

ASPECTOS GERAIS DA MANOBRA DESCONGESTIONANTE IMEDIATA APÓS LIPOASPIRAÇÃO TUMESCENTE: MANOBRA DE WELL

GENERAL ASPECTS OF THE IMMEDIATE MANEUVER TUMESCENT LAXATIVE AFTER LIPOSUCTION: WELL MANEUVER

¹Gerson Carvalho Well, ²José Anselmo Lofêgo Filho, ³Eduardo Teixeira, ⁴Luciana França Oliveira, ⁵Elisabete Cristina, ⁶Fabio dos Santos Borges.

1 Fisioterapeuta, Especialista em Docência do Ensino Superior, docente da Universidade Veiga de Almeida.

2 Médico, Mestre em Medicina pela Universidade Federal do Rio de Janeiro- UFRJ. Docente da Universidade Veiga de Almeida.

3 Médico, Doutor em Cirurgia pela Universidade Federal do Rio de Janeiro- UFRJ. Coordenador do Curso de Pós-Graduação Lato sensu em Medicina e Cirurgia Plástica Estética da Universidade Veiga de Almeida. Docente da Universidade Unirio-RJ.

4 Médico, Membro Efetivo da Sociedade Brasileira de Dermatologia.

5 Tecnólogo em Estética , Cosmetologia e Docente do Senac .

6 Fisioterapeuta, Mestre em Ciências Pedagógicas, docente da Universidade Estácio de Sá-RJ .

RESUMO

A técnica de lipoaspiração tem passado por modificações ao longo dos últimos 40 anos. O aperfeiçoamento e inovação nos cuidados pós-operatórios também devem ser alvo de pesquisas. Em procedimento de lipoaspiração tumescente, pode-se adotar a drenagem aberta, onde os orifícios de introdução da cânula são deixados abertos para escoamento da solução líquida introduzida antes do procedimento cirúrgico. A manobra descongestionante de Well (MDW) aproveita estes orifícios abertos para potencializar o escoamento ainda no centro cirúrgico. Portanto, o objetivo deste estudo é descrever os aspectos gerais da manobra descongestionante de Well, assim como avaliar seus benefícios na recuperação dos pacientes no pós-operatório de lipoaspiração tumescente ainda no centro cirúrgico. Foi realizado um estudo experimental em 40 pacientes, com idades de 18 a 72 anos, submetidas à lipoaspiração tumescente de abdome, flancos e costas. Foi dividido em dois grupos equitativos, denominados G1 e G2. O G1 foi submetido à manobra descongestionante (MDW) e o G2, grupo controle, não foi submetida a qualquer procedimento similar. Ambos foram encaminhados para o tratamento ambulatorial de pós-operatório entre o 2º e 3º dia. Os parâmetros utilizados para avaliação dos benefícios da MDW se constituíram da análise do tempo de resolução do quadro algico, do período do retorno das atividades de vida diárias e do uso da cinta, e da quantidade de sessões de tratamento necessárias para a recuperação após a cirurgia. Verificamos que, no grupo tratado com a MDW, houve

redução do quadro algíco de forma significativa assim como no tempo de uso da cinta, no número de sessões de tratamento, e no retorno às atividades de vida diária. Concluímos que os efeitos proporcionados àqueles que se submeteram a MDW pós-lipoaspiração tumescente foram de valia para uma recuperação acelerada em comparação àqueles que não se submeteram a manobra.

Palavras-chave: Drenagem, Lipoaspiração, Manobra, Tumescente, Well.

ABSTRACT

The lipoaspiration technique has gone through changes throughout the last 40 years. The improvement and innovation in post-operative care must be the object of research, as well. The purpose of this study was to evaluate the benefits promoted by depleting maneuvers carried out upon completion of abdomen and back lipoaspiration, still in the surgical ward. The article describes the technique developed by the authors and the criteria used in result evaluation. It was concluded that the removal of liquid stored in the subcutaneous compartment immediately after lipoaspiration reflects on patient post-operative recovery, both at an early and a later phase.

Key-words: Dranaige, liposuction, Maneuver, Tumescent, Well

INTRODUÇÃO

Em 1977, Ives-Gerard Illouz desenvolveu o que se pode denominar “lipoaspiração clássica”, combinando a infiltração de líquido no compartimento gorduroso a ser aspirado com o uso de cânulas especiais com alto poder de sucção¹. A técnica difundida por Illouz vem sofrendo modificações ao longo do tempo. Estas modificações visam facilitar o ato cirúrgico e melhorar os resultados obtidos, além de trazer segurança e conforto para o paciente^{2,3}.

