

UNIVERSIDADE FEDERAL DO ESPÍRITO SANTO
CENTRO DE CIÊNCIAS DA SAÚDE
PROGRAMA DE RESIDÊNCIA MÉDICA EM CIRURGIA GERAL

***“PERFIL DAS CIRURGIAS PLÁSTICAS
REPARADORAS REALIZADAS EM 2010 EM
PACIENTES SUBMETIDOS À CIRURGIA
BARIÁTRICA NO HOSPITAL UNIVERSITÁRIO
CASSIANO ANTONIO DE MORAES (HUCAM) ”***

LUDMILA MATOS RONCHI

Vitória

2011

LUDMILA MATOS RONCHI

***“PERFIL DAS CIRURGIAS PLÁSTICAS REPARADORAS REALIZADAS EM
2010 EM PACIENTES SUBMETIDOS À CIRURGIA BARIÁTRICA NO
HOSPITAL UNIVERSITÁRIO CASSIANO ANTONIO DE MORAES (HUCAM)”***

Monografia apresentada ao Programa de Residência Médica em Cirurgia Geral do Hospital Universitário Cassiano Antônio de Moraes, da Universidade Federal do Espírito Santo, como requisito parcial para obtenção do título de Cirurgiã Geral.

Orientadora: Dra. Patrícia Henriques Lyra Frasson

Vitória

2011

LUDMILA MATOS RONCHI

**“PERFIL DAS CIRURGIAS PLÁSTICAS REPARADORAS REALIZADAS EM
2010 EM PACIENTES SUBMETIDOS À CIRURGIA BARIÁTRICA NO
HOSPITAL UNIVERSITÁRIO CASSIANO ANTONIO DE MORAES (HUCAM)”**

Monografia apresentada ao Programa de Residência Médica em Cirurgia Geral do Hospital Universitário Cassiano Antônio de Moraes, da Universidade Federal do Espírito Santo, como requisito parcial para obtenção do título de Cirurgiã Geral.

Orientadora: Dra. Patrícia Henriques Lyra Frasson

Dr. Fernando Antônio Martins Bermudes. Coordenador do Programa de Residência Médica em Cirurgia Geral - HUCAM/CCS/UFES.

Dr. Luiz Fernando Soares de Barros. Chefe do Serviço de Cirurgia Plástica – HUCAM/UFES.

Dr. Gustavo Peixoto Soares Miguel. Chefe do Serviço de Cirurgia Geral – HUCAM/UFES.

Vitória

2011

UNIVERSIDADE FEDERAL DO ESPÍRITO SANTO
CENTRO DE CIÊNCIAS DA SAÚDE
HOSPITAL UNIVERSITÁRIO CASSIANO ANTÔNIO DE MORAES

Prof. Dr. RUBENS SÉRGIO RASSELLI

Reitor da Universidade Federal do Espírito Santo - UFES

Prof. Dr. CARLOS ALBERTO REDINS

Diretor do Centro de Ciências da Saúde - CCS/UFES

Prof. Dr. EMÍLIO MAMERI NETO

Diretor Superintendente - HUCAM

Prof^ª. Dra. MARIA DA PENHA ZAGO GOMES

Coordenadora Geral do Programa de Residência Médica - HUCAM/CCS/UFES

Prof. Dr. JOÃO FLORÊNCIO DE ABREU BATISTA

Chefe do Departamento de Clínica Cirúrgica - CCS/UFES

Prof. Dr. LUIZ ANTÔNIO PÔNCIO DE ANDRADE

Diretor da Divisão de Clínica Cirúrgica - HUCAM/CCS/UFES

Prof. Dr. GUSTAVO PEIXOTO SOARES MIGUEL

Chefe do Serviço de Cirurgia Geral - HUCAM/CCS/UFES

Prof. Dr. FERNANDO ANTÔNIO MARTINS BERMUDES

Coordenador do Programa de Residência Médica em Cirurgia Geral -
HUCAM/CCS/UFES

DEDICATÓRIA

Aos meus pais **Marco Antonio Ronchi e Lusinete Matos Ronchi**, meus maiores incentivadores, responsáveis por toda a minha trajetória.

Às minhas queridas irmãs e amigas **Mirella e Natália**, pelo apoio e confiança em mim depositados.

Ao meu namorado **Camilo**, pelo companheirismo, incentivo e ensinamentos durante esses dois anos de residência.

AGRADECIMENTOS

À **UNIVERSIDADE FEDERAL DO ESPÍRITO SANTO - UFES**, que me possibilitou cursar o Programa de Residência Médica em Cirurgia Geral.

Ao **Prof. Dr. Gustavo Peixoto Soares Miguel**, Chefe do serviço de Cirurgia Geral, pelos ensinamentos teórico-práticos e incentivo à pesquisa médica.

Aos **Prof. Dr. José Manoel Binda e Prof. Dr. Fernando Antônio Martins Bermudes**, coordenadores do Programa de Residência Médica em Cirurgia Geral, pela ética e profissionalismo à frente de sua coordenadoria.

À minha orientadora, **Dra. Patrícia Henriques Lyra Frasson**, Médica do serviço de Cirurgia Plástica do HUCAM, pelo apoio incondicional neste projeto, pela atenção e disponibilidade característica e pelos importantes ensinamentos concisos passados.

A todos os médicos preceptores, especialmente **Dr. Marcos Pavesi, Dr. Luiz Antônio Pôncio de Andrade, Dr. José Jorge da Silva, Dr. Jesse Tabachi Rangel, Dr. Cristiano Pinto, Dr. José Alberto, Dr. Pedro Cabral**, pelo incentivo a prática cirúrgica adequada, confiança e respeito sempre presentes em suas atividades.

Aos **Colegas de Residência Médica**, pelo companheirismo e cumplicidade presentes em nossa convivência harmoniosa e pacífica.

Aos **Internos da Clínica Cirúrgica**, cujo empenho e dedicação foram fundamentais no melhor acolhimento de nossos doentes.

Aos bons **Funcionários do HUCAM**, especialmente à **Marinalva**, sempre presentes e prestativos na labuta cotidiana, relevando sempre o bem estar e acolhimento de nossos doentes.

Aos **Pacientes**, que no sofrimento de sua moléstia tinham sorrisos e olhares de agradecimento quando, por muitas vezes, o conforto e alívio da dor eram terapêuticos.

SUMÁRIO

Dedicatória -----	v
Agradecimentos -----	vi
Lista de Abreviaturas e siglas -----	viii
Lista de figuras, gráficos e tabelas -----	ix
RESUMO -----	x
1 - INTRODUÇÃO -----	1
1.1 – Objetivo -----	5
2 – MÉTODOS -----	6
3 – RESULTADOS -----	9
3.1 – Quantidade de perda de peso pós-bariátrica -----	9
3.2 – Tempo em meses entre as cirurgias realizadas -----	9
3.3 - IMC atual pré-cirurgia plástica -----	10
3.4 – Classificação de ASA e comorbidades -----	10
3.5 – Perfil laboratorial do pré-operatório -----	11
3.6 – Dermatites e Assaduras nas Dobras -----	12
3.7 – Tipo de Cirurgia de Contorno Corporal -----	13
3.8 – Tempo de Cirurgia -----	13
3.9 – Quantidade de tecido retirada na cirurgia e necessidade de hemotransfusão -----	14
3.10 – Tempo de internação hospitalar e drenagem -----	15
3.11 – Presença e Tipo de Complicações -----	15
4 – DISCUSSÃO -----	17
5 – CONCLUSÃO -----	29
6 – ANEXOS -----	30
Anexo I - Portaria 545 de 18/03/2002 do Ministério da Saúde que regulamenta as plásticas pelo SUS -----	30
7 – BIBLIOGRAFIA -----	35

LISTA DE ABREVIATURAS E SIGLAS

% - Percentual

ASA – Sociedade Americana de Anestesiologia

CCS – Centro de Ciências da Saúde

CEP – Comitê de Ética em Pesquisa

DM – Diabetes Mellitus

HAS – Hipertensão Arterial Sistêmica

HUCAM – Hospital Universitário Cassiano Antônio de Moraes

IMC – Índice de Massa Corpórea

Kg - Kilograma

m² – Metro quadrado

SUS - Sistema Único de Saúde

UFES – Universidade Federal do Espírito Santo

LISTA DE FIGURAS, GRÁFICOS E TABELAS

Figura 1 – Dismorfia corporal após emagrecimento por realização de cirurgia bariátrica	3
Figura 2 – Desenho da técnica da abdominoplastia em âncora com ressecção em bloco.	21
Figura 3 - Desenho mostrando a conclusão da sutura em forma de "T" invertido com drenagem por aspiração	22
Figura 4- Abdominoplastia em âncora	22
Figura 5 – Resultado de 70 pacientes submetidos a cirurgia plástica pós gastroplastia	26
Figura 6 - Mamoplastia vertical	27
Gráfico 1 – Quantidade de perda de peso pós cirurgia bariátrica	9
Gráfico 2 – Tempo em meses entre a cirurgia bariátrica e a cirurgia plástica --	9
Gráfico 3 – IMC das pacientes pré-cirurgia plástica	10
Gráfico 4 – Classificação de ASA das pacientes operadas	11
Gráfico 5 – Dosagem da albumina no pré-operatório	11
Gráfico 6 – Dosagem da hemoglobina no pré-operatório	12
Gráfico 7 – Assaduras e dermatites nas dobras cutâneas	12
Gráfico 8 – Tipo de cirurgia de contorno corporal realizada	13
Gráfico 9 – Tempo de cirurgia	14
Gráfico 10 – Tempo de permanência do dreno de subcutâneo.....	15
Gráfico 11 – Porcentagem de complicações	16
Gráfico 12 – Tipos de complicação	16
Tabela 1 - Quantidade de tecido retirado nas abdominoplastias	14

Resumo

Introdução: O grande excesso de pele após o emagrecimento dos pacientes submetidos à gastroplastia redutora é desagradável e acarreta um grande prejuízo financeiro ao Estado pelo afastamento destes pacientes de seu ambiente de trabalho. Dessa forma, o Estado entende a importância da Cirurgia Plástica pós-bariátrica, garantindo por lei o acesso ao tratamento adequado destes pacientes. A correção destas seqüelas, freqüentemente, necessita várias intervenções cirúrgicas. **Método:** Este trabalho é um estudo descritivo e retrospectivo que avaliou o perfil das cirurgias plásticas pós-bariátrica realizadas em vinte e uma pacientes do sexo feminino, totalizando vinte e duas operações para correção de seqüelas cutâneas secundárias à gastroplastia, operadas no HUCAM no ano de 2010. **Resultados:** A média de perda de peso após gastroplastia foi de 48,32 kg. Das 21 pacientes operadas, 16 pacientes (76%) foram submetidas à abdominoplastia; em 3 pacientes (14%) foram realizadas mamoplastias; 1 paciente (5%) foi submetida a lifting de coxa e 1 paciente (5%) foi submetida à braquioplastia. A média do peso do tecido abdominal retirado foi de 2,45kg. 9 pacientes tiveram pequenas complicações após os procedimentos. **Conclusão:** O perfil da cirurgia plástica reparadora pós-bariátrica inclui pacientes do sexo feminino, entre 21 e 56 anos, laboratorialmente dentro da normalidade no pré-operatório. A cirurgia realizada em maior número foi a dermolipectomia abdominal, e a taxa de complicações do serviço é semelhante à encontrada na literatura.

