

# Coxoplastia oblíqua em pacientes após grandes perdas ponderais

*Oblique thighplasty in patients after massive weight loss*

CARLOS DEL PINO ROXO<sup>1</sup>  
ANA CLAUDIA WECK ROXO<sup>2</sup>  
CARLOS WECK ROXO<sup>3</sup>

## RESUMO

**Introdução:** As alterações tróficas da pele com o avançar da idade são observadas com maior frequência nas coxas e nos braços, quando comparadas às demais regiões do corpo. Nos pacientes com grandes perdas ponderais após cirurgia bariátrica, as consequências são muito mais evidentes, com aspectos pouco estéticos, combinados a desconforto, dificuldade de deambulação e problemas de higiene. A proposta cirúrgica visa a reverter esses efeitos mediante a ressecção dos excessos cutâneos. **Método:** Foram selecionados 30 pacientes previamente submetidos a cirurgia bariátrica, com grandes perdas de peso. Todos os pacientes foram também submetidos a abdominoplastia e/ou abdominoplastia combinada com braquioplastia, no mesmo tempo ou em tempos operatórios diversos. A orientação da ressecção cutânea realizada determinou uma linha oblíqua e sinuosa ao longo da face anterior das coxas, na projeção do trajeto do músculo sartório. Todos os pacientes foram seguidos pelo período mínimo de 6 meses de pós-operatório. **Resultados:** A cirurgia possibilitou significativa melhora do contorno interno das coxas, assim como da qualidade de vida dos pacientes. Entre os pacientes avaliados, 4 apresentaram pequenas deiscências de sutura e 2, linfocele. Não foram observados hematoma, infecção ou distorções na genitália externa. **Conclusões:** A ressecção oblíqua dos excessos cutâneos tem sido aplicada especificamente em pacientes que apresentaram grandes perdas de peso após cirurgia bariátrica. A técnica possibilitou redução significativa do volume de cada coxa, com readequação do contorno, sem aumentar a morbidade.

**Descritores:** Cirurgia bariátrica. Perda de peso. Cirurgia plástica. Coxas/cirurgia.

## ABSTRACT

**Background:** Trophic skin alterations that occur during aging are observed more often in the thighs and arms than in other body regions. Patients experiencing substantial weight loss after bariatric surgery exhibit more evident problems, including unsightly appearance, discomfort, difficulty walking, and hygiene problems. The present surgical approach aims to reverse these effects by means of resection of the cutaneous excess. **Methods:** Thirty patients who previously underwent bariatric surgery and experienced substantial weight loss were selected. All patients also underwent abdominoplasty with or without brachioplasty simultaneously or at different times. The cutaneous resection was oriented along an oblique and sinuous line along the anterior face of the thighs in the projection of the sartorius muscle route. All patients were monitored for a minimum period of 6 months postoperatively. **Results:** The surgery significantly improved the internal contours of the thighs, improving the patients' quality of life. Four patients had small suture dehiscences, and 2 had lymphocele. No hematomas, infection, or distortions in the external genitalia were observed. **Conclu-**

Trabalho realizado no  
Serviço de Cirurgia Plástica do  
Hospital Geral de Andaraí,  
Rio de Janeiro, RJ, Brasil.

Artigo submetido pelo SGP  
(Sistema de Gestão de  
Publicações) da RBCP.

Artigo recebido: 17/1/2012  
Artigo aceito: 11/3/2012

1. Membro titular da Sociedade Brasileira de Cirurgia Plástica (SBCP), membro titular do Colégio Brasileiro de Cirurgiões, full member da International Society of Aesthetic Plastic Surgery (ISAPS), chefe do Serviço de Cirurgia Plástica do Hospital Geral de Andaraí, Rio de Janeiro, RJ, Brasil.
2. Membro associado da SBCP, cirurgiã plástica do Serviço de Cirurgia Plástica do Hospital Geral de Andaraí, Rio de Janeiro, RJ, Brasil.
3. Médico residente do Departamento de Cirurgia Geral do Hospital Federal Bonsucesso, Rio de Janeiro, RJ, Brasil.

**sions:** The oblique resection of cutaneous excesses was applied specifically in patients who experienced substantial weight loss after bariatric surgery. This technique significantly decreased the volume of each thigh and readjusted contours without increasing morbidity.

