



RESUMO EXPANDIDO

LIPO BRAQUIOPLASTIA EM L: ABORDAGEM PRÁTICA E SEGURA NO TRATAMENTO POS-BARIÁTRICO***L-SHAPED LIPO BRACHIOPLASTY: A PRACTICAL AND SAFE APPROACH IN POST-BARIATRIC TREATMENT***

Tamyris Bertola¹
Leonardo Getulio Piovesan²
Guilherme Verona Echer³
Matheus Ferreira Simões⁴
José Paulo Tapie Barbosa⁵
Zulmar Accioli de Vasconcellos⁶

RESUMO

A braquioplastia é um procedimento amplamente realizado em pacientes após grande perda ponderal, sendo a flacidez braquial uma das principais queixas no pós-operatório bariátrico. A técnica clássica envolve a ressecção em bloco do excesso dermogorduroso, o que pode ocasionar complicações como seromas e alargamento cicatricial. A lipo braquioplastia em L, com desepidermização do excedente cutâneo, surge como alternativa segura, com menor morbidade e melhora na definição do contorno. Este trabalho visa descrever a técnica em L associada à lipoaspiração, demonstrar sua aplicação em pacientes operados em um hospital no sul do Brasil e discutir os resultados obtidos, comparando-os com a literatura. A técnica mostrou-se reprodutível, com baixo índice de complicações e bom resultado estético, especialmente em pacientes com lipodistrofia residual. A desepidermização, ao preservar estruturas vasculares e linfáticas, é um diferencial que contribui para maior segurança e previsibilidade do procedimento.

Descritores: Cirurgia plástica. Cirurgia bariátrica. Lipoaspiração.

ABSTRACT

Brachioplasty is a widely performed procedure in patients after massive weight loss, with upper arm skin laxity being a common complaint in the post-bariatric period. The classical technique involves en bloc resection of dermal-fat excess, which may lead to complications such as seromas and widened scars. The L-shaped lipobrachioplasty, with de-epidermization of the cutaneous redundancy, emerges as a safe alternative, offering lower morbidity and better contouring. This study aims to describe the L technique associated with liposuction, demonstrate its application in patients operated in a hospital in the south of Brazil and discuss the outcomes, comparing them with the medical literature. The technique proved reproducible, with a low complication rate and satisfactory aesthetic results,

¹ Residente de Cirurgia Plástica. Serviço de Cirurgia Plástica e Queimados Hospital Universitário HU/UFSC. Florianópolis SC, Brasil. Email: tamyris_bertola@hotmail.com

² Residente de Cirurgia Plástica. Serviço de Cirurgia Plástica e Queimados Hospital Universitário HU/UFSC. Florianópolis SC, Brasil. Email: leopiovesan@hotmail.com

³ Residente de Cirurgia Plástica. Serviço de Cirurgia Plástica e Queimados Hospital Universitário HU/UFSC. Florianópolis SC, Brasil. Email: guiverona7@hotmail.com

⁴ Residente de Cirurgia Plástica. Serviço de Cirurgia Plástica e Queimados Hospital Universitário HU/UFSC. Florianópolis SC, Brasil. Email: fs-matheus@hotmail.com

⁵ Membro Especialista. Preceptor do Serviço de Cirurgia Plástica e Queimados Hospital Universitário HU/UFSC. Florianópolis SC, Brasil. Email: jptapie@hotmail.com

⁶ Membro Titular SBCP. Professor Titular da Universidade Federal de Santa Catarina. Regente do Serviço de Cirurgia Plástica e Queimados Hospital Universitário HU/UFSC. Florianópolis SC, Brasil. Email: zulmar.accioli@gmail.com



especially in patients with residual lipodystrophy. De-epidermization, by preserving vascular and lymphatic structures, enhance the safety and predictability of the procedure.

Keywords: *Plastic surgery. Bariatric surgery. Liposuction*

INTRODUÇÃO

A braquioplastia, também conhecida como lifting braquial, é uma cirurgia consagrada no tratamento da flacidez dos membros superiores, principalmente em pacientes que sofreram grande perda ponderal após cirurgia bariátrica. Nestes casos, o excesso de pele e gordura na região medial dos braços causa não apenas desconforto estético, mas também funcional, afetando a qualidade de vida dos pacientes¹. Historicamente, as técnicas de braquioplastia evoluíram desde abordagens limitadas à axila até incisões mais extensas ao longo da face medial do braço². A técnica tradicional envolve a ressecção em bloco do tecido dermogorduroso excedente, promovendo retirada completa da pele e gordura da área marcada. Apesar de eficaz, esta abordagem está associada a complicações como seroma, deiscência, sofrimento de bordas e alargamento cicatricial³. Como alternativa, técnicas que utilizam a desepidermização do excesso cutâneo vêm sendo descritas como estratégias menos traumáticas, com menor morbidade e melhor adaptação da espessura do retalho ao leito receptor⁴. A preservação da derme e da rede vascular e linfática subjacente permite melhor integração dos tecidos e menor risco de coleções ou necrose⁵. A técnica em L, por sua vez, tem como diferencial o prolongamento da incisão até a região do epicôndilo medial, adaptando-se melhor à distribuição do excesso cutâneo e ao vetor de tração necessário para reposicionamento da pele nos grandes ex-obesos. Ao ser associada à lipoaspiração, potencializa-se o resultado estético e facilita-se a mobilização da pele⁶. Dessa forma, torna-se relevante avaliar a segurança, aplicabilidade e reprodutibilidade da lipo braquioplastia em L com desepidermização, especialmente na população com perda ponderal expressiva, que representa uma demanda crescente nos consultórios de cirurgia plástica.