Duas evoluções da técnica original favoreceram os pacientes no pós-operatório. A primeira, foi a utilização da solução de Klein para anestesia tumescente que, graças à ação vasoconstrictora da adrenalina, reduziu consideravelmente as hemorragias induzidas pelo trauma e, conseqüentemente, equimoses, inflamação e edema³. Outra foi a redução no calibre das cânulas que, além de minimizar o traumatismo tecidual, possibilitou que o segmento aspirado se tornasse mais homogêneo⁴.

Segundo Klein⁵, um fundamento que deve ser abandonado pelos praticantes da lipoaspiração é a sutura dos orifícios cutâneos no término da

cirurgia. Estes orifícios, quando deixados abertos, possibilitam o escoamento da solução anestésica tingida de sangue, reduzindo, assim, a formação de edema, caracterizando verdadeira drenagem aberta.

O autor relatou, ainda, que outro conceito a ser revisto é o uso prolongado das cintas modeladoras de alta compressão, a partir do 5º dia de pós-operatório. A alta compressão não aumenta o fluxo linfático. Ao contrário, pode promover obstrução linfática, exacerbando o edema.

A Manobra Descongestionante de Well (MDW) caracteriza-se por expurgar imediatamente os resíduos retidos na região operada, após lipoaspiração tumescente ainda no centro cirúrgico, bem como avaliar seus benefícios na recuperação pós-operatória destes pacientes.

Apesar do crescimento explosivo do número de lipoaspirações ocorrido nos últimos anos e do surgimento de diversas técnicas fisioterápicas indicadas na recuperação destes pacientes, poucos são trabalhos científicos disponíveis na literatura. Relatando manobras fisioterapêuticas no pós de lipoaspiração tumescente.

MATERIAL E MÉTODOS

Foi realizado estudo experimental em 40 pacientes do sexo feminino (18 a 72 anos), submetidos à lipoaspiração de abdômen, flancos e costas. A amostra foi dividida de forma aleatória em dois grupos de 205 pacientes, denominados grupo 1 (G1) e grupo 2 (G2). O G1 foi submetido à manobra descongestionante preconizada pelos autores e encaminhado para o ambulatório entre o 2º e o 3º dia de pós-operatório. Os pacientes do G2, grupo controle, não foram submetidos à manobra descongestionante, sendo encaminhados exclusivamente para tratamento de pós-operatório, entre o 2º e 3º dia do pós-operatório. O tratamento de ambos os grupos foi padronizado consistindo de argiloterapia com óleos essenciais, ultra-som de 3MHz, drenagem linfática manual, vacuoterapia e carboxiterapia.

Os parâmetros utilizados para avaliação dos benefícios da manobra descongestionante foram os seguintes:

A - Quadro algico. Uma escala numérica de classificação da intensidade da dor ⁶, foi submetida aos pacientes dos 2 grupos, na primeira sessão de tratamento de pós operatório. O paciente foi informado sobre a necessidade de classificar sua dor em notas variando de 0 a 10, de acordo com a intensidade da sensação. A nota zero corresponderia à ausência de dor, enquanto a nota 10 à maior intensidade imaginável (Tabela1).

CLASSIFICAÇÃO DA DOR

()	Zero(0)	Ausência de dor
()	Um a três (1 a 3)	Dor de fraca intensidade
()	Quatro a seis (4 a 6)	Dor de intensidade moderada
()	Sete a Nove (7 a 9)	Dor de forte intensidade
()	Dez (10)	Dor de intensidade insuportável

Tabela 1. Tabela de Classificação de dor ⁶.

B - Retorno às atividades de vida diária (AVDs).

Foi solicitado aos pacientes dos 2 grupos que informassem em qual dia de pós-operatório sentiu-se apto a retornar às suas atividades diárias. Uma tabela de classificação foi criada para avaliar o período do retorno (Tabela 2).

CLASSIFICAÇÃO DO RETORNO ÀS AVDs

Precoce	Quando dentro de 3 dias
Normal	De 4 a 7 dias
Prolongado	Maior que 8 dias

Tabela 2. Tabela de Classificação do retorno das AVDs

C - Quantidade de sessões de tratamento pós-operatório, necessárias para a recuperação dos pacientes

D – Uso da cinta modeladora. Buscamos avaliar a quantidade de dias de utilização da cinta modeladora no pós-operatório.