**Keywords:** Bariatric surgery. Weight loss. Plastic surgery. Thigh/surgery.

## INTRODUÇÃO

A coxa é uma das regiões do corpo que apresentam expressivas alterações cutâneas após perda maciça de peso, em decorrência de depósitos de gordura com diferentes texturas e volumes, da variabilidade do posicionamento da cicatriz após cirurgia a curto, médio e longo prazos, além de fatores de risco inerentes ao ato operatório<sup>1,2</sup>.

A cirurgia plástica estética das coxas, descrita há cerca de 55 anos, tem passado por contínuas revisões táticas e técnicas, buscando a melhoria dos resultados<sup>3,4</sup>. Teve, entretanto, limitada receptividade pelos cirurgiões e pelos pacientes, em decorrência de problemas secundários, dentre os quais alargamento das cicatrizes e seu deslocamento caudal do sulco inguinal, deformidade da genitália externa e má qualidade dos resultados<sup>5</sup>. Somente após os procedimentos de suspensão e ancoragem da fáscia superficial, aplicados aos casos de flacidez e adiposidade moderados em função da flacidez natural associada ao envelhecimento, foram obtidos melhores resultados estéticos a longo prazo, com menor incidência de complicações<sup>6,7</sup>. Com o contínuo aumento do número de pacientes ex-obesos mórbidos após cirurgia bariátrica, os grandes volumes de pele e tecido adiposo a serem ressecados determinaram novas condutas, que envolveram ressecções circunferenciais no quadril e nas coxas, para a melhoria da qualidade de vida<sup>8-12</sup>.

A ressecção oblíqua ao longo da projeção cutânea do músculo sartório é a técnica mais indicada em pacientes com grandes volumes de pele associados a flacidez e adiposidade envolvendo as coxas em toda sua extensão, nas faces anterior e interna, em decorrência de sua posição mais estável no pós-operatório a médio e longo prazos. As cicatrizes, embora com maior evidência, têm sido toleradas pelos pacientes, em função da melhor qualidade de vida<sup>13</sup> e das mínimas intercorrências e complicações.

## MÉTODO

No período de maio de 2003 a dezembro de 2010, 30 pacientes com excessiva perda de peso foram submetidos a coxoplastia mediante ressecção cutânea transversal anterior oblíqua, dos quais 23 eram do sexo feminino e 7, do sexo masculino. A idade dos pacientes no momento da cirurgia variou de 26 anos a 69 anos.

Todos os pacientes haviam sido submetidos previamente a cirurgia bariátrica. O peso médio após a perda ponderal foi de 110 kg e de 92,5 kg (mínimo de 65 kg e máximo de 129 kg) por ocasião das cirurgias.

Os pacientes apresentavam significativo volume de gordura e flacidez de pele localizados predominantemente no terço médio e anterointerno das coxas.

Além dos exames pré-operatórios de rotina, todos os pacientes foram submetidos a avaliação vascular prévia e nenhum deles apresentou qualquer problema circulatório no pós-operatório.

### Demarcações Pré-Operatórias

Os pacientes foram demarcados de pé, com as pernas abduzidas, 24 horas antes da cirurgia.

Uma linha foi traçada na projeção cutânea do músculo sartório, seguida de pinçamento bidigital dos excessos de pele a serem ressecados. A área adquiriu a forma de um amplo fuso, com o limite superior na proximidade da espinha ilíaca anterossuperior e a extremidade inferior variável, até a tuberosidade interna da tíbia, de acordo com o volume de pele a ser ressecado (Figura 1).



**Figura 1** – Manobra bimanual para avaliação dos excessos cutâneos a serem ressecados em monobloco. O eixo maior da ressecção segue a linha de projeção do músculo sartório.

### Técnica Cirúrgica

Todos os pacientes foram operados em decúbito dorsal horizontal, sob anestesia epidural ou geral, com entubação endotraqueal e compressão profilática dos membros inferiores.

As ressecções foram padronizadas, em monobloco, com emprego de bisturi elétrico, em toda a área de demarcação prévia até o plano suprafascial, sem nenhuma dissecação cutânea extra ao longo e além das bordas incisadas. A sutura foi realizada com pontos isolados, fio absorvível e em três planos: polidioxanona (PDS) 2-0, no tecido celular subcutâneo; Monocryl 3-0, no derma; e Monocryl 4-0, no plano intracuticular.

Não foram utilizados drenos nem infiltração local com epinefrina. O tempo cirúrgico variou de uma hora a duas horas.