OBJETIVO

Descrever a técnica de lipo braquioplastia em L com desepidermização, aplicada em pacientes com flacidez braquial após perda ponderal significativa, e analisar as complicações associadas, comparando os achados com dados da literatura médica.

MÉTODO

Trata-se de um estudo retrospectivo descritivo, baseado em análise de prontuários de pacientes submetidos à cirurgia de lipo braquioplastia em L entre janeiro de 2020 e março de 2025, operados pela equipe de Residência Médica em Cirurgia Plástica do Hospital Universitário UFSC, orientados



por um mesmo cirurgião-chefe, com técnica padronizada. Foram incluídos pacientes com antecedentes de perda ponderal significativa após cirurgia bariátrica, com estabilidade ponderal há pelo menos 12 meses, que apresentavam flacidez braquial grau II ou III e estavam clinicamente aptos à cirurgia eletiva. A marcação cirúrgica é realizada com o paciente em posição ortostática e membros superiores abduzidos a 90°, sendo traçada uma linha em L, iniciando na região axilar e estendendo-se até a região do epicôndilo medial do úmero. Após a anestesia, a paciente permanece em decúbito dorsal com os membros superiores abduzidos (imagem 1). É realizada infiltração com solução tumescente (soro fisiológico e adrenalina 1:500.000) seguido de lipoaspiração em camada subcutânea profunda com cânulas de 3 mm. Realiza-se então desepidermizada com bisturi frio da área previamente demarcada, preservando o tecido dérmico subjacente. A síntese era realizada por planos, com pontos simples de nylon para compensação dos bordos, pontos separados na hipoderme e intradérmico com monocryl 3-0. Curativo compressivo com enfaixamento elástico era mantido por 30 dias. O seguimento ambulatorial foi feito por 12 meses, registrando-se complicações precoces (seroma, deiscência, hematoma, infecção) e tardias (alargamento cicatricial, disestesia, assimetria). As variáveis analisadas incluíram idade, IMC, volume aspirado, tipo e número de complicações. As complicações foram categorizadas em leves (deiscência pequena, seroma, cicatriz hipertrófica) e moderadas (granuloma, necessidade de reintervenção ambulatorial). Os dados foram organizados e tabulados em planilhas do Excel e analisados de forma descritiva. As complicações foram comparadas com percentuais descritos na literatura.

RESULTADOS

Foram avaliados oito pacientes submetidos à lipo braquioplastia em L no período de junho de 2021 a março de 2025. A idade média dos pacientes foi de 44,25 anos, e o IMC médio pré-operatório foi de 31,75 kg/m². O volume médio aspirado durante o procedimento foi de 1.100 ml, sendo 400 ml o total mínimo aspirado e 2000 ml o total máximo. As complicações observadas incluíram deiscência leve a moderada na região axilar (4 casos), seroma com necessidade de punção (2 casos), cicatriz hipertrófica (1 caso) e granuloma de folículo piloso (1 caso) (imagem 2), sendo que este caso demandou reintervenção cirúrgica para excisão de retração cicatricial. Houve resolução espontânea ou com tratamento ambulatorial na maioria dos casos. Pacientes com IMC ≥ 32 apresentaram maior incidência e gravidade de complicações.



