

Perfuração intestinal e fascíte necrotizante após lipoaspiração abdominal. Relato de caso e revisão da literatura - 23/02/2007

Lipoaspiração é um dos procedimentos mais usualmente solicitados aos cirurgiões plásticos. Lipoaspiração do contorno abdominal é considerado um procedimento seguro, com baixa incidência de *complicações sistêmicas e locais*, especialmente para aquelas sem indicação prévia de abdominoplastia.

Entretanto a maioria das complicações são tão antigas quanto o procedimento em si. O primeiro registro de uma lipoaspiração e também de uma complicação maior foi reportado por Dujarrier, quando uma lipoaspiração feita por ele em 1920 resultou em danos às veias femorais, sendo necessário uma amputação do membro. Desde então aprimoramentos nas técnicas e no material utilizado têm permitido com que este procedimento seja seguro.

Três grandes estudos da lipoaspiração tem sido conduzidas pela *American Society of Plastic and Reconstructive Surgeons*. O primeiro estudo publicado em 1985 envolvendo 107 cirurgiões que realizaram 1249 lipoaspirações de 2261 áreas anatômicas não registraram quaisquer maiores complicações. Duas mortes e dois casos não fatais de embolia foram descobertos depois da conclusão do estudo. O segundo estudo, publicado em 1989 envolvendo 935 cirurgiões os quais realizaram 75591 lipoaspirações registraram duas mortes atribuídas à embolia gordurosa e tromboembolismo pulmonar. Estes dois estudos subestimaram a real incidência da maioria das complicações porque a participação era voluntária, envolvendo somente profissionais autorizados e presumivelmente cirurgiões plásticos experientes.

O terceiro principal estudo avaliou a incidência de resultados letais depois da lipoaspiração. Todos os 1200 membros ativos da *American Society of Aesthetic Plastic Surgery* foram contactados por fax ou via correio considerando casos de mortes depois da lipoaspiração. Responderam 917 (dos 1200) cirurgiões reportando que 95 tiveram registros fatais entre 496.245 lipoaspirações. **Com base neste censo a taxa de mortalidade era na ordem de 1 em cada 5.224 cirurgias ou ainda 19.1 para 100.000.** A embolia pulmonar respondeu pela maioria dos casos fatais (23,4% +- 2.6%). Perfuração de vísceras abdominais (14,6%), anestesia/ medicação relacionada a esta (10%) e embolia gordurosa (8,5%), estavam entre outras causas importantes das mortes. Razões desconhecidas ou confidenciais contribuíram com 28,5% das mortes indicadas neste estudo.

A maioria das complicações documentadas depois da lipoaspiração incluíam embolia pulmonar gordurosa, choque hipovolêmico, toxicidade por xilocaína em lipos tumescentes, perfuração da cavidade abdominal ou torácica com perfuração das vísceras e fascíte necrotizante. Pacientes com risco maior de perfuração abdominal em lipoaspirações incluem aqueles com hérnias umbilicais e ventrais, pacientes que já se submeteram à cirurgia abdominal e àqueles com má cicatrização devido a terapia crônica com corticóides ou quimioterapia. É mais fácil observar hérnia ventral em um paciente obeso com adiposidade maciça e contorno corporal disforme. A parede abdominal é mais fácil de ser penetrada com a lipoaspiração ultrasônica.

É desconhecida a incidência de fascíte necrotizante depois de lipoaspiração. Têm sido descritos raríssimos casos de fascíte necrotizante sem perfuração intestinal depois da lipoaspiração. Um caso de fascíte necrotizante com possibilidade de atribuição a perfuração intestinal depois da lipoaspiração foi registrado por Barillo *et al* em 1997. Também naquele caso nenhum diagnóstico

pôde ser feito até a primeira consulta pós-operatória após 7 dias, e a paciente foi a óbito 25 dias após a cirurgia.

Os fatores de risco para fascíte necrotizante incluem neoplasias malignas intra-abdominais, idade acima de 50 anos, diabetes, imunossupressão, uso de álcool e drogas, doenças vasculares e alimentação errada, porém não é excluída a possibilidade da ocorrência em pacientes jovens e saudáveis. A incidência de fascíte necrotizante é de 0,4 para cada 100.000 habitantes.

Clinicamente, a fascíte necrotizante aparece seguida de eritema e edema. Após isso, devido ao comprometimento da passagem do sangue na pele, pode progredir para cianose, formação de bolhas e gangrena. A extensão da gangrena na pele no nível facial é bem maior do que na superfície da pele. No início existe grande intolerância à dor, sendo esta uma importante pista para o diagnóstico precoce da doença. A principal ferramenta para o diagnóstico é a exploração cirúrgica. O achado patognomônico é uma coloração cinzenta do tecido subcutâneo que se encontra edematoso e friável à pressão digital. A taxa de mortes varia entre 12,5% e 76%, dependendo da velocidade do diagnóstico e da terapia utilizada. Bilton *et al*, registraram uma taxa de mortalidade de 38% em pacientes com demora no tratamento, quando comparadas com 4,2% após imediata intervenção cirúrgica. Para casos nos quais a fascíte necrotizante não é tratada com cirurgia radical, as taxas de mortalidade chegam perto de 100%. Os pacientes morrem por complicações sépticas e falência múltipla dos órgãos.

A lipoaspiração é considerada um procedimento seguro e eficaz. Ainda, pode ser raramente associada a complicações cirúrgicas maiores, entre estas perfuração da parede abdominal com dano visceral. Se não diagnosticada precocemente, tais complicações estão associadas a uma alta taxa de mortalidade. Qualquer morte relacionada a algum procedimento estético é motivo de discussão. Os casos descritos registram a importância das reclamações pós-operatórias dos pacientes, as quais requerem atenção imediata. Se o curso pós-operatório encontra-se com algum transtorno, todas as possibilidades de complicação devem ser examinadas exaustivamente. A prevenção de tais complicações através de um bom acompanhamento pré-operatório, o qual pode incluir ultrassonografia ou tomografia computadorizada, é necessária para os pacientes de alto risco. Um atencioso acompanhamento pós-operatório garante um diagnóstico precoce de tais situações de tal forma que o cirurgião deve ser conhecedor das complicações da perfuração intestinal e fascíte necrotizante após a lipoaspiração.

Fonte: Sharma, D.; Dalencourt, G.; Bitterly, T.; Benotti, P. *Aesth. Plast. Surg.* 30:712-716, 2006