1 - INTRODUÇÃO

A obesidade é considerada pela Organização Mundial da Saúde a principal epidemia do começo do século. No Brasil, em pesquisa recente do IBGE associado ao Ministério da Saúde, foi levantado que mais de 38 milhões de pessoas estão em sobrepeso (41% da população), que cerca de 10 milhões estão com obesidade³ e que a taxa de crescimento é de 0,36% para mulheres e 0,20% para os homens, sendo um dos principais problemas de saúde pública da sociedade moderna, sem distinguir as faixas etárias, etnias ou classes sociais¹⁰. A obesidade mórbida pode ser definida como um excesso ponderal de 100 libras (cerca de 45 Kg) acima do peso ideal, ou duas vezes o peso normal para altura ou ainda, como definido pelo Instituto Nacional de Saúde dos Estados Unidos, por um índice de massa corpórea (IMC) - relação entre o peso pelo quadrado da altura – superior a 35 Kg/m² associado a comorbidades, ou acima de 40 Kg/m² na ausência de comorbidades². O crescimento desta população provoca o aumento da incidência de doenças cardiovasculares, como a hipertensão e a insuficiência cardíaca, diabetes, diversas artro e osteopatias, síndrome metabólica, esteatose hepática, doença do refluxo gastroesofágico, colelitíase e outras, gerando um grande impacto econômico nos sistemas de saúde e previdência social. Nesta condição, ocorre redução da expectativa de vida de aproximadamente 12 anos em relação a indivíduos de peso normal⁷.

Os tratamentos convencionais a ela relacionados apresentam resultados pouco expressivos^{1,5}. A Sociedade Brasileira de Cirurgia Bariátrica advoga que a cirurgia é a forma mais efetiva de tratamento em longo prazo, principalmente quando há associação com comorbidades crônicas e progressivas, pois proporcionam redução ponderal expressiva e sustentada, que culmina com a redução da mortalidade por doença arterial coronariana, por câncer e por diabetes, com 136 vidas salvas por 10.000 operações realizadas⁷. É indicada para pacientes que preenchem os critérios de obesidade mórbida sem resposta aos programas não-cirúrgicos de emagrecimento³. Desde a primeira publicação por Kremen, em 1954, os procedimentos cirúrgicos, sejam mistos ou restritivos, evoluíram no tocante à via de acesso, que pode ser laparotômica ou

videolaparoscópica, e também em relação à redução nos índices de complicação e morbimortalidade. Esses avanços possibilitaram uma demanda populacional de obesos mórbidos crescente em busca da cirurgia.

Dentro desse contexto, a perda ponderal esperada é de, no mínimo, 50% do excesso de peso, em um período de até 24 meses, em média, após a intervenção cirúrgica². Não se pode deixar de evidenciar, entretanto, que apesar de sua eficiência em oferecer uma nova oportunidade de vida mais saudável a estes pacientes, as cirurgias bariátricas são procedimentos que modificam sua anatomofisiologia de forma irreversível, e por isso o acompanhamento clínico, laboratorial e nutricional passa a ser mandatório. A derivação gastroduodenal e o componente disabsortivo podem levar o doente a apresentar anemia, distúrbios da absorção de cálcio, hipoalbuminemia, hipovitaminoses e carências de micronutrientes⁷.

É importante ressaltar que o grande emagrecimento reduz o conteúdo de gordura corporal, mas não a pele e o tecido subcutâneo na mesma proporção¹. A dismorfia corporal remanescente é caracterizada por enormes redundâncias dermogordurosas distribuídas assimetricamente nos diversos segmentos corpóreos. Após a perda de peso, dobras de pele em excesso podem causar dermatites, limitações funcionais, dificuldade de higiene e prejuízo na atividade sexual, ocasionando uma pobre qualidade de vida ao ex-obeso (**Figura 1**). Assim, a cirurgia plástica pós-emagrecimento passa a ser parte efetiva do tratamento proposto ao paciente submetido à cirurgia bariátrica, garantida pela Portaria 545 de 18/03/2002 do Ministério da Saúde (**Anexo 1**).

As indicações de Cirurgia Plástica para correção dessa deformidade corporal variam de acordo com o grau da deformidade adquirida, com a limitação e restrição funcionais ocasionados pelo emagrecimento, com a localização das redundâncias e acúmulo de gordura lipodistrófica e com o estado físico e clínico do paciente, estes dependentes das suas condições de emagrecimento. Ressalta-se, contudo, que as melhores condições cirúrgicas são obtidas com o índice de massa corpórea menor ou igual a 34 kg/m^2 e estabilização do peso por um período mínimo de seis meses⁶.

No escopo da cirurgia plástica, a cirurgia do contorno corporal após perda ponderal maciça pode ser considerada desafiadora, uma vez que atinge toda a extensão corporal do paciente e requer estratégias variadas para minimizar as possíveis complicações. Um ponto extremamente discutido é o planejamento de cirurgias combinadas, já que são procedimentos de longa duração, traumáticos e expoliativos. Há consenso, por exemplo, que estes não devam ser indicados em pacientes que foram submetidos à cirurgia bariátrica com técnicas disabsortivas, já que estes pacientes estão em constante catabolismo por má-absorção e ingesta limitada. Nestes casos sugere-se realizar procedimentos segmentados, em intervalos que permitam a recuperação nutricional deste¹.

Vale ressaltar que o planejamento das incisões com esclarecimento em relação às inúmeras e extensas cicatrizes resultantes das diversas operações é fundamental para se evitar expectativas ilusórias referentes aos resultados obtidos. As dobras cutâneas e excessos de pele e flacidez são substituídos por cicatrizes cirúrgicas de grandes extensões e variadas localizações.



Figura 1- Dismorfia corporal após emagrecimento por realização de cirurgia bariátrica.

Fonte: Arquivo do Serviço de Cirurgia Plástica do Hospital Universitário Cassiano Antônio de Moraes

As principais intervenções realizadas após cirurgia bariátrica e custeadas pelo SUS são:

Abdominoplastia e/ou Reconstrução de Parede Abdominal: é o procedimento mais frequente, pois o abdome em avental que é formado após o emagrecimento causa muito desconforto aos pacientes, e se associa a dermatites de repetição, ulcerações, acúmulo de suor e infecções por fungo, limitação de locomoção e vestimenta. As técnicas mais utilizadas são a abdominoplastia convencional (incisão horizontal baixa) e a abdominoplastia em âncora ou flor de lis (duas incisões, uma vertical e outra horizontal, em “T” invertido). Podem estar associadas à correção de hérnias incisionais, comuns no processo de emagrecimento devido à hipotonia da musculatura abdominal. É importante ressaltar que a plicatura do reto abdominal é feita de rotina, e pode gerar graus variados de restrição ventilatória, que devem ser sempre observados e acompanhados no peri e no pós-operatório^{1,3,8}.

Mamoplastia: engloba a reconstrução de mamas, correção de ptoses e ginecomastia em homens, reposicionamento do complexo aréolo-mamilar e o preenchimento de mamas hipotróficas com implantes e ou retalhos^{1,13}.

Correção de Lipodistrofias: a presença de lipodistrofia em braços e coxas é uma freqüente reclamação dos pacientes, que impede o uso de diversos tipos de roupas. Sua limitação é a grande e aparente cicatriz longitudinal, sendo só indicada em grandes deformações^{1,6}.

Lipoaspiração: realizada isoladamente, ou mais frequentemente, em associação com outros procedimentos, visa retirar acúmulos de gordura localizada que não desapareceram com o emagrecimento, e que possam alterar o contorno corporal, ou restringir a eficácia de outras técnicas. É a técnica de cirurgia plástica mais expoliativa, com significativa perda de fluidos, como plasma e líquido extravascular, tecidos, sangue e eletrólitos. Sua indicação deve ser acompanhada com planejamento minucioso, sendo levado em conta o estado físico do paciente, o trauma cirúrgico, a estimativa de aspirado e a técnica de lipoaspiração, como o uso de vasopressores e soluções de infiltração¹.

1.1- OBJETIVO

Avaliar o perfil das cirurgias plásticas reparadoras no ano de 2010 em pacientes submetidos à cirurgia bariátrica no Hospital Universitário Cassiano Antônio de Moraes (HUCAM), bem como mostrar a casuística deste tipo de cirurgia realizada no serviço e as suas complicações.

2 - MÉTODOS

A realização deste estudo de caráter descritivo retrospectivo foi aprovado pelo Comitê de Ética em Pesquisa (CEP) da Universidade Federal do Espírito Santo, sob a inscrição de número 252/10. O estudo foi desenvolvido no Hospital Universitário Cassiano Antônio de Moraes (HUCAM), em Vitória - ES, através do levantamento de dados de prontuários do serviço.

No período de janeiro a dezembro de 2010 foram realizadas 22 cirurgias em 21 pacientes ex-obesas do sexo feminino, submetidas previamente à gastroplastia, com idade entre 21 e 56 anos. Todas as pacientes foram submetidas ao protocolo do Serviço de Cirurgia Plástica para os pacientes candidatos à cirurgia, que inclui exames laboratoriais (hemograma, glicemia, coagulograma, proteínas totais e frações, uréia, creatinina, cálcio, ferro sérico e ferritina), avaliação cardiológica (eletrocardiograma e radiografia de tórax) e anestesiológica, ultra-sonografia de parede abdominal se fossem submetidas à abdominoplastia; mamografia e parecer da mastologia se optassem pela mamoplastia.

A cirurgia foi programada após comprovação de no mínimo dois anos da cirurgia anterior, peso estabilizado, liberação do endocrinologista e cirurgião do aparelho digestivo, hemoglobina mínima de 12g/dL e hematócrito mínimo de 36%. Caso fosse necessária a associação com a lipoaspiração, o hematócrito exigido era de 37%.

As cirurgias realizadas foram:

- Abdominoplastia em âncora e tratamento de hérnia incisional (quando presente), associada ou não à lipoaspiração de dorso e flancos. A marcação dessas pacientes foi realizada em posição ortostática, com o ponto de início próximo ao apêndice xifóide e com as linhas laterais determinadas por manobras bimanuais. Posteriormente, foi feita a confirmação da marcação com o paciente deitado, com o auxílio de manobras bimanuais e compasso de fio.
- Mamoplastia com preenchimento das mamas hipotróficas com retalhos, visto que não há implantes disponíveis em nosso serviço.
- Cruroplastia associada à lipoaspiração local.

- Braquioplastia associada á lipoaspiração local.

As pacientes foram internadas na véspera do dia agendado para a sua intervenção ou na manhã do dia da cirurgia. Permaneceram em jejum após as 22:00 horas do dia anterior ao procedimento. Todas as pacientes foram fotografadas e marcadas de acordo com o tipo de cirurgia proposta e área a ser tratada no dia da cirurgia.

As técnicas anestésicas foram variadas, a depender do tipo de procedimento realizado e preferência do anestesista.

