se tratam exatamente de um novo aparelho, ou uma nova droga; mas sim de uma nova experiência a um paciente que amadureceu em outros mercados, e quer sentir que é único neste relacionamento que agora não é mais uma via de mão única, e sim uma miríade de vias que levam à uma jornada permeada por diferentes pontos de contato, para além do consultório e da tradicional secretária.

Bibliografia

1. BASILE, F. V. A. Correção das retrações palpebrais secundárias à blefaroplastia. *Revista Brasileira de Cirurgia Plástica*.
2. ISHIZUKA, C. K. Autoestima em pacientes submetidas à blefaroplastia. *Revista Brasileira de Cirurgia Plástica*.
3. PATROCINIO, T. G., et al. Complicações em blefaroplastia: como evitá-las e corrigi-las. *Revista Brasileira de Otorrinolaringologia*.
4. ARTIOLI, S. S.; VALEZI, V. G.; PASSOS, W. Complicações da blefaroplastia superior. *Revista Brasileira de Oftalmologia*.
5. AMIGO, M. H. L.; GHIRELLI, W. Neuropatia óptica isquêmica posterior como complicação pós-cirurgia de blefaroplastia. *Revista Brasileira de Oftalmologia*.
6. MEDINA, F. M. C., et al. Blindness after cosmetic blepharoplasty: case report. *Arquivo Brasileiro de Oftalmologia*.
7. LELLI, G. J. M., D.; LISMAN, R. D. M. D. Blepharoplasty Complications. *Plastic & Reconstructive Surgery*.
8. OESTREICHER, J.; MEHTA, S. Complications of Blepharoplasty: Prevention and Management. *Plastic Surgery International, Toronto*, v. 2012, fev. 2012.

Implante de polimetilmetacrilato para tratamento da lipodistrofia facial por uso de antirretrovirais

Dr. Eduardo Teixeira; Dra. Fernanda Teixeira; Dra. Luisa Polese; Dr. Flavio Carvalho; Dr. Marcus Vinicius Coimbra; Dr. Vladimir Jimenez; Dr. Aderlene Araújo

A Síndrome da Imunodeficiência Adquirida surgiu na década de 80 e, desde então, tem tido grande importância na sociedade. Combinações terapêuticas contendo drogas da classe dos Inibidores da Protease e inibidores da transcriptase reversa análogos de nucleosídeos, trouxeram expressiva melhora na sobrevivência desses pacientes. Entretanto, surgiram algumas consequências metabólicas ao organismo, tais como: dislipidemia, resistência insulínica, hiperglicemia e redistribuição da gordura corporal e fatores de risco para doença cardiovascular. O conjunto destas alterações é conhecido como síndrome lipodistrófica do HIV. Essas mudanças acarretam diminuição ou perda da auto-estima, exclusão social e dificuldades no relacionamento familiar e social, sendo a lipoatrofia facial um dos mais importantes fatores estigmatizantes. Atualmente, um dos principais tratamentos para lipodistrofia é o preenchimento com polimetilmetacrilato, mas ainda há poucos estudos em pacientes HIV+.

O objetivo deste estudo é estudar a aplicabilidade do implante de polimetilmetacrilato em face nos pacientes HIV+ no Hospital Universitário Gaffrée e Guinle, avaliando o resultado estético, o grau de satisfação dos pacientes e as eventuais complicações decorrentes do procedimento

Método

Foi realizado um estudo prospectivo, de março a novembro de 2014, com a participação de 13 pacientes, visando avaliar a técnica, a segurança do procedimento e os benefícios estéticos. Para a análise da técnica, foi aplicado o Índice de Lipoatrofia Facial ao início e ao final do estudo. Já a satisfação dos pacientes, foi avaliada por meio de 2 questionários. Foi utilizado polimetilmetacrilato a 10%, em plano subcutâneo através de microcânulas

Resultado

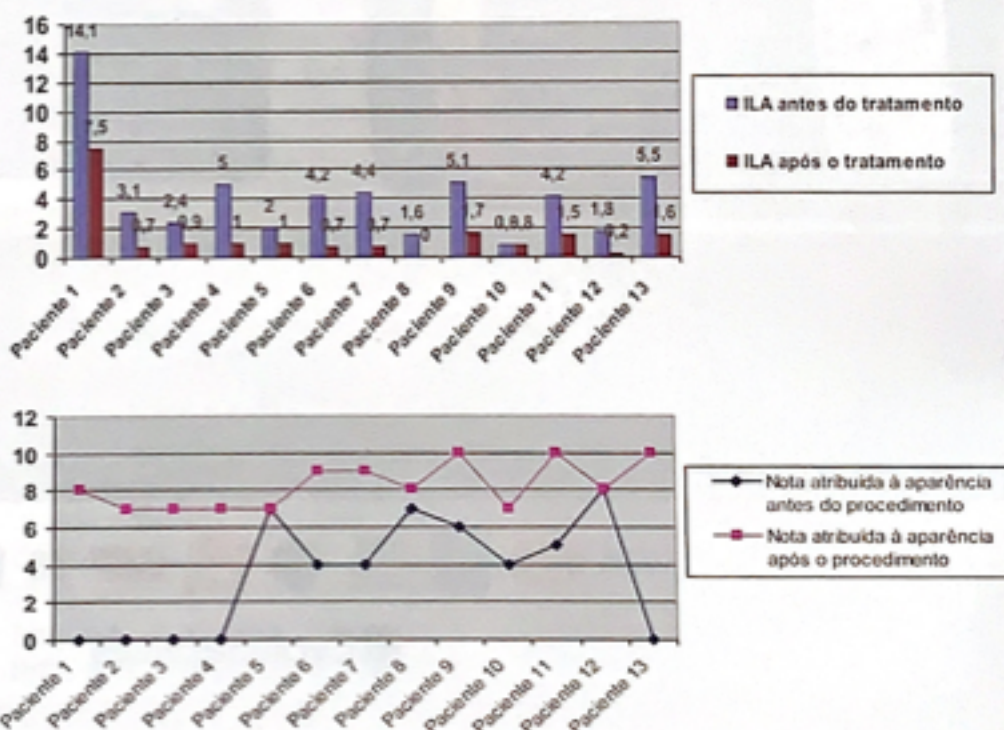
Antes dos procedimentos, o Índice de Lipoatrofia Facial dos pacientes era, em média,