Descrição da técnica

Após a finalização da cirurgia, com o paciente em decúbito dorsal ou ventral, refaz-se a antissepsia da região com solução degermante a base de iodo (Povidine®), que também propicia melhor deslizamento manual (figura 1). Em casos de alergia a iodo recomenda-se a utilização de clorexidina degermante.

Como rotina, inicia-se o descongestionamento com o paciente em decúbito dorsal. O tempo necessário para a completa execução das manobras descongestionantes oscila entre 20 e 30 minutos, dependendo da área lipoaspirada.



Figura 1 – Antissepsia

Manobra 1 - A primeira manobra tem como ponto de partida a cicatriz umbilical. Inicia-se a manobra com as duas mãos espalmadas, posicionadas ao nível da cicatriz umbilical, fazendo movimentos deslizantes das mãos, pressionando suavemente os dedos no sentido crânio-caudal, mantendo a pressão das mãos sobre a pele.. Desliza-se o tecido da cicatriz umbilical em direção aos orifícios da introdução da cânula cirúrgica, situados na região supra púbica. A pressão dos dedos sobre a pele deve aumentar para moderada, quando o carreamento dos resíduos estiver próximo dos orifícios da introdução da cânula. (Figuras 2a, 2b, 2c)



Figura 2a – Início da manobra na cicatriz umbilical



Figura 2b – Deslizamento em direção aos orifícios da cânula



Figura 2c – Aumento da pressão ao termino da manobra
(próximo ao orifício da cânula)

Manobra 2 - Para o descongestionamento pelos acessos laterais, o paciente deve manter-se ainda em decúbito dorsal. As mãos do terapeuta deverão ser posicionadas da seguinte forma: mão espalmada, iniciando a manobra e realizando movimentos ondulares simultâneos, direcionando o conteúdo subcutâneo dos flancos tanto para o orifício supra-púbico, quanto para aquele situado próximo à crista ilíaca ipsilateral (Figuras 3)



Figura 3 - Movimentos ondulares simultâneos
direcionando o conteúdo do flanco para o orifício
próximo a crista ilíaca (notar expulsão de
substância sanguinolenta)

Manobra 3 - Realizar o mesmo procedimento da manobra nº. 2, com o paciente em decúbito lateral. Direciona-se o resíduo contido nas regiões infra-umbilical e flanco para o orifício localizado próximo à crista ilíaca, bilateralmente. (Figura 4).



Figura 4 – Paciente em decúbito lateral direcionando o resíduo para o orifício localizado na Crista Ilíaca

Manobra 4 - Posicionando o paciente em decúbito ventral e por meio dos mesmos movimentos manuais descritos anteriormente, promove-se o descongestionamento da região lombo-sacra pelos orifícios circunvizinhos. (Figura 5).



Figura 5 –Retirada do resíduo pelos orifício na região do Lombo-sacra (Notar a expulsão de substância sanguinolenta)

Quando houver resíduo retido acima da cicatriz umbilical, pode ser evacuado pelos orifícios localizados no sulco submamário, quando existirem.

RESULTADOS

Dos 40 pacientes que iniciaram o estudo, todos responderam às perguntas, não havendo redução da amostra inicialmente programada. Os resultados foram sintetizados nas tabelas 1 e 2.

Grupo 1	Quadro algico no 1º dia de tratamento no ambulatório	Retorno as AVD's	Sessões pós-operatórias	Uso da cinta (dias)
Paciente 01	3	precoce	10	14
Paciente 02	3	precoce	10	14
Paciente 03	3	precoce	10	14
Paciente 04	2	precoce	10	14
Paciente 05	4	normal	12	16
Paciente 06	3	precoce	10	14
Paciente 07	3	precoce	10	14
Paciente 08	3	precoce	10	14
Paciente 09	3	precoce	10	14
Paciente 10	3	precoce	10	14
Paciente 11	2	precoce	10	14
Paciente 12	4	normal	12	16
Paciente 13	3	precoce	10	14
Paciente 14	2	precoce	10	14
Paciente 15	3	precoce	12	18
Paciente 16	2	precoce	10	14
Paciente 17	3	precoce	12	14
Paciente 18	3	precoce	12	15
Paciente 19	2	precoce	10	14
Paciente 20	1	precoce	10	14

Tabela 1 Grupo submetido à manobra descongestionante preconizada pelos autores. (Grupo 1)

