

RELATO DE CASO

BRAQUIOPLASTIA COM ABORDAGEM VIA AXILAR: É POSSÍVEL REALIZAR?

YHELDA DE ALENCAR **FELÍCIO**¹; SALUSTIANO GOMES DE PINHO **PESSOA**; ALANA D'AVILA **REBELO**; EUDEMARA FERNANDES **HOLANDA**; BRUNA **BARRETO**.

1 – Membro Titular Especialista da Sociedade Brasileira de Cirurgia Plástica desde 1980.

Artigo submetido em: Ago.-Out./2023

Artigo aceito em: Dez./2023

Conflitos de interesse: não há.

Autor Correspondente: cepesq@ijf.ce.gov.br.

RESUMO

A flacidez e a lipodistrofia braquial são queixas comuns entre os pacientes que procuram o consultório de cirurgia plástica, principalmente após perdas ponderais maciças ou pelo processo natural do envelhecimento. Tais deformidades causam diversos incômodos e limitações, além de serem responsáveis em muitos casos por alterações psíquicas e transtornos relacionados a baixa autoestima. A braquioplastia é o procedimento cirúrgico que visa a correção dessas alterações. Historicamente, diversas técnicas foram descritas na literatura, porém todas apresentam em comum a presença de extensas cicatrizes ao longo do braço, que podem evoluir com a presença de seroma, deiscência, alterações do contorno braquial e cicatrizes patológicas. Devido aos altos índices de complicações, muitos cirurgiões tem evitado a realização deste procedimento. Desta forma, este artigo tem como objetivo relatar a técnica de braquioplastia com abordagem exclusivamente axilar, idealmente utilizada em casos de flacidez moderada/acentuada e excesso de gordura em região proximal do braço. Relato de caso ainda não descrito na literatura médica brasileira, de uma paciente de 70 anos com queixa de acentuada flacidez braquial, submetida a técnica de braquioplastia axilar. Realizada a técnica proposta, evoluiu sem intercorrência, bom resultado estético e satisfação da paciente. A técnica de braquioplastia axilar desde que bem indicada é de fácil execução, apresenta baixos índices de complicações e um alto índice de satisfação para o paciente

Palavras-chave: Braquioplastia; Axila; Membros superiores/cirurgia; Cirurgia plástica; Satisfação do paciente.

ABSTRACT

Flaccidity and brachial lipodystrophy are common complaints among patients who seek plastic surgery, especially after massive weight loss or due to the natural aging process. Such deformities cause several discomforts and limitations, in addition to being responsible in many cases for psychological changes and disorders related to low self-esteem. Brachioplasty is the surgical procedure that aims to correct these changes. Historically, several techniques have been described in the literature, but all have in common the presence of extensive scars along the arm, which can evolve with the presence of seroma, dehiscence, changes in the brachial contour and pathological scars. Due to the high complication rates, many surgeons have avoided this procedure. Thus, this article aims to report the brachioplasty technique with an exclusively axillary approach, ideally used in cases of moderate flaccidity and excess fat in the proximal region of the arm. Case report not yet described in the Brazilian medical literature, of a 70-year-old patient with complaints of brachial flaccidity, who underwent axillary brachioplasty. The proposed technique was carried out, evolving without complications, good aesthetic result and patient satisfaction. The axillary brachioplasty technique, provided it is well indicated, is easy to perform, has low rates of complications and a high rate of satisfaction for the patient.

Keywords: Brachioplasty; Axilla; Upper limbs/surgery; Plastic surgery; Patient satisfaction.

INTRODUÇÃO

Os processos naturais do envelhecimento humano, assim como perdas ponderais maciças, resultam em alterações na estética do contorno corporal. Dentre elas, a flacidez braquial destaca-se como alvo de queixas frequentes nos consultórios de cirurgia plástica ⁽¹⁾. A flacidez cutânea braquial e a lipodistrofia, causam deformidades nos membros superiores, devido a perda do formato cilíndrico harmoniosos característicos desta região anatômica. Tais alterações, a depender do grau, podem gerar problemas estéticos, funcionais, além de alterações psíquicas e emocionais, relacionados a baixa autoestima da paciente. De maneira geral elas apresentam-se bastante desconfortáveis por não conseguirem amenizar o problema nem mesmo com o uso de roupas com mangas⁽²⁾. Este problema é especialmente importante nos locais de clima quente, como por exemplo as regiões tropicais do Brasil, onde o uso rotineiro de roupas com mangas para esconder o defeito torna-se algo muito incômodo para o paciente, podendo inclusive causar dermatites.