Os seguintes procedimentos foram empregados rotineiramente:

- Infiltração de solução adrenérgica subdérmica e no tecido subcutâneo na concentração de 1:200.000 a fim de diminuir sangramento e reação inflamatória, antes da incisão da pele;
- Cefazolina endovenosa, 2g no intraoperatório e 1g EV 8/8h, durante a permanência hospitalar;
- Cefadroxil 2 g /dia por mais 7 dias após a alta hospitalar.
- Profilaxia para trombose venosa profunda (TVP) com enoxaparina ou heparina não fracionada, a depender da disponibilidade do hospital
- Drenagem a vácuo com dreno tipo suctor, até que o volume drenado fosse menor que 50 ml/dia, nas abdominoplastias e cruropplastias;
- Drenagem com dreno de Penrose nas mamoplastias, por 1 ou 2 dias, de acordo com o volume drenado;
- Mobilização precoce e deambulação no 1º dia de pós-operatório, em todos os casos;
- Sondagem vesical de demora por 24 horas, nas abdominoplastias e cruropplastias;
- Compressão elástica abdominal, braquial e de coxas no pós-operatório imediato e a partir do 1º dia de pós-operatório; sutiãs no 1º dia de pós-operatório, nas mamoplastias.

Foram avaliados nos prontuários dados referentes a:

- Idade
- Sexo

- Tempo após cirurgia bariátrica e técnica utilizada
- IMC prévio, atual e quantidade de perda de peso
- Comorbidades e patologias associadas
- Presença de lesões de pele pré-operatórias
- Tipo de cirurgia de contorno corporal utilizada
- Quantidade de tecido retirado na cirurgia
- Período de hospitalização e permanência do dreno
- Perfil nutricional e laboratorial do paciente no pré-operatório
- Complicações pós-operatórias

3- RESULTADOS

3.1 – Quantidade de perda de peso pós-bariátrica

A quantidade média de peso perdido pelo grupo foi de 48,32kg, variando entre 22 e 70kg. A mediana da perda de peso foi de 50kg.

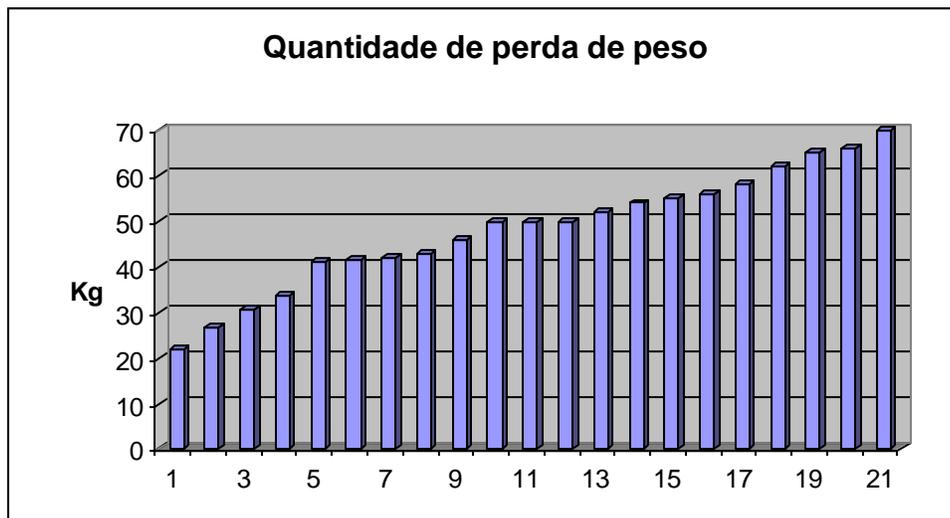


Gráfico 1 – Quantidade de perda de peso pós cirurgia bariátrica

3.2 – Tempo em meses entre as cirurgias realizadas

O tempo entre a cirurgia bariátrica e a cirurgia de contorno corporal variou entre 27 e 104 meses, sendo a média de espera na fila de aproximadamente 53,85 meses e a mediana de 45 meses.

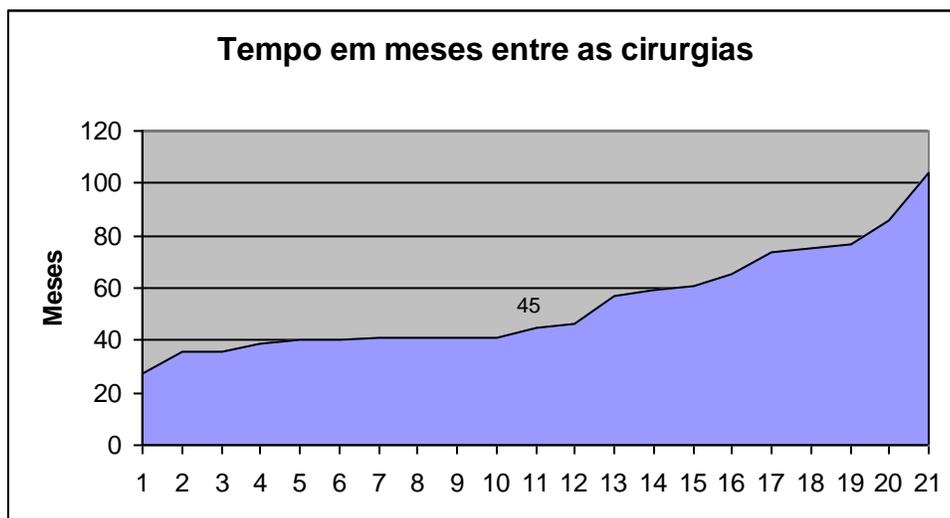


Gráfico 2 – Tempo em meses entre a cirurgia bariátrica e a cirurgia plástica**3.3 - IMC atual pré-cirurgia plástica**

11 pacientes operadas (52,3%) apresentavam IMC entre 25 e 30; 7 pacientes (33,3%) estavam com IMC entre 19,62 e 25, e apenas 3 pacientes (14,3%) com IMC maior do que 30, estendendo-se até 34,51 kg/m². A média dos IMCs das pacientes foi de 26,43 kg/m², e a mediana foi de 25,81 kg/m².

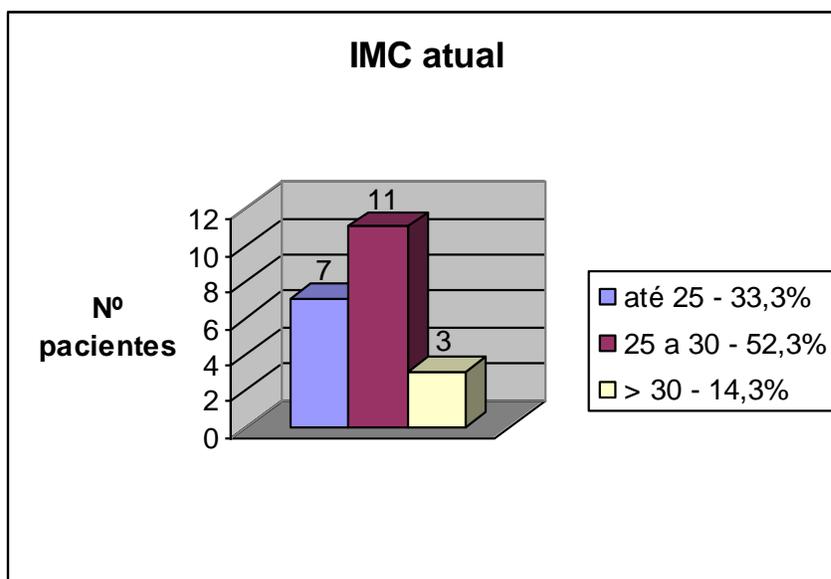


Gráfico 3 – IMC das pacientes pré-cirurgia plástica

3.4 – Classificação de ASA e comorbidades

Das pacientes operadas, 16 (76,2%) eram ASA I e não apresentavam comorbidades. 2 das 21 pacientes (9,5%) eram hipertensas com bom controle medicamentoso, 2 pacientes (9,5%) eram hipotireoideas em uso regular de medicação e 1 paciente (4,7%) era tabagista.

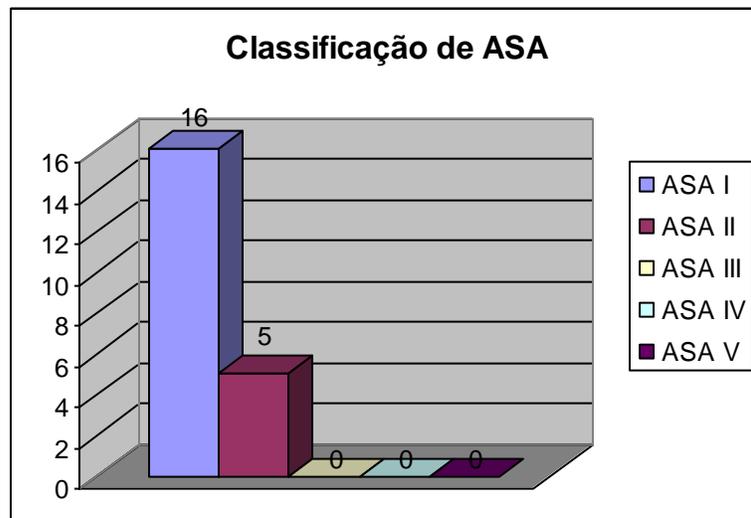


Gráfico 4 – Classificação de ASA das pacientes operadas

3.5 – Perfil laboratorial do pré-operatório

Todas as pacientes analisadas neste trabalho possuíam valores de albumina dentro da faixa normal de referência. 10 pacientes (83%) estavam com albumina entre 4,01 e 4,5 e 2 pacientes (17%) entre 3,5 e 4,0g/dL.

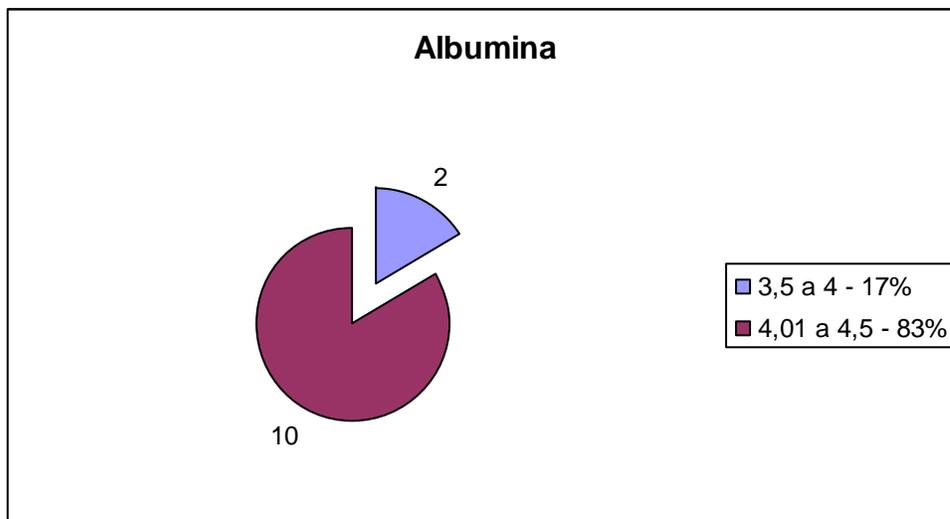


Gráfico 5 – Dosagem da albumina no pré-operatório

Quanto à dosagem de Hemoglobina (Hb) sérica, 6 pacientes (37,5%) estavam com a Hb entre 12 e 12,99 e 10 pacientes (62,5%) estavam com Hb

entre 13 e 14g/dL.