Grupo 2	Quadro álgico no 1º dia de tratamento no ambatório	Retorno as AVD's	Sessões pós- operatórias	Uso da cinta (dias)
Paciente 01	4	normal	12	21
Paciente 02	5	normal	12	21
Paciente 03	5	normal	15	21
Paciente 04	7	prolongado	15	21
Paciente 05	7	prolongado	15	21
Paciente 06	6	normal	12	21
Paciente 07	8	prolongado	15	21
Paciente 08	4	normal	15	21
Paciente 09	5	normal	15	21
Paciente 10	4	normal	15	21
Paciente 11	8	prolongado	15	21
Paciente 12	6	normal	15	21
Paciente 13	7	normal	15	21
Paciente 14	8	prolongado	15	21
Paciente 15	5	normal	12	21
Paciente 16	5	normal	15	21
Paciente 17	6	normal	15	21
Paciente 18	6	normal	15	21
Paciente 19	7	prolongado	15	21
Paciente 20	6	normal	15	21

Tabela 2 Grupo não submetido à manobra descongestionante. (Grupo2,controle)

DISCUSSÃO

Os fatores que mais produzem edema, inflamação e dor no pós-operatório de uma lipoaspiração são a solução residual sanguinolenta e o tecido adiposo traumatizado e/ou necrosado, não aspirado. Depois da lipoaspiração tumescente, o fluído residual subcutâneo contém excesso de macromoléculas osmoticamente ativa. Estas macromoléculas não podem ser absorvidas em função do rompimento generalizado dos capilares linfáticos subcutâneos, e

permanecem dentro da ferida subcutânea. Em função do gradiente osmótico, ocorre difusão ainda maior de fluido do espaço intravascular para dentro da ferida subcutânea. O efeito clínico deste meio hipertônico e persistente é um insidioso e prolongado edema linfático⁵.

Diante disso é preconizado com a Manobra Descongestionante de Well (MDW) o expurgo imediato dos resíduos acima-citados para acelerar a recuperação no pós-operatório. E a validade disso ficou evidenciada nos nossos resultados, onde houve menor incidência de dor nos pós operatório imediato, menor tempo para retorno às AVD's, menor numero de sessões de tratamento no pós-operatório e menor tempo de uso da cinta em cerca de 80% dos pacientes tratados com a MDW.

Na tentativa de minimizar a formação do edema após a lipoaspiração, muitos cirurgiões abandonaram a realização de sutura nos orifícios criados para acessar a gordura. As incisões são deixadas abertas, promovendo um escoamento do fluido serohemático, caracterizando uma verdadeira drenagem aberta⁵.

A manobra descongestionante de Well segue o mesmo princípio, cujo objetivo é reduzir a presença de líquido e detritos celulares retidos no espaço, outrora preenchido pela gordura subcutânea. Manobra com o mesmo intuito já foi descrita anteriormente, E a Técnica de Pizzaiolo⁷, onde o tecido é comprimido com o próprio instrumental cirúrgico (cânula de lipoaspiração). Esta técnica consiste no deslizamento da cânula de lipoaspiração sobre a pele da área aspirada, visando detectar ondulações não vistas a olho nu. A pressão externa exercida sobre o tecido aspirado, útil no refinamento da lipoaspiração, acaba por evacuar parte do líquido retido no subcutâneo. No entanto, esta manobra costuma ser feita por tempo exíguo, proporcionando uma evacuação mais eficaz dos líquidos e resíduos.

Ambas as técnicas ajudam a reduzir a resposta inflamatória tecidual, a dor e o edema característicos do pós-operatório da lipoaspiração. A Manobra de Well, quando comparada à de Pizzaiollo, conta com duas grandes vantagens. A primeira se deve à manipulação direta do tecido, enquanto a técnica de Well apropria-se da sensibilidade tátil digital, como recurso adicional para maior eliminação do resíduo aprisionado. A segunda vantagem da técnica de Well se refere ao tempo de execução das manobras, que varia de 20 a 30 minutos, de acordo com o número de regiões lipoaspiradas.

Segundo Altomare & Machado⁸ no pós-operatório de uma lipoaspiração podemos observar seromas, equimoses, hematomas e edema tecidual intenso, que cederá entre 18 a 21 dias com tratamento adequado.

. Verificamos em nossa prática clinica que a Manobra de Well contribui para a redução da intensidade do edema tecidual e dor do pós-operatório, e não encontramos nenhum caso de seroma. Com técnica adequada de tratamento os sinais e sintomas cederam entre 14 a 18 dias.