A braquioplastia é o procedimento cirúrgico destinado ao tratamento de tal deformidade. Todavia, a sua indicação deve ser amplamente discutida com a paciente, pois conforme descrito na literatura, todas as técnicas relatadas apresentam complicações semelhantes e elevadas no que diz respeito a qualidade e a localização da cicatriz. Visto que em muitos casos ficam muito visíveis e grosseiras, sendo igualmente difíceis de esconder nas vestimentas, ocasionando apenas a troca do problema para o paciente.

A primeira descrição deste procedimento ocorreu em 1954, por Corte-Inturrasape e Fernandez ⁽³⁾, e desde então diversos autores dedicaram-se a publicar técnicas com o propósito de alterar a localização e o tamanho da cicatriz, bem como tratar problemas relacionados a flacidez na região axilar e na parede torácica lateral. Lockwood ⁽⁴⁾ em 1995, descreveu o principal avanço nas técnicas, preconizando a suspensão e fixação do sistema fascial superficial, propondo a ancoragem do retalho do braço na fásia axilar.

Diversas classificações foram propostas ⁽⁵⁾, sendo a descrição de Appelt ⁽⁶⁾ em 2006 a mais completa e aceita atualmente, pois leva em consideração tanto a quantidade de gordura residual, quanto o grau e a localização da flacidez cutânea para estratificar os pacientes e determinar qual procedimento é o mais adequado em cada situação.

Desta forma, este trabalho tem como objetivo demonstrar por meio de relato de caso a utilização combinada da técnica de mamoplastia redutora axilar de Felício⁷ com a técnica de braquioplastia com abordagem exclusivamente via axilar, associada ou não à lipoaspiração, para o tratamento de assimetria mamária e ptose tecidual da porção proximal dos braços.

RELATO DE CASO

Paciente do sexo feminino, 70 anos, com queixa de assimetria mamária e grande insatisfação com a flacidez braquial. Relata incapacidade do uso de roupas sem mangas, devido a ptose braquial. A paciente apresentava peso estável, com IMC de 26,8 e refere o aumento da flacidez de seus braços com o processo de senescência.

Ao exame físico observava-se uma assimetria mamária moderada, com mamas liposubstituídas características da idade com volume maior à esquerda. Os membros superiores apresentavam acentuada flacidez das porções proximal superior e média dos braços, com pequena quantidade de excesso de gordura, conforme determinado pelo pinch test.



Figura 1. Imagem pré-operatório com vista anterior (A), identificando a assimetria mamária e a deformidade braquial. Imagem pre-operatório com vista posterior (B).

Fonte: imagem pertencente aos arquivos pessoais dos próprios autores.

Realizado a marcação da paciente em posição ortostática com os membros superiores elevados. Identifica-se a prega axilar e com a caneta dermatográfica marca-se após tracionar superiormente, com manobra bi digital, o quadrante superior da mama e região proximal do braço. Desta forma se estabelece o tamanho e a largura da ilha elíptica de pele a ser retirada na axila para o reposicionamento da mama e correção do componente horizontal da flacidez proximal do braço. A cicatriz deve posicionar-se cerca de um a dois centímetros acima da prega axilar para que ao fechar o braço esta permaneça posicionada dentro da prega axilar.

O procedimento foi realizado no centro cirúrgico, sob anestesia peridural, anestesia local na região braquial e sedação. Inicialmente realizada a lipoaspiração do excesso de gordura braquial, neste caso, retirado 120CC de cada braço. A seguir prosseguiu-se com a incisão fusiforme

conforme marcação prévia, viabilizando a ressecção via axilar de tecido mamária. Prossegue-se com a ressecção com incisão fusiforme do excedente de pele na região proximal e medial do braço. Realizado hemostasia rigorosa, síntese por planos e o uso de dreno de aspiração na região ínfimo mamária lateral externa. Uso de apenas 4 fios de sutura para ambas as mamas e axila, 1 vicryl 3-0, 2 mononylon 4-0 e 1 mononylon 5-0.



Figura 2. Imagem a quantidade total de material ressecado após o procedimento cirúrgico (excedente de pele, tecido celular subcutâneo axilar e tecido mamário) em cada lado operado.

Fonte: imagem pertencente aos arquivos pessoais dos próprios autores.