DISCUSSÃO

Os achados do presente estudo reforçam a segurança da lipo braquioplastia com desepidermização como alternativa à ressecção em bloco. A técnica em L, ao seguir o vetor de tração da pele e preservar a derme, proporciona bons resultados estéticos e menor taxa de complicações, conforme sugerido por Salles e Ferreira⁴. Na análise individualizada, observou-se que os pacientes com IMC mais elevado apresentaram mais complicações, em linha com os dados da literatura. A revisão sistemática de Aljerian et al.⁷ identificou incidência de seroma de 5,91%, deiscência em 6,81% e cicatriz hipertrófica em 9,9%. Os resultados aqui observados foram semelhantes, com taxas discretamente superiores atribuídas ao número reduzido de casos. Outro ponto relevante foi a ausência de complicações graves, como necrose extensa ou linfedema, o que pode ser atribuído à preservação das estruturas linfáticas durante a desepidermização, também destacada como vantajosa por Sisti et al.⁸. Além disso, complicações como infecção, necrose de pele e lesões nervosas são descritas na literatura como eventos importantes em braquioplastias. Estudos como o de Shermak et al.¹⁰ indicam infecções em até 3% dos casos e necroses em 2,6%. Já Sisti et al.⁸ relataram dano a nervos cutâneos com incidência de até 1,5%, podendo ocasionar parestesias ou dor neuropática prolongada. A ausência dessas complicações na presente casuística representa um achado clínico relevante e reflete a segurança da técnica descrita. O uso da lipoaspiração para retirada do excedente de tecido subcutâneo e a preservação da derme parecem desempenhar papel protetor na integridade neurovascular. Comparações com estudos clássicos (Pitanguy⁵, Hurwitz⁶) e recentes reforçam a reprodutibilidade da técnica. A não ocorrência dessas complicações graves fortalece a proposta da lipo braquioplastia em L com desepidermização como abordagem segura no contexto pós-bariátrico.

CONCLUSÃO

A técnica de lipo braquioplastia em L com desepidermização oferece bons resultados pós-operatórios e mostra-se segura, eficaz e reprodutível em pacientes pós-bariátricos. O IMC elevado foi associado a maior risco de complicações, sendo fator importante na avaliação pré-operatória.

REFERÊNCIAS

1. Aly AS, Cram AE, Chao M, Pang J. Brachioplasty in the massive weight loss patient. *Clin Plast Surg*. 2008;35(1):141–7.
2. Lockwood T. Brachioplasty with superficial fascial system suspension. *Plast Reconstr Surg*. 1995;96(4):912–20.
3. Knoetgen J 3rd, Moran SL. Long-term outcomes and complications associated with brachioplasty. *Plast Reconstr Surg*. 2006;117(1):221–5.
4. Salles AG, Ferreira MC. Braquioplastia com preservação da derme: nova abordagem cirúrgica. *Rev Bras Cir Plást*. 2010;25(2):309–15.



5. Pitanguy I. Aesthetic surgery of the body after massive weight loss. *Aesthetic Plast Surg.* 1975;17(1):49–61.
6. Hurwitz DJ. Single-stage body contouring with the lower body lift. *Plast Reconstr Surg.* 2004;114(6):1609–20.
7. Aljerian A, Abi-Rafeh J, Ramirez-GarciaLuna J, et al. Complications in Brachioplasty: A Systematic Review and Meta-Analysis. *Plast Reconstr Surg.* 2022;149(1):83–94.
8. Sisti A, Cuomo R, Milonia L, et al. Complications associated with brachioplasty: a literature review. *Acta Biomed.* 2017;88(4):393–402.
9. Guerrerosantos J. Brachioplasty: an approach to the upper arm. *Aesthetic Plast Surg.* 1996;20(2):141–5.
10. Shermak MA. Aesthetic refinements in body contouring in the massive weight loss patient: Part 2. *Arms. Plast Reconstr Surg.* 2014;134(5):726e–35e.

FIGURAS



Figura 1 - Marcação pré operatória



Figura 2 - Granulomas de folículo piloso



Figura 3 - Pós operatório evidenciando bom aspecto da cicatriz

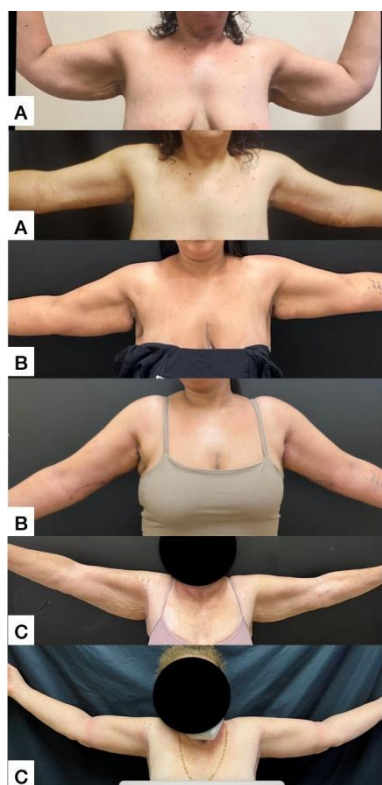


Figura 4 - Resultados pós-operatórios de três pacientes. De cima para baixo: primeira foto paciente A pré-operatório, segunda foto paciente A pós-operatório, terceira foto paciente B pré-operatório, quarta foto paciente B pós-operatório, quinta foto paciente C pré-operatório e sexta foto paciente C pós-operatório.



Figura 5 - Imagem superior esquerda: visão posterior: cicatrizes inaparentes com membros superiores em posição de repouso. Imagem superior direita: cicatrizes visíveis com a pronação dos membros. Imagem inferior esquerda: vista anterior: cicatrizes inaparentes em posição de repouso. Imagem inferior direita: posição da cicatriz à abdução dos membros.