Segundo alguns autores^{8,9,10,11}, a utilização da utilizam cinta compressiva no pós-operatório compreende um período de 1 a 3 meses, entretanto Com a

manobra de Well reduzimos esse tempo de utilização foi reduzido para 14 a 21 dias.

Há relatos de que inicia-se o tratamento pós-operatório é iniciado após uma semana de cirurgia¹², em nossa prática clínica iniciamos o tratamento pós-operatório em um período de 24 a 48 horas quando associamos a MDW.

CONCLUSÃO

Quando bem indicada, a cirurgia tem o seu melhor resultado associado, principalmente, a dois fatores: técnica cirúrgica adequada e cuidados pós-operatórios. Os cuidados pós-operatórios minimizam o edema e o desconforto do paciente, acelerando seu retorno às atividades de vida diária.

A Manobra de Well, caracterizada pela remoção do líquido armazenado no compartimento subcutâneo, instantaneamente após a lipoaspiração tumescente, reflete na evolução pós-operatória do paciente, tanto na fase precoce quanto tardia. Essa manobra descongestionante imediata elimina, além da solução anestésica, células sanguíneas e fragmentos do tecido adiposo traumatizado e necrosado, tornando a resposta inflamatória no local menos exuberante.

Concluimos que a Manobra descongestionante de Well obteve um excelente resultado em todos os aspectos que o estudo se propôs a avaliar e acelerou ainda mais a recuperação dos pacientes. E em virtude inovador da manobra, não deveriam ter a sua importância desprezada ao término da cirurgia, a atuação de um fisioterapeuta ou mesmo de um profissional da área de saúde, capacitado para atuar com a equipe médica no centro cirúrgico, pode acelerar a recuperação do paciente e contribuir para que um melhor resultado estético seja alcançado em cirurgia de lipoaspiração tumescente.

Nota do autor: Os fisioterapeutas e médicos que tiveram a oportunidade de ouvir o relato da técnica e alguns comentários sobre os resultados que vinham sendo obtidos, mostraram-se entusiasmados com o caráter inovador desta modalidade terapêutica. Propuseram que a técnica fosse batizada como “Manobra Descongestionante de Well”, e que os critérios instituídos para avaliação dos benefícios proporcionados por ela fossem denominados “Critérios de Avaliação de Well”. Conscientes que o objetivo exclusivo dessa pesquisa é o avanço da ciência, que traz consigo, saúde e bem estar aos pacientes, não nos constrange o uso destes epônimos.

REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS

- 1- Illouz YG. Body contouring by lipolysis: a 5 years experience with over 3000 cases. *Plast Reconstr Surg* 1983; p.72-511.
- 2- Gasparotti M. Superficial liposuction: a new application of the technique for aged and flaccid skin. *Aesthetic Plast Surg*. 1992 Spring;16(2): p.141-53.
- 3- Klein J. Tumescent technique for local anesthesia improves safety in large volume liposuction. *Plast Reconst Surg* 1993; p.92-1085.
- 4- Collins P. Selection and utilization of liposuction cannulas. *J Dermatol Surg Oncol* 1988; p.14-1139.
- 5- Klein JA. Postliposuction Care: Open Drainage and Bimodal Compression. In: *Tumescent Technique Tumescent Anesthesia and Microcannular Liposuction*. St. Louis: Mosby; 2000. p. 281-293.
- 6- Quadro Escala de Dor
<http://www.drashirleydecampos.com.br/noticias/14098>
- 7- Souza Pinto EB, Erazo PJ, Muniz AC, Abdalla PCSP. Técnica Cirúrgica. In: De Souza Pinto EB. *Lipoaspiração Superficial*. Rio de Janeiro: Revinter; 1999. p. 59-92.
- 8 - Altomare M, Machado B. Cirurgia Plástica: terapêutica pré e pós. In Borges FS. *Modalidade Terapêutica nas Disfunções Estéticas*. São Paulo: Phorte, 2006, p. 413-57.
- 9- Pereira, LH, Santana KP, Sabatovich O, Picanço R. Lipoaspiração. In: Franco Talita. *Princípios de Cirurgia Plástica*. Rio de Janeiro: Atheneu, 2002. p. 841-54.
- 10- Castro I. *O Guia da Cirurgia Plástica*. São Paulo: O Nome da Rosa, 2002, p.p.
- 11- Toledo, Luis S. *Lipoplastia*. São Paulo: Ed. Santos, 2007: p. 77-90
- 12 – Mauad, Raul (Organizador). *Estética e Cirurgia Plástica*. Ed.Senac São Paulo: 2000 p: 15-32