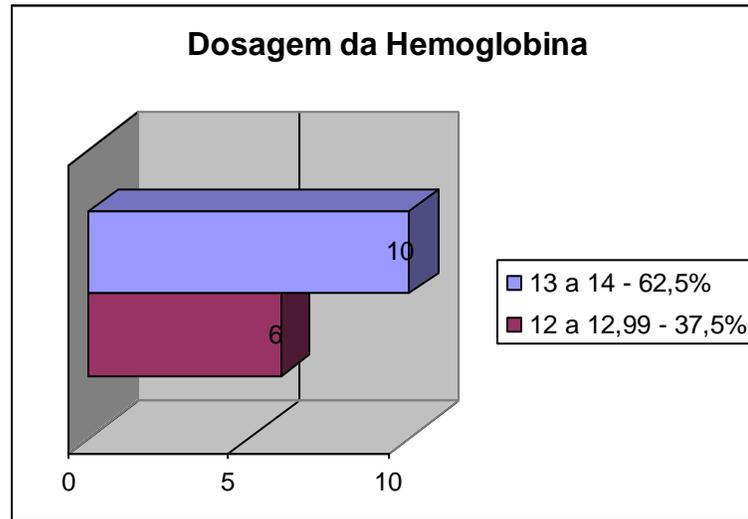


Gráfico 6 – Dosagem da hemoglobina no pré-operatório

3.6 – Dermatites e Assaduras nas Dobras

Apenas 6 pacientes (35,3%) relataram possuir assaduras nas regiões de dobras pela flacidez. A maioria das pacientes (11 pacientes - 64,7%) relatava controlar bem essa situação e não possuir assaduras.

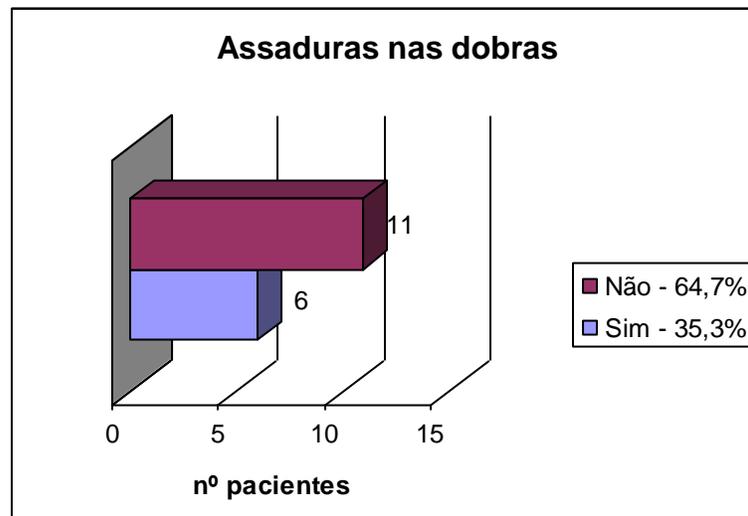


Gráfico 7 – Assaduras e dermatites nas dobras cutâneas

3.7 – Tipo de Cirurgia de Contorno Corporal

Das 21 pacientes operadas, 16 pacientes (76%) optaram por submeter-se à abdominoplastia; em 3 pacientes (14%) foram realizadas mamoplastia; 1 paciente (5%) foi submetida a lifting de coxa e 1 paciente (5%) foi submetida à braquioplastia.

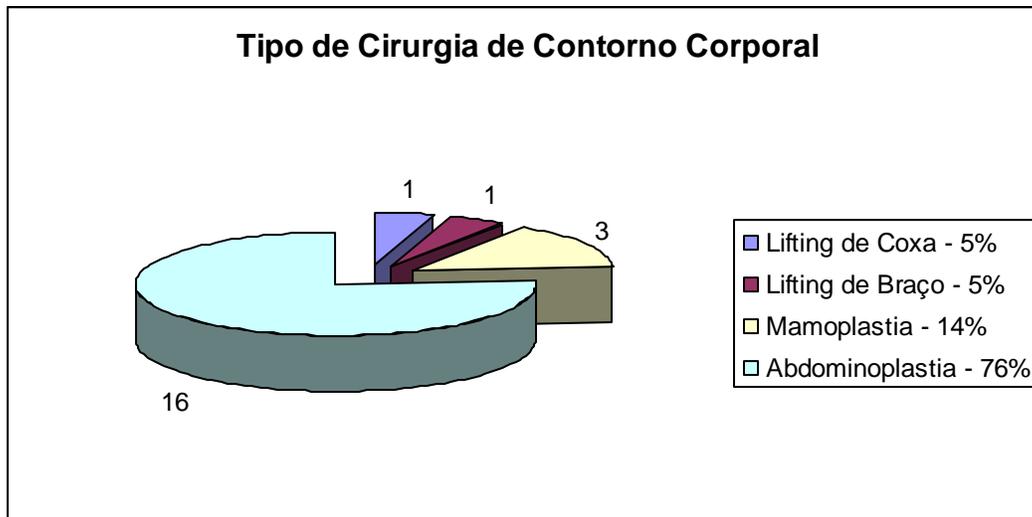


Gráfico 8 – Tipo de cirurgia de contorno corporal realizada

Das 16 pacientes submetidas à abdominoplastia, em 4 (25%) houve necessidade de se realizar a lipoaspiração em flancos e dorso associada ao procedimento, para melhor resultado estético.

3.8 – Tempo de Cirurgia

A média de duração dos procedimentos foi de 5,5 horas, variando entre 3,5 e 8,5 horas de cirurgia. A maioria dos procedimentos (47,36%) durou entre 4 e 6 horas, e apenas 4 procedimentos (21,05%) ultrapassaram 6 horas de duração. A mediana do tempo cirúrgico foi de 6 horas.

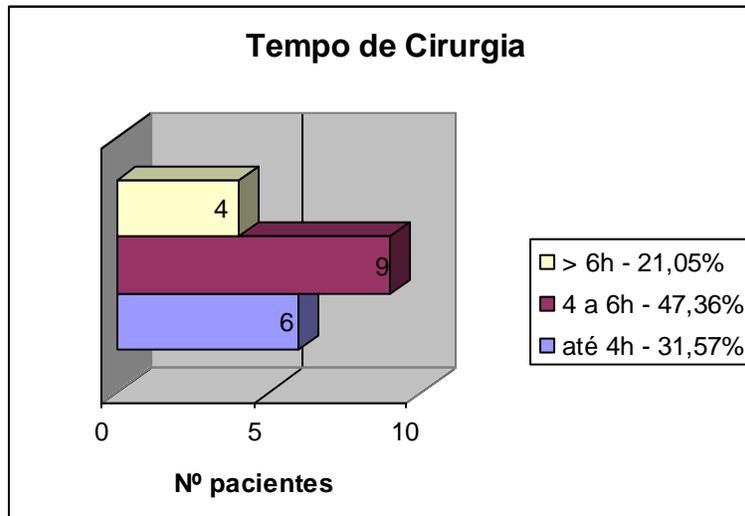


Gráfico 9 – Tempo de cirurgia

3.9 – Quantidade de tecido retirada na cirurgia e necessidade de hemotransfusão

Das 16 pacientes submetidas à abdominoplastia, 7 (43,7%) tiveram a quantidade de tecido retirado aferida. Os valores variaram entre 1540 e 4750g, sendo a média de tecido retirado de 2458,6g e a mediana 2750g.

	<i>Quantidade de tecido</i>
1	1620g
2	1850g
3	2200g
4	2750g
5	1540g
6	2500g
7	4750g
Média	2458,6 g

Tabela 1 – Quantidade de tecido retirado nas abdominoplastias

De toda a casuística, apenas 1 paciente (4,76%), submetida à abdominoplastia

com lipoaspiração, recebeu dois concentrados de hemácias devido a sangramento de moderado porte no intra-operatório.

3.10 – Tempo de internação hospitalar e drenagem

A média de internação hospitalar foi de 3,7 dias, variando entre 3 e, no máximo, 5 dias de internação, sendo a mediana de 4 dias. Quanto à drenagem de subcutâneo, 14 pacientes (67%) permaneceram entre 7 e 10 dias com o dreno, e 7 pacientes (33%) ficaram até 4 dias. 1 paciente, submetida à braquioplastia, não teve o tecido subcutâneo drenado. A média de permanência do dreno foi de 6,35 dias.

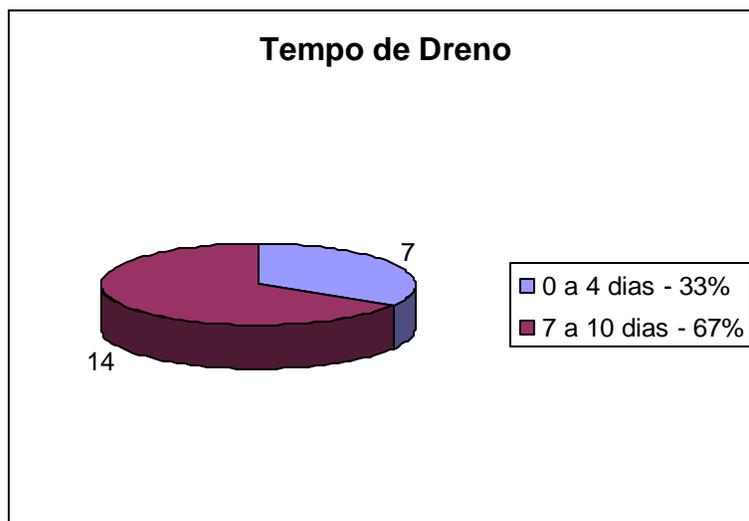


Gráfico 10 – Tempo de permanência do dreno de subcutâneo

3.11 – Presença e Tipo de Complicações

12 pacientes (57,1%) não tiveram nenhum tipo de complicação. Das complicações presentes, a mais comum foi uma leve epidermólise de ferida, que ocorreu em 5 pacientes (23,8%), tratada somente com curativo local. O seroma foi a segunda complicação mais incidente: 2 pacientes (9,5% das pacientes operadas). Apenas 2 pacientes (9,5%) apresentaram cicatrizes inestéticas; uma apresentou uma cicatriz hipertrófica, com necessidade de uma sessão de injeção de Theracort® (Triancinolona), a outra apresentou uma cicatriz engruvinhada, já

esperada, pela técnica utilizada. 1 paciente (4,76%) queixou-se de dor tardia mantida na incisão.