Paciente evoluiu satisfatoriamente; sem intercorrências, o dreno foi retirado com 48 horas de pós-operatório. O uso da cinta elástica nas mamas e braços permaneceram por 3 meses. Foram iniciadas sessões de massagem de drenagem linfática no segundo pós-operatório e mantidas até 40 dias no pós-operatório. As suturas foram retiradas com 15 dias.

A paciente apesar de ciente das limitações demonstrou grande satisfação com o resultado da braquioplastia.

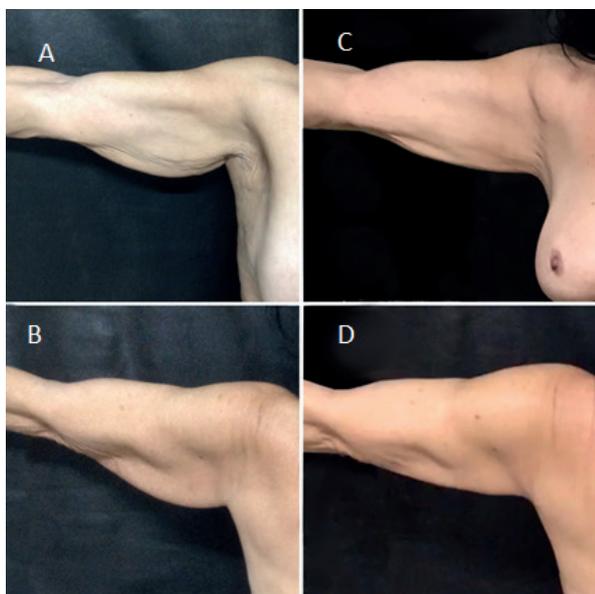


Figura 3. (A) Pré-operatório vista anterior braço direito.

(B) Pré-operatório vista posterior braço esquerdo. (C) Pós-operatório de 12 meses vista anterior braço direito. (D) Pós-operatório de 12 meses vista posterior braço esquerdo.

Fonte: imagem pertencente aos arquivos pessoais dos próprios autores.

DISCUSSÃO

Os membros superiores e a parede lateral torácica, apresentam grande variações com o processo de envelhecimento e após perdas ponderais maciças. O espectro pode variar desde pacientes com bom tônus cutâneo e mínima flacidez à pacientes com quantidade significativa de pele redundante, causando a deformidade de “asa de morcego”⁽¹⁻³⁾. Para um bom resultado cirúrgico é importante a seleção de uma técnica adequada com avaliação e indicação criteriosa para cada paciente⁽⁴⁻⁵⁾.

Desta forma, Appelt⁽⁶⁾ e colaboradores, em 2006, propuseram um algoritmo para a seleção do melhor tratamento cirúrgico baseando-se na análise anatômica do braço. mento anual após os 2 anos da cirurgia⁽⁹⁾.

Tipo	Flacidez cutânea	Excesso de gordura	Localização da flacidez
I	Mínima	Moderado	Não especificado
IIa	Moderada	Mínimo	Proximal
IIb	Moderada	Mínimo	Toda extensão do braço
IIc	Moderada	Mínimo	Todo o braço e parede lateral torácica
IIIa	Moderada	Moderado	Proximal
IIIb	Moderada	Moderado	Toda extensão do braço
IIIc	Moderada	Moderado	Todo o braço e parede lateral torácica

Quadro 1. Classificação de Appelt.

Fonte: An Algorithmic Approach to Upper Arm Contouring.” Eric A. Appelt, M.D. Jeffrey E. Janis, M.D. Rod. J. Rohrich, M.D.

Pacientes com bom tônus cutâneo de moderado excesso de gordura, Appelt I, podem ser selecionadas para a realização de lipoaspiração isolada. Já as pacientes classificadas como Appelt IIa, são as pacientes ideais para a realização da técnica descrita neste artigo, apresentando resultados excelentes com resolução completa da flacidez cutânea⁽⁸⁻¹⁰⁾. A incisão estende-se entre os limites anterior e posterior da axila, realizada cerca de dois centímetros acima da prega axilar, para que a cicatriz fique escondida nesta região com os braços em repouso.

A técnica descrita pode ser combinada com a lipoaspiração para melhor definição do contorno braquial, beneficiando também de forma satisfatória as pacientes com classificação IIIa.