No mesmo ato operatório, todos os pacientes também foram submetidos a abdominoplastia, em dois deles combinada com braquioplastia.

### Cuidados Pós-Operatórios

No final da cirurgia, as linhas de sutura foram recobertas com fita adesiva porosa e os pacientes foram vestidos com cinta-calça elástica de compressão moderada até a metade superior das pernas.

Os pacientes iniciaram deambulação e receberam alta hospitalar após 24 horas, com orientação para banhos após esse período, sem necessidade de troca de curativo.

Antibioticoterapia foi instituída por 7 dias, usualmente com cefalosporina de primeira geração, e analgésicos não-esteroides foram prescritos de acordo com a necessidade.

Retornos ambulatoriais foram programados a cada 7 dias, durante as 3 primeiras semanas; na ausência de intercorrências, os pacientes foram liberados para atividades laborativas que não envolvessem esforços.

Todos os pacientes foram seguidos pelo período mínimo de 6 meses de pós-operatório.

### RESULTADOS

A cirurgia possibilitou significativa melhora do contorno interno das coxas, assim como da qualidade de vida de todos os pacientes.

Foram observados 4 casos de pequenas deiscências de sutura e 2 casos de linfocele na face medial no terço distal das coxas, solucionados em 3 semanas, mediante aspiração, compressão e antibioticoterapia. Essa ocorrência foi atribuída a dissecação cutânea mais profunda na face interna do joelho, cujo plexo linfático é mais superficial. A experiência adquirida com esse problema motivou a execução da ressecção cutânea mais superficial nos casos subsequentes.

Não foram observados hematoma, infecção ou distorções na genitália externa.

As Figuras 2 a 6 ilustram alguns pacientes operados.

### DISCUSSÃO

A preservação anatômica da área triangular superointerna da coxa junto à virilha é muito importante e não deve ser atingida cirurgicamente<sup>13,14</sup>. Outro detalhe é a inexistência de espaço morto causador de seroma, muito frequente nas cirurgias do contorno corporal<sup>15-18</sup>.

Em todos os casos operados, a ressecção em bloco dos excessos cutâneo-adiposos, sem dissecação das bordas, foi de fácil execução, com menor traumatismo nas regiões vizinhas e conseqüente redução do edema, além da diminuição dos riscos de tensão na sutura, minimizando a incidência de deiscências<sup>19-21</sup>.

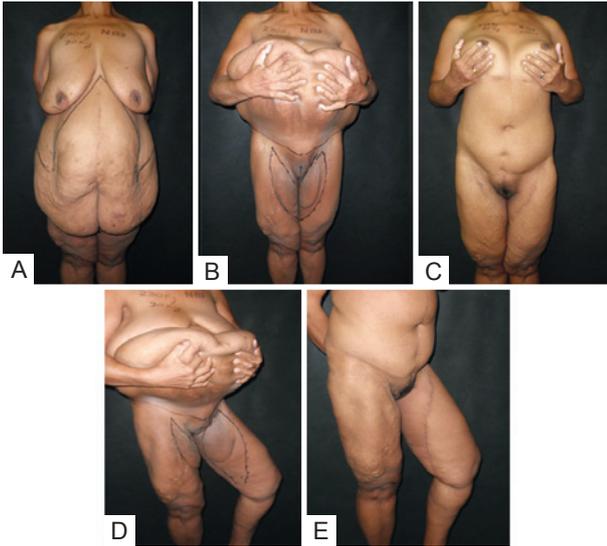
Deve-se ainda considerar que pacientes nas décadas mais avançadas, com problemas de flacidez somente, devem ser tratados e considerados de forma diversa daqueles que apresentaram grandes perdas ponderais<sup>22-24</sup>. Nesses pacientes,



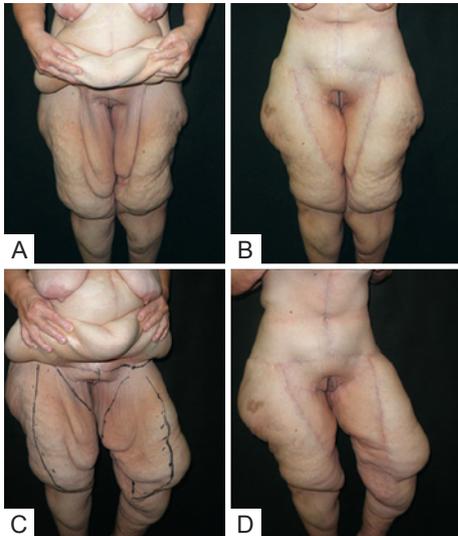
**Figura 2** – Ressecção cutânea em monobloco que atinge o plano aponeurótico, sem dissecação das bordas incisões.



