

Coxoplastia médio-posterior em S: uma nova técnica com melhor ocultação da cicatriz

Medial-posterior Thighplasty in S: A New Technique with Better Scar Concealment

Alexandre Melo dos Santos¹  Gustavo Moreira Souza² 

¹ Cirurgia Plástica, Origen, Belo Horizonte, MG, Brasil

² Cirurgia Plástica, Hospital Felício Rocho, Belo Horizonte, MG, Brasil

Endereço para correspondência Alexandre Melo dos Santos, Rua dos Aimorés, 462/418, Funcionário, Belo Horizonte, MG, Brasil (e-mail: plasticabhz@gmail.com).

Rev Bras Cir Plást 2024;39(4):s00451801846.

Resumo

Palavras-chave

- ▶ tecido adiposo
 - ▶ cirurgia bariátrica
 - ▶ coxoplastia medial
 - ▶ cirurgia plástica
 - ▶ cirurgia pós-bariátrica
 - ▶ gordura subcutânea
 - ▶ retalhos cirúrgicos
 - ▶ coxa
 - ▶ coxoplastia
 - ▶ perda de peso
- #### Descritores
- ▶ medicina bariátrica
 - ▶ procedimentos de cirurgia plástica
 - ▶ redução de peso
 - ▶ gordura subcutânea
 - ▶ perna (membro)

O objetivo dos autores é apresentar uma nova técnica de coxoplastia que resolva o desconforto e estigma associados a cicatrizes na virilha ou outras regiões anteriores do corpo após coxoplastias convencionais.

O estudo apresenta um relato de caso de uma técnica de coxoplastia realizada em pacientes pós-bariátricas submetidas a intenso emagrecimento, por meio de ressecção de pele em S realizada na região pósteromedial da coxa, sem cicatriz na parte anterior do corpo. As pacientes não apresentaram complicações pós-operatórias e apresentaram cicatrizes discretas. Além disso, a técnica consegue uma grande redução do excesso de pele, em múltiplos vetores, melhorando o contorno corporal.

A técnica envolve o posicionamento inédito da cicatriz em forma de S nos sulcos subglúteos e posteromediais das coxas, sem cicatriz anterior na virilha, melhorando significativamente o ocultamento da cicatriz. Permite também não ter angulações na linha de sutura, melhor distribuição das trações cutâneas, menor chance de deiscência da ferida, ao mesmo tempo em que permite a ressecção de grandes quantidades de excesso de pele nas direções longitudinal e transversal, com tração em múltiplos vetores.

A técnica de coxoplastia apresentada é um procedimento inovador, inédito, que permite um melhor ocultamento da cicatriz e provável menor incidência de complicações devido à melhor distribuição da tensão cicatricial.

recebido
14 de maio de 2024
aceito
29 de setembro de 2024

DOI <https://doi.org/10.1055/s-0045-1801846>.
ISSN 2177-1235.

© 2025. The Author(s).

This is an open access article published by Thieme under the terms of the Creative Commons Attribution 4.0 International License, permitting copying and reproduction so long as the original work is given appropriate credit (<https://creativecommons.org/licenses/by/4.0/>).

Thieme Revinter Publicações Ltda., Rua do Matoso 170, Rio de Janeiro, RJ, CEP 20270-135, Brazil

Abstract Keywords

- adipose tissue
- bariatric surgery
- medial coxoplasty
- plastic surgery
- post-bariatric surgery
- subcutaneous fat
- surgical flaps
- thigh
- coxoplasty
- weight loss

Headings

- bariatric medicine
- surgery
- plastic
- weight loss
- fat substitutes
- lower extremity

The authors objective is to present a new technique of coxoplasty that resolves the discomfort and stigma associated with scars in the groin or other anterior regions of the body after conventional coxoplasties. The study presents a case report of a technique of coxoplasty performed in post-bariatric patients submitted to intense slimming, by means of skin resection in S performed in the postero-medial region of the thigh, without scar on the anterior part of the body. The patients did not present postoperative complications and presented discrete scars. In addition, the technique achieves a large reduction of excess skin, in multiple vectors, improving the body contour.