4,17, após os preenchimentos essa média caiu para 1,4, mostrando uma melhora significativa da lipoatrofia facial.

No gráfico abaixo podemos observar o Índice de Lipoatrofia Facial (ILA) de cada paciente antes e após os procedimentos.

Dez dos 13 pacientes relataram que houve melhora com os preenchimentos, sendo que nove deles alegaram que sofrem discriminação devido à aparência. Todos afirmaram que acreditam que o preenchimento com PMMA pode melhorar a qualidade de vida, e que valeu a pena o procedimento.

Por fim, os pacientes atribuíram uma nota para aparência facial antes e após o tratamento, conforme o gráfico a seguir:





Antes do procedimento

Após quatro sessões



Antes

Após quatro sessões



Antes

Após duas sessões



Antes

Após duas sessões



Antes

Após três sessões

Discussão

Apesar do baixo número de pacientes, os resultados foram bem consistentes em relação à satisfação com os procedimentos. O fato de todos os pacientes relatarem que acreditam que o preenchimento pode trazer melhoras na qualidade de vida, mostra que o tratamento pode ter um impacto positivo no ponto de vista psicológico.

Embora não haja muitos estudos de preenchimento com PMMA em pacientes HIV+, outros sete trabalhos semelhantes a este concluíram que há melhora da qualidade de vida dos pacientes, indo ao encontro do

que constatamos no presente estudo. Além disso, em um dos artigos, correlacionou-se, ainda, os valores de carga viral e CD4 antes e após os procedimentos e constatou-se que houve aumento significativo do CD4, no entanto, a carga viral não sofreu alterações significativas.

A formação de granulomas, uma das complicações mais frequentes do preenchimento com PMMA. O PMMA a 30% deve ser aplicado preferencialmente em plano intramuscular, não sendo recomendado em tecido celular subcutâneo, onde a resposta inflamatória é mais intensa. Parte dos granulomas

ocorrem porque há utilização de PMMA a 30% em plano subcutâneo, muitas vezes por erro na aplicação. Em outros casos, podem acontecer também por má escolha na concentração a ser utilizada, quando opta-se por usar PMMA a 30% em subcutâneo visando resultados mais rápidos ou até por puro desconhecimento da técnica. Os granulomas não são considerados complicações graves e na maioria dos casos, são de fácil resolução.

A complicação mais frequente entre os trabalhos analisados foi edema no local do implante, relatada em 5 deles. Para evitá-lo, deve-se utilizar a

aplicação de gelo no local tratado, principalmente nas primeiras horas após o procedimento. Em casos mais intensos, pode-se receitar antiinflamatórios.

Tanto neste estudo quanto nos demais trabalhos analisados, não houve necrose, infecção ou formação de seromas.

Neste estudo não foi possível avaliar complicações tardias, no entanto, nos outros 7 artigos avaliados, os pacientes foram acompanhados por pelo menos 12 meses e também não houve complicações a longo prazo.

Embora o ministério da saúde recomende o preenchimento apenas para pacientes com ILA acima de 6, 12 dos nos-

sos pacientes tinham ILA entre 0,8 e 5,5 e apenas 1 estava acima de 6 (14,1). No entanto, obtivemos excelentes resultados mesmo nos pacientes com baixo grau de lipoatrofia facial.

Conclusão

Embora seja necessário um maior número de pacientes e um follow up mais longo para concretizar a segurança do procedimento, tanto o presente estudo quanto a literatura já publicada vem demonstrando que o preenchimento com PMMA em pacientes HIV+ é viável, tem baixo índice de complicações e traz relevantes benefícios psicológicos aos pa-

cientessubmetidosao tratamento.

O volume de produto e o número de aplicações devem ser adequados às necessidades de cada paciente.

Os pacientes com baixo grau de lipoatrofia facial se beneficiam significativamente do tratamento

Por fim, conclui-se que o preenchimento com polimetilmetacrilato traz benefícios estéticos significativos que refletem num aumento da auto-estima dos pacientes e, conseqüentemente, numa melhora da qualidade de vida. Sendo assim, deve ser considerado uma das principais formas de tratamento para lipoatrofia facial.

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 apoiados pela SBMCPE
- Descontos em produtos
- Espaço no site da SBMCPE, com telefone para contato, e-mail e site
- Certificado para os membros

- Xerox CRM ou certificado de graduação em medicina

- 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 os anos de 2015 e 2016)

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

secretaria@sbmcpe.com.br

21-2233-7981 / 21-2233-4188

Rua do Rosário, 61 sala 307 - Centro - Rio de Janeiro, RJ