**Figura 3** – Aspectos das linhas de sutura realizadas em três planos, posicionadas à distância da genitália externa sobre a projeção cutânea do músculo sartório, desde o terço externo da linha inguinal até a face interna do joelho. Transoperatório da abdominoplastia tipo “flor-de-lis” no mesmo operatório.



**Figura 4** – Em **A**, vista anterior de paciente ex-obesa mórbida, de 45 anos de idade, após perda de 140 kg em decorrência de cirurgia bariátrica, pesando 90 kg no ato operatório, apresentando grande avental cutâneo abdominal. Em **B**, coxas demarcadas para ressecção dos excessos cutâneos segundo “suave S”, pela técnica descrita. Em **C**, pós-operatório de dois anos, sem distorção da genitália externa. Redução mamária e abdominoplastia posteriores complementaram a corpoplastia. Em **D** e **E**, vista lateral das coxas, no pré e pós-operatório, respectivamente.



**Figura 5** – Em **A**, vista anterior de paciente com 69 anos de idade após perda de 94 kg em decorrência de cirurgia bariátrica, submetida a cirurgia das coxas pela técnica proposta, concomitantemente a abdominoplastia, com o peso de 88 kg. Em **B**, pós-operatório de 18 meses, sem alterações na posição das cicatrizes. Em **C** e **D**, vista lateral da coxas, no pré e pós-operatório, respectivamente, com nítida melhora do contorno interno das coxas e com as cicatrizes terminando abaixo da tuberosidade interna dos joelhos para a ressecção dos excessos cutâneos.



**Figura 6** – Paciente do sexo masculino, após perda de 96 kg em decorrência de cirurgia bariátrica. Aos 94 kg foi submetido a coxoplastia e abdominoplastia no mesmo tempo operatório. Em **A**, **B** e **C**, vista anterior no pré-operatório, e 6 meses e 13 meses de pós-operatório. Em **D**, **E** e **F**, vista lateral no pré-operatório, e 6 meses e 13 meses de pós-operatório.

as ressecções sob a forma de fuso transversal ao longo do sulco inguinal, ressecção fusiforme vertical ao longo da face interna da coxa ou, ainda, em forma de L, apesar da sutura da fáscia superficial na fáscia de Colles<sup>25</sup>, apresentam limitações e imperfeições estéticas. As mais frequentes imperfeições estéticas são: alargamento da linha de sutura; migração da posição da cicatriz pela tração caudal; dismorfia da genitália externa, em pacientes do sexo feminino; além de resultado nem sempre satisfatório, pelo limitado volume ressecado.

A ressecção em L<sup>26</sup>, apesar dos bons resultados estéticos, posicionando a cicatriz na região inguinal e face interna da coxa, pode estar associada a problemas secundários, como deiscência de sutura, deslocamento caudal da cicatriz inguinal, distorção da vulva e lesão de vasos linfáticos.

A cicatriz, apesar de mais evidente nos terços superior e médio da face anterior da coxa, tem sido aceita e tolerada pelos pacientes pós-bariátricos, pelo fato de não apresentar alargamento tardio ou migração de sua posição inicial, de possibilitar melhor contorno das coxas e rápida recuperação pós-operatória, e de não ocasionar distorção da genitália externa a longo prazo.

## CONCLUSÕES

A coxoplastia oblíqua é especificamente indicada em pacientes que apresentaram grandes perdas ponderais após cirurgia bariátrica, com grande flacidez de pele, combinada ou não com tecido adiposo.

Essa técnica determina uma cicatriz ao longo de toda a projeção cutânea do músculo sartório, podendo ou não estar alongada até o terço superior interno da perna, mantendo a integridade anatômica da região superointerna das coxas. A ressecção é realizada em monobloco, sem deixar espaço morto, e a cicatriz não sofre descolamento de sua posição inicial nem alargamento significativo, que exija retoques ulteriores. Determina melhor contorno das coxas e não causa distorções secundárias na genitália externa de pacientes do sexo feminino. Sua localização anterior e transversalmente posicionada nas coxas tem sido aceita por esses tipos de paciente.