The technique involves the unprecedented positioning of the S-shaped scar in the sub-gluteal and posteromedial grooves of the thighs, without anterior scar in the groin, significantly improving the concealment of the scar. It also allows not to have angulations in the suture line, better distribution of cutaneous tracings, less chance of wound dehiscence, while allowing resection of large amounts of excess skin in longitudinal and transverse directions, with multi-vector traction.

The technique of coxoplasty presented is an innovative, unprecedented procedure that allows a better concealment of the scar and probably lower incidence of complications due to the better distribution of the cicatricial tension.

Introdução

Com o aumento da incidência global de obesidade, um grande número de pacientes é submetido à cirurgia bariátrica que leva ao excesso de pele e tecidos moles e diminuição do tônus da pele.¹ O excesso de gordura e o acúmulo de pele muitas vezes levam a desconforto social, lesões locais na pele devido ao atrito entre as coxas, dificuldades de locomoção e incômodos na vida sexual e autoestima dos pacientes.¹

A coxoplastia foi descrita pela primeira vez por Lewis² em 1957 mas, em 1988, Lockwood et al³ revolucionaram a coxoplastia ao ancorar o retalho de pele na fáscia de Colles,⁴⁻⁶ o que permitiu uma maior estabilidade da cirurgia e

resultou em menos complicações.⁷ Le Louarn (2004) acrescentou a importância da lipoaspiração radical antes da ressecção por avulsão para minimizar complicações linfáticas e reduzir edema e seroma.⁸

Diversas técnicas de ressecção do tecido adiposo subcutâneo da coxa descritas até agora envolvem técnicas de cicatriz em forma de J e T. Na verdade, a ressecção longitudinal está cada vez mais sendo usada para obter tração da pele em ambas as direções longitudinal e transversal.⁹⁻¹¹ No entanto, ainda produzem cicatrizes transversais anteriores na raiz da coxa e virilha, (→Fig. 1) que podem ser evidentes e estigmatizantes, principalmente na vida íntima. Assim,

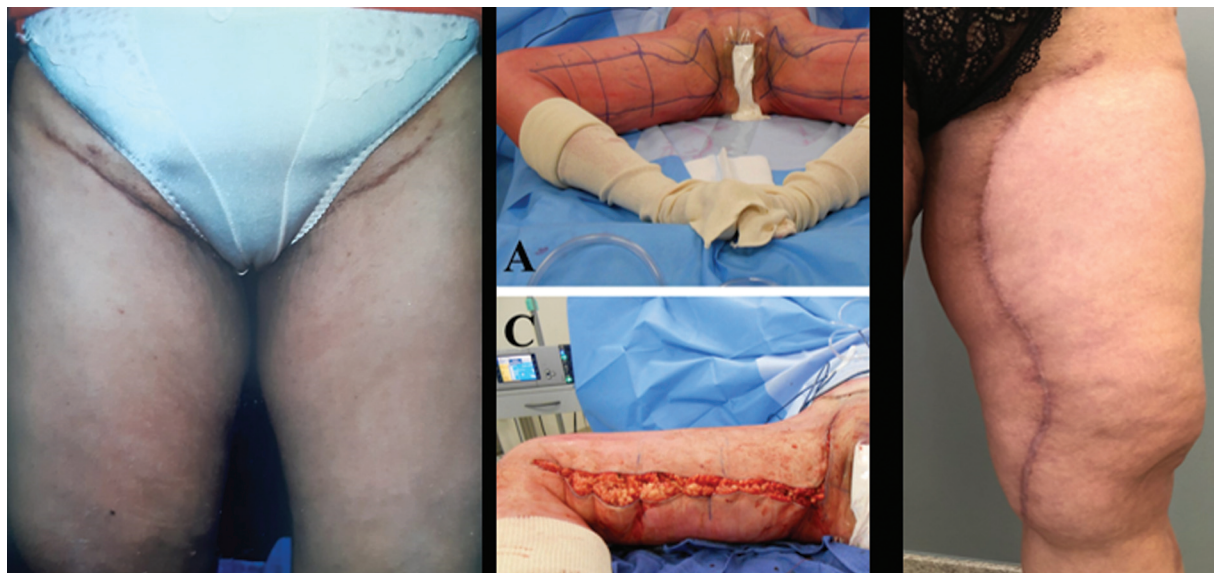


Fig. 1 Cicatrizes anteriores produzidas em técnicas de coxoplastia



Fig. 2 Marcação da ressecção de pele em preto e lipoaspiração em azul

apesar dos avanços alcançados com as técnicas atuais de coxoplastia, dois pontos permanecem sem solução: cicatriz anterior aparente na raiz da coxa e virilha, e deiscência de sutura frequente nos ângulos das cicatrizes.¹²