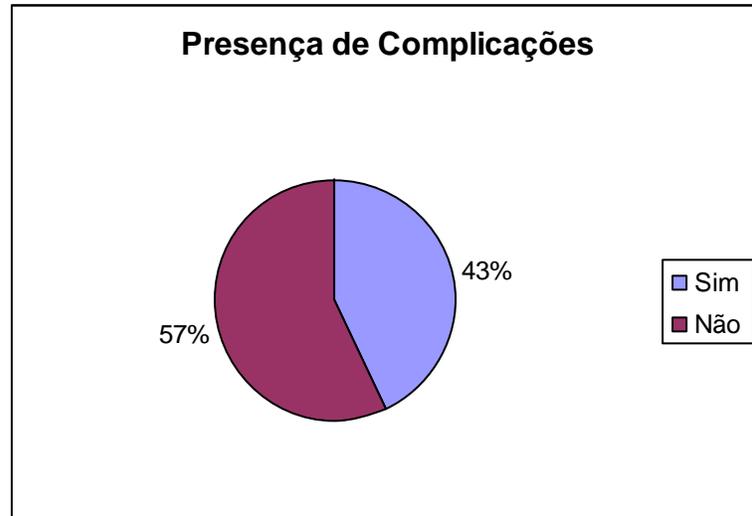


Gráfico 11 – Porcentagem de complicações

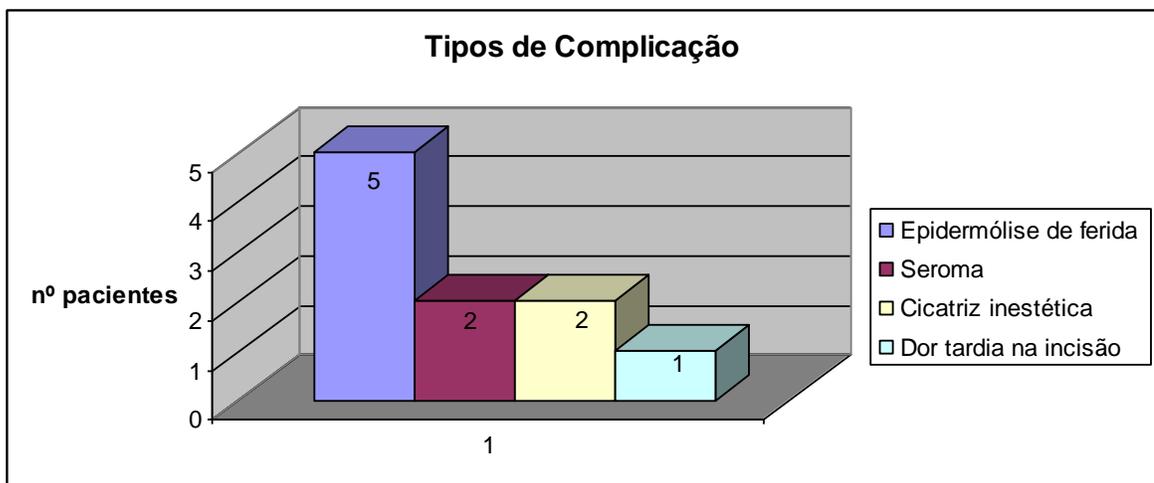


Gráfico 12 – Tipos de complicação

4 - DISCUSSÃO

A obesidade é uma doença crônica, debilitante, causadora de diversos problemas orgânicos e psicológicos. Trata-se de um problema de saúde pública, com altos custos devido às complicações decorrentes da doença, às operações de redução gástrica e, posteriormente, às cirurgias plásticas, procedimentos estes autorizados respectivamente pelas portarias 628 de 26/04/2001 e 545 de 18/03/2002 do sistema único de saúde – SUS^{1,2,10}.

Após a perda de peso, os pacientes que realizam gastroplastia redutora apresentam grande dismorfismo, com redundância de pele em todo corpo. As dobras de pele propiciam as dermatites, limitações funcionais, dificuldade de higiene e prejuízo na atividade sexual. A colonização bacteriana e fúngica nestas dobras podem desencadear infecções e deiscências nas incisões cirúrgicas. Além disso, a modificação na fisiologia digestiva pode ocasionar anemia crônica pela diminuição da absorção de ferro, nutrientes e vitaminas, levando a distúrbios de cicatrização e de imunidade, desnutrição protéico-calórica e hipovitaminoses. Vários pacientes também apresentam hipertensão arterial, diabetes, distúrbios respiratórios e grandes varizes de membros inferiores, fatores que podem levar a graves complicações pós-operatórias¹⁰. Por estes motivos, o tratamento do ex-obeso é desafiador para o cirurgião plástico na atualidade. Devemos ser mais criteriosos ainda no momento da indicação cirúrgica. Cirurgias múltiplas ou combinadas não foram indicadas, devido ao prolongado tempo cirúrgico e consequente aumento, inaceitável para nós, do risco de complicações no pós-operatório¹². O estudo laboratorial minucioso tem a finalidade de melhor identificar aqueles pacientes com maiores restrições nutricionais que deverão ser compensados antes de serem candidatos à cirurgia plástica.

É importante lembrar que não existe uma técnica cirúrgica que seja considerada ideal para todos os casos. O tratamento deverá ser individualizado e vale a experiência e intimidade do cirurgião com a técnica que ele mais se identifica, desde que utilizada de maneira sistematizada, criteriosa e com o bom

senso de adotar, sempre que possível, soluções mais simples e menos agressivas, não comprometendo, com isso, o resultado final⁸.

No presente estudo foram avaliadas 21 pacientes do sexo feminino, com idade entre 21 e 56 anos, submetidas à cirurgia plástica após cirurgia bariátrica. A maioria das pacientes havia sido previamente submetida à gastroplastia redutora a Fobi-Capella (15 pacientes - 71,4%), e o restante, à técnica denominada Mason modificada. Essa casuística do nosso hospital difere parcialmente da literatura, uma vez que, na maioria dos trabalhos estudados os pacientes foram 100% submetidos à técnica de Fobi-Capella, que é hoje o padrão-ouro para a cirurgia bariátrica^{8,10}.

A quantidade média de peso perdido pelo grupo foi de 48,32kg, e a mediana de 50kg, variando entre 22 e 70kg. Souza MCA & Cláudio-de-Silva CS operaram 10 pacientes cuja média de perda ponderal foi de 65,7kg¹⁵. Gerk PO descreve uma série de casos de 11 pacientes com perda ponderal média após gastroplastia de 65kg¹⁰. Nossas pacientes, portanto, obtiveram uma perda ponderal menor até serem submetidas à cirurgia de contorno corporal.

O tempo entre a cirurgia bariátrica e a cirurgia reparadora variou, em nossa casuística, entre 27 e 104 meses, sendo a média de espera na fila de aproximadamente 53,85 meses, e a mediana de 45 meses. Em outros serviços o intervalo médio entre a cirurgia bariátrica e o procedimento pela cirurgia plástica variou: foi de 32 meses segundo Roxo CDP et al¹³, e de 1,8 ano até 8 anos na casuística de Orpheu SC et al. Neste último, entretanto, o intervalo de tempo entre a primeira consulta do paciente com a equipe e a primeira cirurgia não superou seis meses². Esta discrepância quanto ao tempo de espera no nosso serviço provavelmente se deve à grande demanda de pacientes já submetidos à cirurgia bariátrica no HUCAM, à dificuldade de marcação de consultas e exames pré-operatórios no sistema de saúde pública e à inexistência prévia de um programa de cirurgia plástica após cirurgia bariátrica neste hospital, que foi iniciado em janeiro de 2010 associado ao programa de residência médica em cirurgia geral da UFES.

O IMC médio das pacientes antes da cirurgia de contorno corporal foi inferior ao relatado na literatura. 11 pacientes (52,3%) apresentavam IMC entre 25 e 30; 7 pacientes (33,3%) estavam com IMC entre 19,62 e 25, e apenas 3 pacientes (14,3%) com IMC maior do que 30, estendendo-se até 34,51 kg/m². A média dos IMCs foi de 26,43 kg/m². Meira AAM et al⁸ refere, em seus dados, que no momento da cirurgia plástica, o IMC variou de 23,1 a 35,9, média de 29,76kg/m².

Quanto à presença de comorbidades neste estudo, 16 pacientes (76,2%) não apresentavam comorbidades, sendo, portanto, classificadas como ASA I. Entre as 21 pacientes operadas, 2 (9,5%) eram hipertensas com bom controle medicamentoso, 2 pacientes (9,5%) eram hipotireoideas em uso regular de medicação e 1 paciente (4,7%) era tabagista. Andrade IF et al também descreve em seu estudo a hipertensão arterial (20%) e o hipotireoidismo (5%) como as afecções sistêmicas associadas mais freqüentes⁹.

Avaliamos, no pré-operatório, o perfil laboratorial detalhado destes pacientes, procurando observar as deficiências existentes e corrigi-las antes do procedimento cirúrgico. Logo, todas as pacientes operadas no serviço possuíam valores de albumina sérica dentro da faixa normal de referência. 10 pacientes (83%) estavam com albumina entre 4,01 e 4,5 e 2 pacientes (17%) entre 3,5 e 4,0g/dL. Quanto à dosagem de hemoglobina sérica, a média encontrada neste estudo foi de 13,03g/dL, muito próxima à encontrada por Andrade IF et al na avaliação laboratorial de 41 pacientes submetidos à abdominoplastia pós-gastroplastia redutora pela técnica de Fobi-Capella, em que a média foi de 13,6g/dL⁹. Tal fato deve-se, provavelmente, à exigência feita pelo Serviço de Cirurgia Plástica de que as pacientes selecionadas mantivessem o acompanhamento com a endocrinologista e o cirurgião bariátrico, e à aplicação rigorosa do protocolo do serviço no pré-operatório.

Diversos autores descrevem as dermatites, intertrigos e assaduras como muito presentes nestes pacientes após a perda maciça de peso^{2,8,10,13}. Em nossa casuística, as dermatites nas dobras não foi muito freqüente, estando presente em 6 pacientes (35,3%). A maioria das pacientes controlava bem esta patologia com

higiene adequada e uso de cintas já no pré-operatório, para conter a flacidez cutânea.

De acordo com a literatura vigente, o abdome foi, na maioria das pacientes, o primeiro a ser operado, por ser a região mais afetada. Das 21 pacientes, 16 pacientes (76,19%) optaram por submeter-se à abdominoplastia; em 3 pacientes (14,28%) foi realizada mamoplastia; 1 paciente (5%) foi submetida a lifting de coxa e 1 paciente (5%) foi submetida à braquioplastia. Orpheu SC et al, em estudo com 177 cirurgias realizadas, também tratou preferencialmente a região abdominal em 81 pacientes; 26 foram submetidas à mastoplastias; 23 à dermolipectomias de região medial de coxas e 21 à dermolipectomias de região medial dos braços². Em todos os casos em nosso serviço, a técnica de abdominoplastia em âncora com plicatura do músculo reto abdominal foi utilizada, associada ou não à lipoaspiração em flancos e dorso. A abdominoplastia em âncora utilizada em pacientes obesos mórbidos foi descrita por Joffe, Matory e Soundararajan et al¹⁴, e é técnica de eleição em grandes centros pós-cirurgia bariátrica, principalmente quando há uma cicatriz mediana prévia da gastroplastia¹¹, pois permite utilizar vetores de tração com efeitos multiplicadores, que modelam não somente o abdome, mas também flancos, dorso, púbis e até mesmo, muitas vezes, a parte superior das coxas (**figuras 2, 3 e 4**). Tal técnica ainda conta com a vantagem de não descolar os retalhos, reduzindo assim, sucessivamente, a perda sangüínea, os seromas e as deiscências¹⁴. Das 16 pacientes submetidas à abdominoplastia, 2 (12,5%) possuíam hérnia incisional, que foram corrigidas no mesmo ato operatório pela equipe da cirurgia plástica, que era composta por um residente do 2º ano de cirurgia geral. Não foi utilizada tela em nenhum caso. Gerck PO descreve que em 30% de suas pacientes foi encontrada hérnia incisional, também tratada no mesmo ato¹⁰.