## REFERÊNCIAS

1. Shermak MA, Mallalieu J, Chang D. Does thighplasty for upper thigh laxity after massive weight loss require a vertical incision? *Aesthet Surg J*. 2009;29(6):513-22.
2. Lockwood T. Lower body lift with superficial fascial system suspension. *Plast Reconstr Surg*. 1993;92(6):1112-25.
3. Schultz RC, Feinberg LA. Medial thigh lift. *Ann Plast Surg*. 1979;2(5):404-10.
4. Lewis Jr JR. The thigh lift. *J Int Coll Surg*. 1957;27(3):330-4.
5. Planas J. The "crural meloplasty" for lifting of the thighs. *Clin Plast Surg*. 1975;2:495-503.
6. Lockwood TE. Fascial anchoring technique in medial thigh lifts. *Plast Reconstr Surg*. 1988;82(2):299-304.
7. Colles A. A treatise on surgical anatomy: anatomy of the perineum. Dublin: Gilbert and Hodges; 1811.
8. Baroudi R, Moraes M. Philosophy, technical principles, selection, and indication in body contouring surgery. *Aesthetic Plast Surg*. 1991;15(1):1-18.
9. Lockwood TE. Lower-body lift. *Aesthet Surg J*. 2001;21(4):355-70.
10. Lockwood TE. Maximizing aesthetics in lateral-tension abdominoplasty and body lifts. *Clin Plast Surg*. 2004;31(4):523-37.
11. Hurwitz DJ, Zewert T. Body contouring surgery in the bariatric surgical patient. *Oper Tech Plast Reconstr Surg*. 2002;8:87-95.
12. Hurwitz DJ. Single-staged total body lift after massive weight loss. *Ann Plast Surg*. 2004;52(5):435-41.
13. Kenkel JM, Eaves FF 3rd. Medial thigh lift. *Plast Reconstr Surg*. 2008;122(2):621-2.
14. Leitner DW, Sherwood RC. Inguinal lymphocele as a complication of thighplasty. *Plast Reconstr Surg*. 1983;72(6):878-81.
15. Aly AS, Cram AE, Chao M, Pang J, McKeon M. Belt lipectomy for circumferential truncal excess: the University of Iowa experience. *Plast Reconstr Surg*. 2003;111(1):398-413.
16. Nemerofsky RB, Oliak DA, Capella JF. Body lift: an account of 200 consecutive cases in the massive weight loss patient. *Plast Reconstr Surg*. 2006;117(2):414-30.
17. Shermak MA, Chang D, Magnuson TH, Schweitzer MA. An outcomes analysis of patients undergoing body contouring surgery after massive weight loss. *Plast Reconstr Surg*. 2006;118(4):1026-31.
18. Taylor J, Shermak M. Body contouring following massive weight loss. *Obst Surg*. 2004;14(8):1080-5.
19. Arthus ZM, Cuadrado D, Sohn V, Wolcott K, Lesperance K, Carter P, et al. Post-bariatric panniculectomy: pre-panniculectomy body mass index impacts the complication profile. *Am J Surg*. 2007;193(5):567-70.
20. Kim J, Stevenson TR. Abdominoplasty, liposuction of the flanks, and obesity: analyzing risk factors for seroma formation. *Plast Reconstr Surg*. 2006;117(3):773-81.
21. Kuroi K, Shimozuma K, Taguchi T, Imai H, Yamashiro H, Ohsumi S, et al. Evidence-based risk factors for seroma formation in breast surgery. *Jpn J Clin Oncol*. 2006;36(4):197-206.
22. Lockwood TE. Superficial fascial system (SFS) of the trunk and extremities: a new concept. *Plast Reconstr Surg*. 1991;87(6):1009-18.
23. Illouz YG, De Villers. *Body sculpturing by lipoplasty*. New York: Churchill Livingstone; 1989.
24. Lewis Jr JR. Correction of ptosis of the thighs: the thigh lift. *Plast Reconstr Surg*. 1966;37(6):494-8.
25. Mathes DW, Kenkel JM. Current concepts in medial thighplasty. *Clin Plast Surg*. 2008;35(1):151-63.
26. Hurwitz DJ. Medial thighplasty. *Aesthet Surg J*. 2005;25(2):180-91.

### Correspondência para:

Carlos Del Pino Roxo  
Av. Ayrton Senna, 1.850 – sala 352 – Barra da Tijuca – Rio de Janeiro, RJ, Brasil – CEP 22631-390  
E-mail: drcroxo@rjnet.com.br