Objetivo

O presente estudo tem como objetivo descrever uma nova técnica de coxoplastia com ressecção de pele em forma de S colocada na região pósterio-medial da coxa com o objetivo de

tentar melhorar ainda mais os resultados estéticos da coxoplastia, por não produzir cicatriz anterior na virilha e não produzir cicatriz com ângulos, com intuito de reduzir a deiscência cicatricial.

Paciente e métodos

Critério de inclusão: pacientes maiores de 18 anos, submetidas a coxoplastia pós-bariátrica com perda ponderal maior ou igual a 30 kg e IMC abaixo de 30. As pacientes não apresentavam comorbidades nem fatores de risco. Elas leram e assinaram o termo de consentimento livre e esclarecido (TCLE) autorizando a cirurgia e a publicação dos dados para fins científicos.

Foi realizado a prevenção de trombose venosa profunda com Enoxiparina 40mg por 5 dias.

A coxoplastia com ressecções cutâneas em S foi realizada em pacientes do sexo feminino, uma de 44 anos, 77,5 kg, IMC 29,17, com perda ponderal de 30 kg. A outra de 39 anos, 70,60 kg, IMC 26,57, com perda ponderal de 30 kg, previamente submetidas à cirurgia bariátrica.

Utilizando um teste de pinça de manobra bi-digital, com invaginação dos tecidos, uma marcação S médio-posterior foi realizada na coxa com as pacientes em posição ortostática e conferidas em decúbito ventral. Essa marcação em S, a ser ressecada, foi definida com a parte transversal superior do S posicionada no sulco subglúteo, enquanto as incisões longitudinais e transversais da ressecção cutânea em S foram distribuídas por toda a coxa. (→ Fig. 2).

A cirurgia foi realizada com as pacientes em decúbito ventral.

Após a anestesia peridural, foi realizada lipoaspiração superficial e profunda das coxas com vibrolipoaspirador, de forma radical nas áreas que serão ressecadas.

As ressecções de pele foram realizadas por avulsão sem descolamento para preservação da circulação linfática. Com a ressecção por avulsão, a incidência de seroma, linfedema e hematoma tende a ser reduzida, pois preserva a circulação local.^{11,12} (→ Fig. 3).