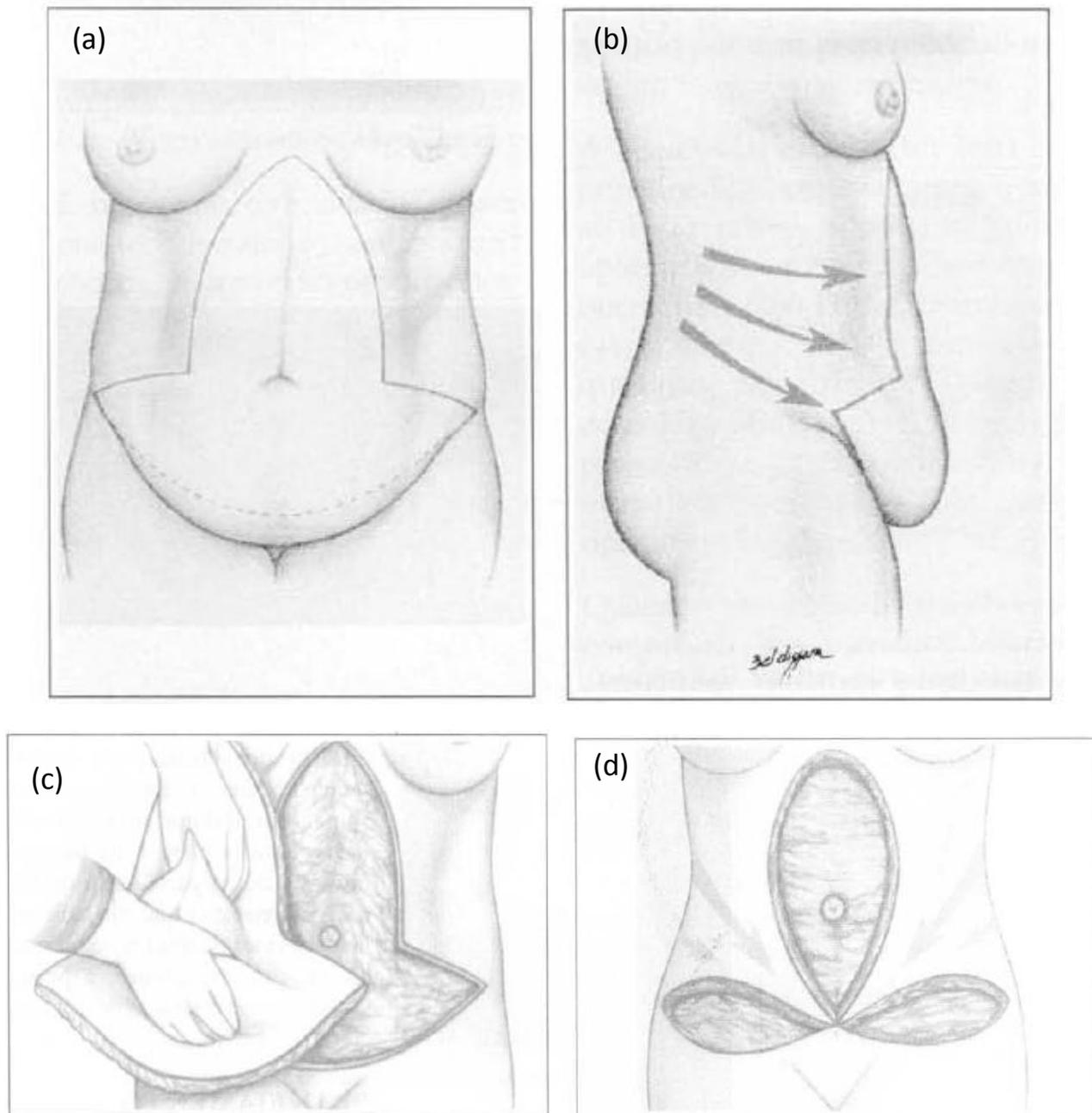


Figura 2 – Desenho da técnica da abdominoplastia em âncora com ressecção em bloco. (a) Vista frontal. (b) Vista lateral mostrando as trações. (c) Retirada da peça em monobloco. (d) Rotação medial dos retalhos abdominais.

Fonte: Roxo CP et al. *Abdominoplastia Multifuncional*. Rev. Soc. Bras. Cir. Plást. São Paulo v.19 n.3 p. 53-74 set/dez. 2004.

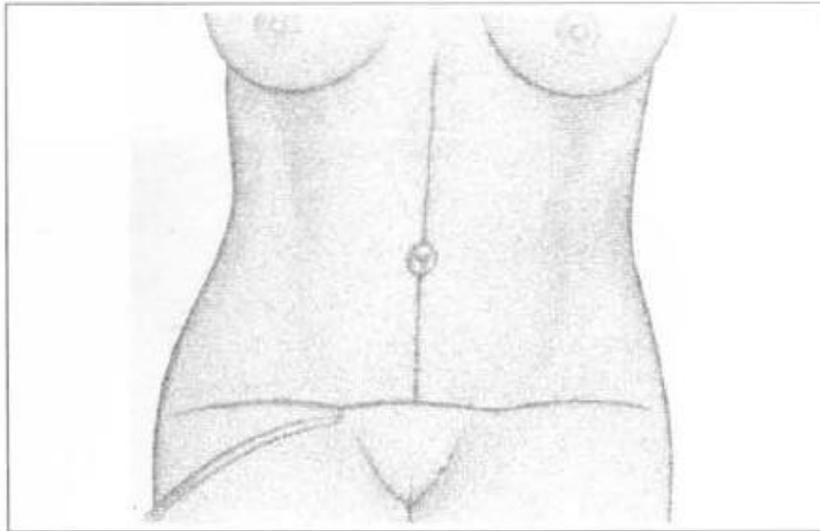


Figura 3 - Desenho mostrando a conclusão da sutura em forma de "T" invertido com drenagem por aspiração.
Fonte: Roxo CP et al. *Abdominoplastia Multifuncional*. Rev. Soc. Bras. Cir. Plást. São Paulo v.19 n.3 p. 53-74 set/dez. 2004.

7 pacientes (43,7%) das 16 submetidas à abdominoplastia tiveram a quantidade de tecido retirado aferida. Os valores variaram entre 1,54kg e 4,75kg, sendo a média de tecido retirado de 2,45kg. Souza MCA & Cláudio-de-Silva CS aferiram o peso total da peça cirúrgica, que variou de 3 a 10,1 kg, com média de 6,08kg¹⁵, bastante superior à encontrada no presente estudo. Gerk PO encontrou valores mais próximos ao nosso: a média de peso do retalho retirado foi de 3,7kg, sendo o maior peso 7,8kg e o menor, 1,2kg¹⁰.

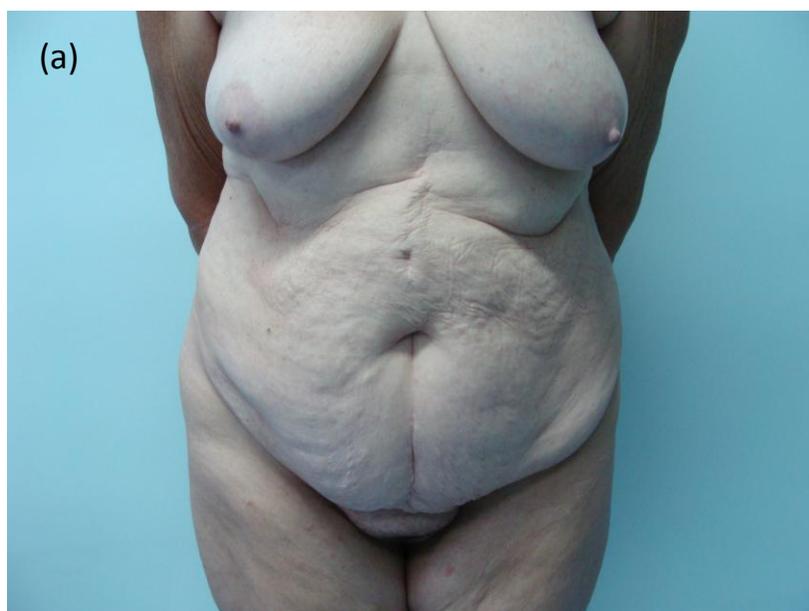




Figura 4- Abdominoplastia em âncora. (a) pré-operatório (b) pós-operatório.

Fonte: Arquivo do Serviço de Cirurgia Plástica do Hospital Universitário Cassiano Antônio de Moraes

Sabe-se que a redução do tempo cirúrgico exige grande sincronização das equipes médicas. Em alguns hospitais de missão universitária, isso permite realizar procedimentos combinados, tais como pexias mamárias e abdominoplastias, em tempos reduzidos, pelo uso de times simultâneos compostos de até quatro cirurgiões². Em nossa realidade, dispomos de apenas um cirurgião, um residente e um acadêmico de medicina, fato que nos desfavorece neste quesito. A nossa média de duração dos procedimentos foi de 5,5 horas, com mediana de 6 horas e variação de 3,5 a 8,5 horas de cirurgia. A maioria dos procedimentos (42,85%) durou entre 4 e 6 horas, e apenas 4 procedimentos (19,04%) ultrapassaram 6 horas de duração. Gerk PO relata ter realizado seus procedimentos em tempo médio de 4,5 h, cerca de 1 hora a menos que a nossa média¹⁰. Porém, o nosso tempo cirúrgico foi semelhante ao descrito por Souza MCA & Cláudio-de-Silva CS: média de 5,31h¹⁵. As 4 cirurgias que ultrapassaram 6 horas de duração foram abdominoplastias associadas à

lipoaspiração em dorso e flancos, procedimentos realmente mais demorados pela complexidade.

Neste trabalho, a média de internação hospitalar foi de 3,7 dias, variando entre 3 e, no máximo, 5 dias de internação. Este resultado é comparável ao encontrado em outros estudos^{2,8,10,15}, nos quais o tempo de internação médio variou de 2 a 4,12 dias.

Quanto à drenagem de subcutâneo, 14 pacientes (67%) permaneceram entre 7 e 10 dias com o dreno, e 7 pacientes (33%) ficaram até 4 dias, a depender do tipo de cirurgia realizada e do volume drenado. 1 paciente, submetida à braquioplastia, não teve o subcutâneo drenado. A média de permanência do dreno foi de 6,35 dias. Concordamos com Nurkin e Pedro Martins que os drenos de sucção realizam uma prevenção eficaz de hematomas e seromas através de uma drenagem ativa prolongada¹⁸. Contudo, o tempo de manutenção do dreno ainda é controverso na maioria dos trabalhos, variando desde 48 a 72 horas¹⁰ a 7 a 14 dias². Alguns autores advogam que manter o dreno no pós-operatório por mais de 8 dias é tempo excessivo, podendo aumentar o risco de infecção e causar desconforto nos pacientes¹⁸. Meira AAM et al observou uma melhora significativa da manifestação dos seromas e da necessidade de sua punção após modificar o protocolo de seu serviço para manter o dreno de aspiração contínua por cinco a sete dias (previamente era retirado entre 48 e 72 horas de pós-operatório)⁸. Há autores que, de forma semelhante à conduta do nosso serviço, mantêm o dreno até que o débito seja menor do que 50mL/24h¹⁹.

Semelhante às estatísticas da cirurgia plástica em ex-obesos, a maioria das pacientes operadas (12 pacientes - 57%) não teve nenhum tipo de complicação. Das complicações presentes, a mais comum, incidente em 5 pacientes (23,8%) foi uma leve epidermólise de ferida. Seroma esteve presente em 2 pacientes (9,5%). Apenas 2 pacientes (9,5%) apresentaram cicatrizes inestéticas e 1 paciente (4,76%) queixou-se de dor tardia mantida na incisão. É de conhecimento prévio que o domínio das regiões de vascularização da parede abdominal, a presença de cicatrizes prévias de laparotomias para hernioplastias ou colecistectomias, o cuidado técnico para evitar descolamentos excessivos e o não tabagismo são

fundamentais para uma cicatrização adequada e melhor resultado cirúrgico. Com o aumento da procura por cirurgias plásticas em pacientes com grandes perdas ponderais, cresceu também a preocupação dos autores em identificar outros fatores de risco que possam comprometer resultados. Têm sido descritos maiores índices de complicação no sexo masculino e, sobretudo, em cirurgias múltiplas combinadas, quando mais de três regiões corporais são tratadas simultaneamente². Vários autores associam em suas casuísticas índices maiores de complicações, sobretudo para torsoplastias ou abdominoplastias, no grupo de pacientes que ainda sofre de obesidade. Há estudos em população geral submetida à abdominoplastia que, diferentemente das suposições gerais, não relacionam o tempo de prática profissional do cirurgião com seus índices de complicação. Esse tipo de estudo ainda não foi desenvolvido para os pacientes após perda ponderal maciça².