A paciente relatada apresenta classificação de Appelt IIIb, mesmo ciente que para o seu caso a braquioplastia convencional, seria a proposta cirúrgica que apresentaria melhores resultados, rejeitou a realização deste procedimento cirúrgico devido à grande seqüela

cicatrizial provocada pela técnica convencional. Desta forma, foi proposto à paciente a técnica de braquioplastia com abordagem exclusivamente via axilar, associada a lipospiração para correção da deformidade. A paciente mostrou-se extremamente satisfeita com o resultado pós-operatório, destacou as vantagens de a cirurgia ter ocorrido no mesmo ato operatório e com incisão única, facilmente escondida na prega axilar e que a ajudaram a amenizar tanto os efeitos do envelhecimento braquial e quanto mamário apresentados pela mesma.

Desta forma, deste que acordado e esclarecido com a paciente possíveis limitações, pacientes classificadas como Appelt IIb e IIIb, podem beneficiar-se da técnica de braquioplastia via axilar. Uma vez que, mesmo as pacientes com indicações clássicas de braquioplastia convencional, devem necessariamente considerar as suas deformidades braquiais são suficientemente graves a ponto de os benefícios da correção superarem as desvantagens de uma cicatriz que por vezes se apresentará inestética e aparente⁽⁸⁾.

Já as pacientes com Appelt IIC e IIIC que apresentam flacidez de todo o braço e parede lateral torácica, devem ser submetidos a cirurgia de braquioplasta estendida, para ressecção de todo o excesso de pele de ambas as regiões⁽⁹⁻¹⁰⁾.

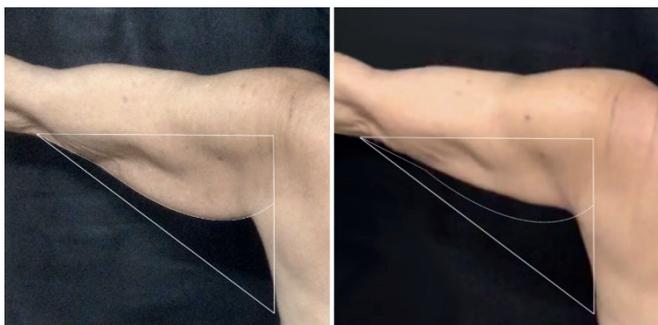


Figura 4. Imagem ilustrativa comparando o pré-operatório e pós-operatório de braquioplastia via axilar. Na figura B, nota-se o percentual reduzido da flacidez braquial após o procedimento cirúrgico.

Fonte: imagem pertencente aos arquivos pessoais dos próprios autores.

CONCLUSÃO

A técnica de braquioplastia axilar desde que bem indicada é de fácil execução, apresenta baixos índices de complicações e um alto índice de satisfação para o paciente.

REFERÊNCIAS

1. Pitanguy I, et al. Cirurgia plástica: uma visão de sua amplitude. São Paulo: Atheneu; 2016.
2. Baroudi R. Dermolipectomy of the upper arm. Clin Plast Surg. 1975; 2: 485-91.
3. Correa-Inturrapesa M, Fernandez JC. Dermolipectomia braquial. Prensa Med Argent. 1954; 34:24-32.
4. Lockwood T. Brachioplasty with superficial fascial system suspension. Plast Reconstr Surg, 1995;96:912-920.
5. Downey SE. Braquioplastia e contorno do tronco superior. In: Thorne CH, Grabb WC, Smith JW. Grabb & Smith – Cirurgia Plástica. 7th ed. Rio de Janeiro. Guanabara Koogan, 2018. p.707-711.
6. An Algorithmic Approach to Upper Arm Contouring. Eric A. Appelt, M.D. Jeffrey E. Janis, M.D. Rod. J. Rohrich, M.D. Plast. Reconstr. Surg. 118: 237, 2006.
7. Felicio Y. Axillary Reduction Mammoplasty-Yhelda Felicio's technique. Aesthetic Plastic Surgery; 21(4), p268-275, 1997.
8. Abramson DL. Minibrachioplasty: minimizing scars while maximizing results. Plast Reconstr Surg. November 2004; 114(6):1631-1634.
9. Teimourian B, Malekzadeh S. Rejuvenation of the upper arm. Plast Reconstr Surg. 1998;102(2): 545-51.
10. El Khatib HA. Classification of brachial ptosis: strategy for treat-ment. Plast Reconstr Surg. 2007; 199(4): 1337-42.