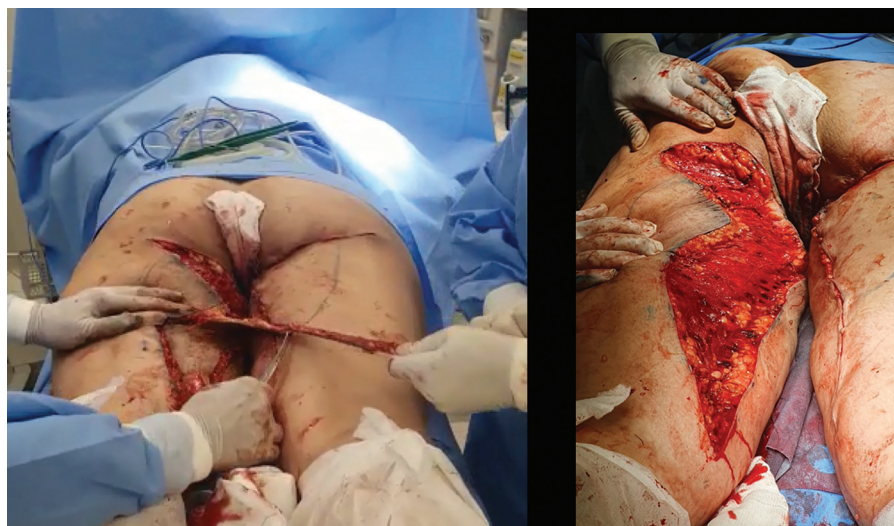


Fig. 3 Ressecção de pele por avulsão



Fig. 4 Pré e pós-operatório de seis meses de coxoplastia em S posterior



Fig. 5 Pré e pós-operatório de seis meses de coxoplastia em S posterior

Resultados

As cirurgias das duas pacientes demoraram 4 horas cada uma delas. As pacientes tiveram alta hospitalar no mesmo dia, deambulando normalmente. Os pontos foram retirados após duas semanas e elas foram acompanhadas no pós-operatório por seis meses. Elas seguiram os cuidados de não agachar por duas semanas e voltar às atividades físicas após um mês.

A técnica cirúrgica de coxoplastia posterior medial em S produziu considerável redução do excesso de pele, melhorando o contorno das coxas das pacientes. A ressecção médio-posterior em S evoluiu sem complicações incluindo deiscência de sutura. Além disso, a cicatriz resultante foi posicionada no sulco subglúteo, na região posterior do corpo e na região medial da coxa, formando uma cicatriz em forma de S médio-posterior, deixando a região anterior e a virilha sem cicatrizes. O melhor ocultamento da cicatriz e ausência de cicatriz anterior são a grande conquista dessa nova técnica, que pode favorecer uma potencial melhora na satisfação pessoal das pacientes e aumento do número de tratamento por uma provável maior aceitação das pacientes. (→Figs. 4 e 5).

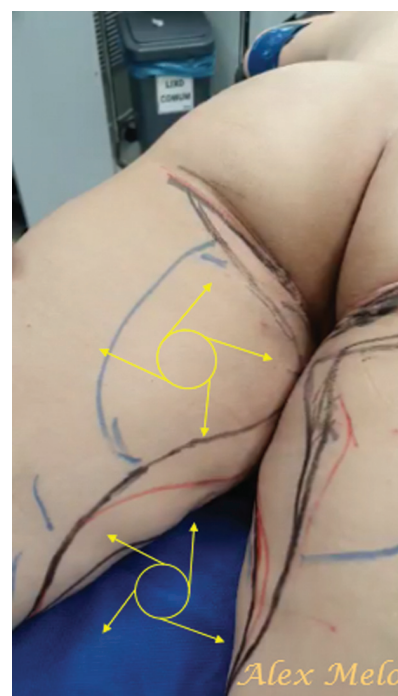


Fig. 6 Tração em múltiplos vetores



Fig. 7 Cicatriz médio posterior em S proposta pela técnica

Discussão

Apesar dos avanços na coxoplastia, as cicatrizes anteriores visíveis e o alto índice de deiscência da ferida permanecem sem solução.¹² A nova coxoplastia usando a ressecção de pele em forma de S aqui descrita remove grandes extensões de pele em excesso nos sentidos longitudinal e transversal, sem cicatrizes anteriores na virilha. Nos dois casos descritos pelos autores, não houve deiscência da ferida, provavelmente por fazer os ângulos em S, evitando retalhos com ângulos agudos mais propensos a isquemia e deiscência de sutura nesses ângulos.

Contraturas de cicatrização inelástica ocorrem frequentemente no componente longitudinal das cicatrizes "L" e "T" usadas em outras coxoplastias, muitas vezes levando a fibrose em uma dimensão linear e cicatrizes perceptíveis que podem restringir o movimento local (contratura). Ademais, são mais propensas a isquemia, maior carga de tensão, deiscência de sutura e necrose da pele. Essas consequências indesejáveis são menos prováveis de ocorrer quando uma ressecção de pele em forma de S é usada, pois ela não cria ângulos retos ou agudos. Além disso, a ressecção da pele com uma incisão em "S" na superfície cilíndrica da coxa remove simultaneamente os excessos de pele longitudinal e transversal ao longo da coxa em múltiplos vetores,¹³ sem a necessidade de um vetor específico separado em linha reta, passo muitas vezes necessário para o "T" e incisões em "L". (► Fig. 6).