Vale ressaltar que as complicações mais freqüentes neste tipo de cirurgia são as mesmas comumente encontradas em procedimentos cirúrgicos habituais (seroma e pequenas deiscências), porém, com números geralmente acima dos valores encontrados em abdominoplastias convencionais em pacientes não-obesos (1 a 4,8%), conforme revisão feita por Jatene PRS et al. Tal fato sugere maior tendência ao surgimento do seroma em ex-obesos, assim como a incidência de deiscência e necrose⁹. Em nossa casuística, a incidência de seroma foi de 9,5% (2 pacientes), bem inferior à incidência apresentada por Meira AAM et al (**figura 5**) e dentro das possibilidades relatadas na literatura (até 30% dos casos)¹⁸. A baixa incidência desta complicação está relacionada à rigorosa hemostasia intraoperatória, ao fato de se evitar, nas abdominoplastias, o descolamento dos retalhos, o uso de faixas e cintas compressivas já no pós-operatório imediato e o uso de drenos de sucção fechados. Deve-se lembrar que alguns serviços possuem incidências mínimas de seroma, como relatada por Pitanguy et al a casuística de 0,3% em abdominoplastias após grandes perdas ponderais⁴.

A epidermólise de ferida esteve presente em 5 casos (23,8%), todos tratados com sucesso com curativo local com pomada Fibrase[®]. Devido à ausência de sinais sistêmicos, como febre ou celulite local, não é considerada por

muitos autores como uma complicação, sendo somente citada em alguns trabalhos. Orpheu SC et al relata deiscências ou necroses de pequeno porte, com cicatrização espontânea em tempo inferior a 60 dias em 18% de seus casos².

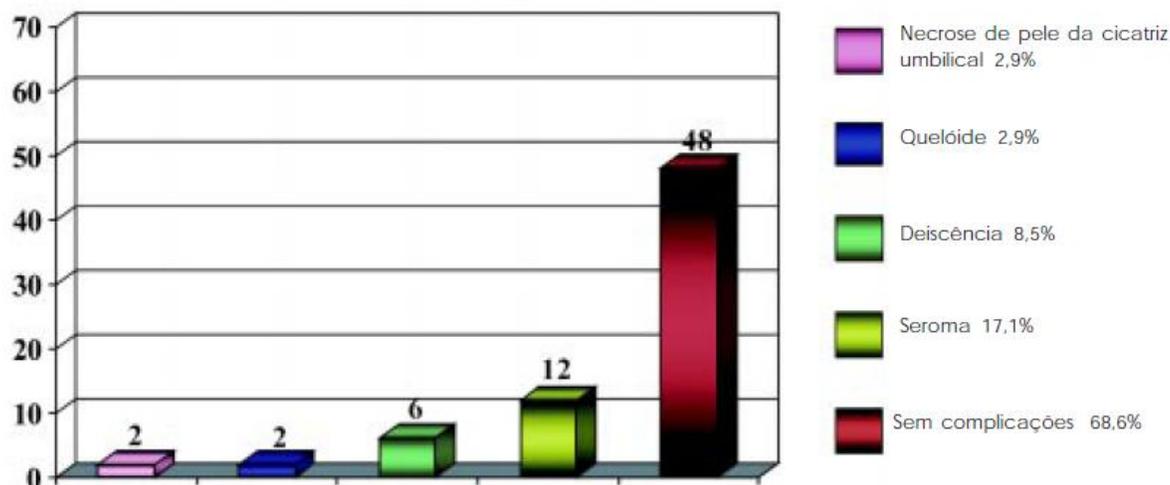


Figura 5 – Resultado de 70 pacientes submetidos a cirurgia plástica pós gastroplastia.

Fonte: Meira AAM et al. *Cirurgia plástica após gastroplastia redutora: abordagem pré, per e pós-operatória*. Rev. Soc. Bras. Cir. Plást. 2008; 23(1): 15-21.

Nossa incidência de cicatriz inestética com necessidade de intervenção foi de 9,5% (2 pacientes). 1 paciente apresentou cicatriz hipertrófica corrigida com uma sessão de injeção de Theracort[®] (Triancinolona), realizada ambulatorialmente. A segunda paciente, submetida à mamoplastia vertical, apresentou uma cicatrização irregular, já esperada e orientada no pré-operatório, devido à quantidade de pele excedente em sua mama e à ausência de próteses mamárias no nosso serviço (**figura 6**). Foi necessária uma segunda intervenção para correção da cicatriz. Cortes JES et al obteve em seu trabalho uma incidência superior de cicatrizes inestéticas, alcançando 13% dos pacientes estudados.

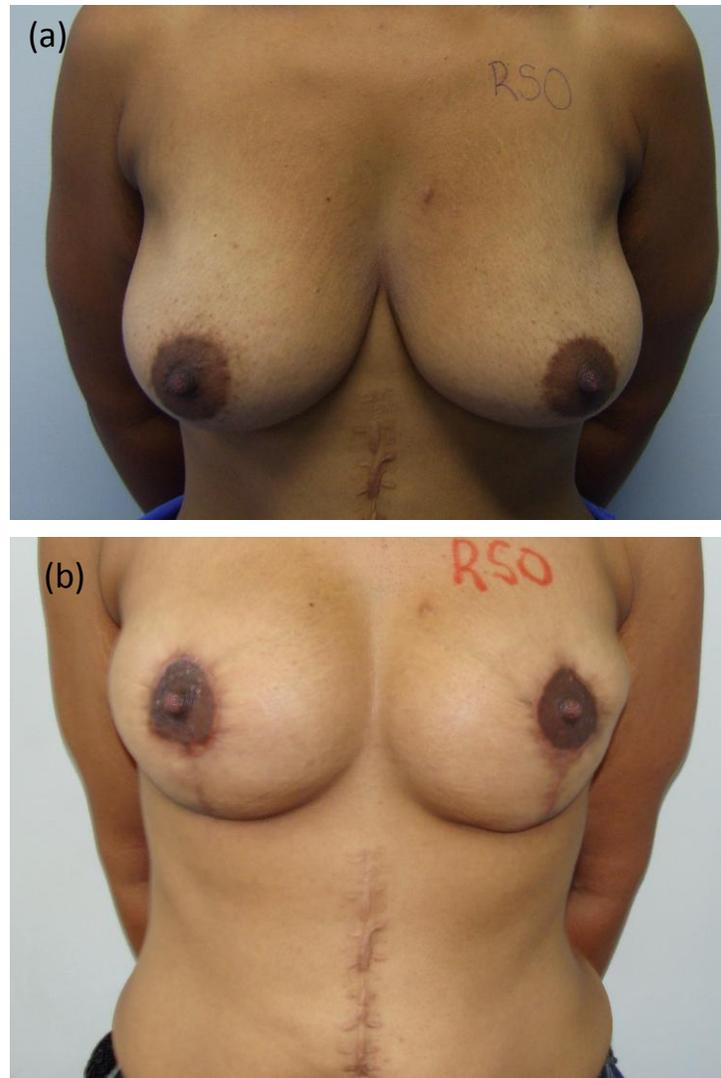


Figura 6– Mamoplastia vertical. (a) Pré-operatório (b) Pós-operatório. Observa-se cicatriz inestética que foi reparada em segundo tempo.

Fonte: Arquivo do Serviço de Cirurgia Plástica do Hospital Universitário Cassiano Antônio de Moraes

Não houve nenhum caso de infecção documentada do retalho, com necessidade de antibioticoterapia, reinternação ou abordagem cirúrgica para drenagem de abscesso. Andre FS et al também excluiu a infecção de ferida de suas estatísticas, com ausência de casos em seus trabalhos^{12,20}. Orpheu SC et al refere um único caso de abscesso tardio cirurgicamente drenado após abdominoplastia². A baixa incidência ou inexistência de infecção de ferida deve-se, provavelmente, à antibioticoterapia realizada no pós-operatório, prática

difusamente difundida em cirurgia plástica¹⁹, já que, uma vez instalada a infecção, suas consequências estéticas são desastrosas.

As complicações sistêmicas, potencialmente mais severas, como a trombose venosa profunda, descrita em boa parte dos trabalhos revisados^{2,12,17}, assumem proporções superiores no grupo que, mesmo após sucesso terapêutico da cirurgia bariátrica, ainda apresenta obesidade. Índices reportados para trombose venosa profunda de 0,04% a 2,9% na população geral submetida a abdominoplastias podem atingir 8,9 % no segmento pós-perda ponderal que ainda mantém obesidade. A necessidade de medidas preventivas é uma constante entre os autores, que recomendam os dispositivos de compressão intermitente da panturrilha no transoperatório, uso de heparina profilática, meias de compressão no pós-operatório, além de deambulação precoce e redução do tempo cirúrgico². Em nosso estudo, felizmente, não houve nenhum caso de trombose venosa profunda ou suas complicações, assim como nenhum paciente precisou ser reinternado ou evoluiu a óbito.

5 - CONCLUSÕES

O presente estudo nos possibilitou as seguintes conclusões:

- O perfil dos pacientes submetidos à cirurgia plástica pós-bariátrica no ano de 2010 no HUCAM é: mulher jovem, com idade entre 21 e 56 anos, sem comorbidades graves e com perfil laboratorial normal, que perderam em média 48,32kg após a gastroplastia e aguardaram cerca de 53,85 meses pela cirurgia plástica.
- A cirurgia mais realizada foi a abdominoplastia (76%), seguido da mamoplastia (14%) e lifting de braços e coxas (5% cada).
- O índice de complicações apresentado foi semelhante ou inferior aos valores encontrados na literatura, e não houve nenhum tipo de complicação mais grave, com repercussão sistêmica ou óbito, provavelmente devido à rigorosa aplicação do protocolo do serviço de Cirurgia Plástica no pré-operatório.