A técnica proposta resolve o desconforto e as deficiências estéticas causadas pelas cicatrizes oriundas das coxoplastias convencionais. Como as cicatrizes decorrentes da nova técnica são posteriores e posicionadas nos sulcos sub-glúteos, ficam perfeitamente ocultas mesmo quando as coxas são abduzidas. Além disso, a técnica apresenta aparente menor risco de deiscência e retração da pele, pois as cicatrizes em "S" não apresentam ângulos. Ademais, a técnica tem o mesmo, ou até maior, potencial para remoção de grandes

quantidades de pele transversal e longitudinalmente. Por fim, permite uma melhor distribuição da tração da raiz da coxa até os joelhos. (► Figs. 7 e).

Conclusão

A técnica de coxoplastia aqui apresentada descreve um procedimento inovador e inédito com ressecção em S, sem angulações nas suturas e melhor distribuição da tensão cicatricial. Isso resulta em melhor ocultação das cicatrizes, que são colocadas no sulco subglúteo e medial da coxa. Além disso, a nova técnica tem o potencial de reduzir a chance de deiscência da ferida e permite a ressecção de pele extensa nas direções transversal e longitudinal, em múltiplos vetores.¹³

Esse relato de casos é o passo inicial para que nossos estudos possam comprovar cientificamente as virtudes apontadas por essa nova abordagem cirúrgica.

Contribuição dos Autores

AMD: Analysis and/or data interpretation, Conception and design study, Conceptualization, Data Curation, Final manuscript approval, Formal Analysis, Funding Acquisition, Investigation, Methodology, Project Administration, Realization of operations and/or trials, Resources, Software, Validation, Visualization, Writing - Original Draft Preparation, Writing - Review & Editing; GMS: Supervision.

Ensaios Clínicos

Não.

Financiamento

Os autores declaram que não receberam financiamento para esta pesquisa.

Conflito de Interesses

Os autores não têm conflitos de interesses a declarar.

Referências

- 1 Bertheuil N, Thienot S, Chaput B, Varin A, Watier E. Quality-of-Life assessment after medial thighplasty in patients following massive weight loss. *Plast Reconstr Surg* 2015;135(01):67e–73e
- 2 Lewis JR Jr. The thigh lift. *J Int Coll Surg* 1957;27(03):330–334
- 3 Lockwood TE. Fascial anchoring technique in medial thigh lifts. *Plast Reconstr Surg* 1988;82(02):299–304
- 4 Lockwood TE. Superficial fascial system (SFS) of the trunk and extremities: a new concept. *Plast Reconstr Surg* 1991;87(06):1009–1018
- 5 Lockwood TE. Transverse flank-thigh-buttock lift with superficial fascial suspension. *Plast Reconstr Surg* 1991;87(06):1019–1027
- 6 Fowler ME, Lockwood TE. Medial Thigh Lift Coupled with Liposuction Produces Results Patients Desire. *Plast Surg Nurs* 1988;8(04):146–149
- 7 Xie SM, Small K, Stark R, Constantine RS, Farkas JP, Kenkel JM. Personal Evolution in Thighplasty Techniques for Patients Following Massive Weight Loss. *Aesthet Surg J* 2017;37(10):1124–1135
- 8 Le Louarn C, Pascal JF. The concentric medial thigh lift. *Aesthetic Plast Surg* 2004;28(01):20–23
- 9 Armijo BS, Campbell CF, Rohrich RJ. Four-step medial thighplasty: refined and reproducible. *Plast Reconstr Surg* 2014;134(05):717e–725e
- 10 Labardi L, Gentile P, Gigliotti S, et al. Medial thighplasty: horizontal and vertical procedures after massive weight loss. *J Cutan Aesthet Surg* 2012;5(01):20–25
- 11 Hurwitz DJ. Medial thighplasty. *Aesthet Surg J* 2005;25(02):180–191
- 12 Gusenoff JA, Coon D, Nayar H, Kling RE, Rubin JP. Medial thigh lift in the massive weight loss population: outcomes and complications. *Plast Reconstr Surg* 2015;135(01):98–106
- 13 Fantozzi F. Brachial lifting using the balanced triple-vector (BTV) technique with dual opposing flaps. *Eur J Plast Surg* 2014;37(02):95–102