6. ANEXOS

Anexo I - Portaria 545 de 18/03/2002 do Ministério da Saúde que regulamenta as plásticas pelo SUS

Portaria 545 de 18/03/2002 • Ministério da Saúde - Gabinete do Ministro Regulamenta as Plásticas pelo SUS

O Ministro de Estado da Saúde, no uso de suas atribuições,

Considerando a Portaria GM/MS 628, de 26 de abril de 2001, que aprovou o Protocolo de Indicação de Tratamento Cirúrgico da Obesidade Mórbida – Gastroplastia no âmbito do Sistema Único de Saúde – SUS;

Considerando a necessidade de permanente atualização dos procedimentos de alta complexidade e estratégicos, constantes das Tabela do SIA/SUS e SIH/SUS, e

Considerando a necessidade criar mecanismos que facilitem o acesso aos pacientes submetidos à Gastroplastia, aos procedimentos de cirurgia plástica corretiva, quando tecnicamente indicado, resolve:

Art. 1º Incluir na Tabela de Procedimentos do SIH-SUS o grupo de procedimentos e procedimentos abaixo descritos:

38.101.04.1 - Cirurgia Plástica Corretiva pós Gastroplastia

38.058.13.8 – Dermolipectomia Abdominal pós Gastroplastia

SH	SP	SADT	TOTAL	ATOMED	ANEST	PERM	Faixa etária
450,00	322,50	15,00	777,50	282	VI	02	18 a 60

CID: E66.8, L08.8, L30.0, L30.3, L91.0, L91.9, L90.6, L90.7

38.059.06.1 – Mamoplastia pós Gastroplastia

SH	SP	SADT	TOTAL	ATOMED	ANEST	PERM	Faixa etária
440,00	312,50	15,00	767,50	282	VI	02	18 a 60

CID: E66.8, L08.8, L30.0, L30.3, L91.0, L91.9, L90.6, L90.7

38.060.06.0 – Dermolipectomia Crural pós Gastroplastia

SH	SP	SADT	TOTAL	ATOMED	ANEST	PERM	Faixa etária
450,00	322,50	15,00	777,50	282	VI	02	18 a 60

CID: E66.8, L08.8, L30.0, L30.3, L91.0, L91.9, L90.6, L90.7

38.061.13.9 – Dermolipectomia Braquial pós Gastroplastia

SH	SP	SADT	TOTAL	ATOMED	ANEST	PERM	Faixa etária
450,00	312,50	15,00	767,50	282	VI	02	18 a 60

CID: E66.8, L08.8, L30.0, L30.3, L91.0, L91.9, L90.6, L90.7

Art. 2º Incluir na Tabela de Procedimentos do SIH-SUS o grupo de procedimentos e procedimento abaixo descritos:

38.101.05.0 - Cirurgias Plásticas Corretivas Seqüenciais em pacientes pós Gastroplastia.

38.000.00.8 - Cirurgias Plásticas Corretivas Seqüenciais em Pacientes pós Gastroplastia

SH	SP	SADT	TOTAL	ATOMED	ANEST	PERM	Faixa etária
00,00	00,00	00,00	00,00	00,00	0	00	00

Parágrafo único. A cobrança do procedimento 38.000.00.8- Cirurgias Plásticas Corretivas Seqüenciais em pacientes pós gastroplastia será efetuada da seguinte forma:

1 - Os procedimentos constantes do Art. 1º desta Portaria, poderão ser cobrados simultaneamente (no máximo de 02) por AIH, quando as condições clínicas do paciente assim o permitirem.

2 - Na AIH deverá ter como procedimento solicitado e realizado: 38.000.00.8- Cirurgias Plásticas Seqüenciais em Pacientes pós Gastroplastia.

3 - Os procedimentos realizados, constantes do Art. 1º desta Portaria, deverão ser lançados no Campo Procedimentos Especiais da AIH, em ordem decrescente, sendo que no primeiro e segundo procedimentos lançados serão pagos 100% do valor total de cada procedimento.

Art. 3º Alterar na Tabela do SIH-SUS o valor do procedimento 33.022.04.6 – Gastroplastia, conforme o abaixo descrito:

SH	SP	SADT	TOTAL	ATOMED	ANEST	PERM	Faixa etária
1000,67	322,50	130,58	1453,75	386	VI	10	18 a 60

Art. 4º Alterar na Relação de Órteses e Próteses a descrição e o valor da OPM 93.481.30.6 – Kit Grampeador Linear Cortante + 3 cargas para 93.481.30.6 – Kit Grampeador Linear Cortante + 4 cargas.

Código	Quantidade	Nome	Valor em R\$
93.481.30.6	01	Kit Grampeador Linear Cortante + 4 cargas.	1.457,09

Art. 5º Definir que, para realização dos procedimentos constantes dos Artigos 1º e 2º deverá ser preenchido o formulário INDICAÇÃO DE CIRURGIA PLÁSTICA REPARADORA PÓS GASTROPLASTIA, constante do Anexo desta Portaria, que terá, obrigatoriamente, que fazer parte do prontuário médico.

Art. 6º Estabelecer que os procedimentos objeto desta Portaria somente poderão ser efetuados mediante indicação pelo Serviço que realizou o procedimento de Gastroplastia, em Unidades Hospitalares previamente habilitadas que tenham Serviço de Cirurgia Plástica, composto por Cirurgiões Plásticos, com título de especialista reconhecido pela Sociedade Brasileira de Cirurgia Plástica, ou Certificado de Residência Médica em Cirurgia Plástica reconhecido pelo MEC.

Parágrafo único. Ficam, automaticamente, habilitados para realização dos procedimentos objeto desta Portaria os Hospitais autorizados pela Secretaria de Assistência à Saúde para realização dos procedimentos de Gastroplastia.

Art. 7º Estabelecer que, para cobrança dos procedimentos objeto desta Portaria, deverá ser lançado no campo "AIH anterior" o número da AIH referente à cirurgia de Gastroplastia realizada no paciente.

Art. 8º Definir que os procedimentos de que trata esta Portaria serão custeados pelo Fundo de Ações Estratégicas e de Compensação, sendo incluídos na Relação de Procedimentos Estratégicos do SIH-SUS.

Parágrafo único. Os recursos orçamentários de que trata esta Portaria correrão por conta do orçamento do Ministério da Saúde, devendo onerar os Programas de Trabalho:

10.302.0023.4306 – Atendimento Ambulatorial, Emergencial e Hospitalar em regime de Gestão Plena do Sistema Único de Saúde – SUS

10.302.0023.4307 – Atendimento Ambulatorial, Emergencial e Hospitalar prestado pela Rede Cadastrada no Sistema Único de Saúde – SUS

Art. 9º Determinar à Secretaria de Assistência à Saúde que, em ato próprio, adote as medidas necessárias para a implementação do disposto nesta Portaria.

Art. 10. Esta portaria entra em vigor na data de sua publicação, com efeitos a partir da competência abril de 2002.

BARJAS NEGRI

ANEXO

INDICAÇÃO DE CIRURGIA PLÁSTICA REPARADORA PÓS GASTROPLASTIA

I – AVALIAÇÃO INICIAL

- 1 - NOME DO PACIENTE: _____
- 2 - IDADE: _____(anos)
- 3 - PESO____(kg) anterior à gastroplastia
- 4 – PESO____(kg) atual
- 5 – ALTURA____(cm)
- 6- IMC__(kg/m²)
- 7 - Resultados de exames atuais:

II - SITUAÇÕES CLÍNICAS/DOENÇAS ASSOCIADAS

HAS [] Diabetes [] Dificuldades Artrose [] Outras []
Respiratórias []

OUTRAS (se assinalada a opção _____
"outras" acima, informar)

III- TEMPO DECORRIDO DA REALIZAÇÃO DA GASTROPLASTIA

IV – PARECER DO MÉDICO RESPONSÁVEL:

[] O paciente preenche os critérios de indicação de cirurgia plástica reparadora pós gastroplastia

O paciente não preenche os critérios de indicação de cirurgia plástica reparadora pós gastroplastia

V - INDICAÇÕES CLÍNICAS PARA REALIZAÇÃO DE CIRURGIA PLÁSTICA PÓS GASTROPLASTIA:

VI - IDENTIFICAÇÃO DO SERVIÇO E DO MÉDICO AVALIADOR

- Nome da Unidade Hospitalar

- Nome e CRM do Médico Avaliador

VII - O PACIENTE ESTÁ APTO A REALIZAR A CIRURGIA

SIM NÃO

LOCAL E DATA _____

Assinatura e Carimbo do Responsável Técnico pelas informações

7- REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS

- 1.Lacerda, MA. *A cirurgia plástica após cirurgia bariátrica*. Medicina Perioperatória, Rio de Janeiro: Sociedade de Anestesiologia do Estado do Rio de Janeiro, 2006, 89 : 777-791.
- 2.Orpheu SC et al. *Cirurgia do contorno corporal no paciente após perda ponderal maciça*. Rev Assoc Med Bras 2009; 55(4): 427-433.
- 3.Cavalcante HA. *Abdominoplastia após perda de peso maciça: abordagens, técnicas e complicações*. Rev. Bras. Cir. Plást. 2010; 25(1): 92-99.
- 4.Pitanguy I, Amorim, NFG, Radwanski, HN. *Contour Surgery in the Patient with Great Weight Loss*. Aesth. Plast. Surg. 2000, 24:406-411.
- 5.Pace DHT. *Abdominoplastia circunferencial após grande perda ponderal*. Rev. Bras. Cir. Plást. 2010; 25(1): 179-193.
- 6.Rodrigues A et al. *Braquioplastia em pacientes ex-obesos mórbidos submetidos a gastroplastia redutora*. Rev. Bras. Cir. Plást. 2009; 24(2): 195-201.
7. Miguel GPS. *Resultados da cirurgia bariátrica e metabólica: gastrectomia vertical versus gastroplastia vertical com derivação em Y-de-Roux. Ensaio clínico prospectivo*. Tese de Doutorado. São Paulo, 2009.
- 8.Meira AAM et al. *Cirurgia plástica após gastroplastia redutora: abordagem pré, per e pós-operatória*. Rev. Soc. Bras. Cir. Plást. 2008; 23(1): 15-21.
- 9.Andrade IF et al. *Abdominoplastia após a cirurgia bariátrica: aspecto laboratorial*. Rev. Soc. Bras. Cir. Plást. 2007; 22(3): 158-61.

10. Gerk PO. *Cirurgia do contorno corporal após grandes perdas ponderais*. Rev. Soc. Bras. Cir. Plást. 2007; 22(3): 143-52.
11. Cavalcanti ELF. *Neoumbilicoplastia como opção de reconstrução umbilical nas dermolipectomias abdominais em âncora pós-gastroplastia*. Rev. Bras. Cir. Plást. 2010; 25(3): 509-18.
12. André FS. *Cirurgia plástica após grande perda ponderal*. Rev. Bras. Cir. Plást. 2010; 25(3): 532-9.
13. Roxo CDP et al. *Classificação e abordagem de mamas pós-grandes perdas ponderais*. Rev. Bras. Cir. Plást. 2009; 24(3): 310-4.
14. Cortes JES et al. *Abdominoplastias em âncora em pacientes ex-obesos*. Rev. Bras. Cir. Plást. 2009; 24(1): 57-63.
15. Souza MCA & Cláudio-de-Silva CS. *Body lift: tratamento do contorno corporal em pacientes ex-obesos*. Rev. Bras. Cir. Plást. 2008; 23(4): 294-301.
16. Roxo CP et al. *Abdominoplastia Multifuncional*. Rev. Soe. Bras. Cir. Plást. São Paulo v.19 n.3 p. 53-74 set/dez. 2004.
17. Jatene PRS et al. *Abdominoplastia: experiência clínica, complicações e revisão da literatura*. Rev. Soc. Bras. Cir. Plást. 2005; 20(2): 65-71.
18. Furtado IR et al. *Cirurgia Plástica após a Gastroplastia Redutora: Planejamento das Cirurgias e Técnicas*. Rev. Soe. Bras. Cir. Plást. São Paulo v.19 n.2 p. 29-40 mai/ago. 2004.
19. Kaluf R et al. *Sistemática cirúrgica em pacientes ex-obesos*. Rev. Soc. Bras. Cir. Plást. 2006; 21(3): 166-74.

20. André FS. *Mamoplastia pós grande perda ponderal*. Rev. Bras. Cir. Plást. 2009; 24(4): 441-9.