Plástica Paulista
Janeiro/ Fevereiro/ Março
2017 Ano 16 - Nº 62

A JUDICIALIZAÇÃO DA MEDICINA TEM AFETADO CADA VEZ MAIS O CIRURGIÃO PLÁSTICO. AJUSTE DE EXPECTATIVAS E ALERTA SOBRE OS RISCOS DO PROCEDIMENTO PODEM APLACAR O AVANÇO DESSE FENÔMENO

Responsabilidade civil

1. Lanigan S. An Observational Study of a 24 mg/ml Hyaruronic Acid with Pre-Incorpored Lidocaine for Lip Definition and Enhancement. J. Cosmet. Dermatol. 2011; 10(1): 11-4. 2. Pinsky MA, Thomas JA, Murphy DK, Walker PS. JUVÉDERM® Injectable Gel: A Multicenter, Double-Blind, Randomized Study of Safety and Effectiveness. Aesthet. Surg. J. 2008Jan-Feb; 28(1): 17-23. 3. Allemann IB, Baumann L. Hyaluronic Acid Gel (JUVÉDERM®) Preparations in the Treatment of Facial Wrinkles and Folds. Clin. Interv. Aging 2008; 3(4): 629-634. 4. Eccleston D, Murphy DK. JUVÉDERM® VOLBELLA® in the Perioral Area: A 12-Month Prospective, Multicenter, Open-Label Study. Clinical Cosmetic and Investigational Dermatology 2012; 5: 167-172. 5. Carruthers J, Carruthers A, Tezel A, Kraemer J, Craik L. Volumizing with a 20 mg/ml mooth, Highly Cohesive, Viscous Hyaluronic Acid Filler and Its Role in Facial Rejuvenation Therapy. Dermatol. Surg. 2010; 36: 1886-1892. 6. Shumate G et al. Volumizing and Moldability Characteristics of Crosslinked Hyaluronic Acid Fillers. Presented at the American Society for Dermatologic Surgery (ASDS), October 3-6, 2013, Chicago, USA. 7. Raspaldo H et al. How to Achieve Synergy Between Volume Replacement and Filling Products for Global Facial Rejuvenation. J. Cosmet. Laser Ther. 2011; 13(2): 77-86. Os produtos da linha JUVÉDERM® estão registrados na ANVISA sob os números 80143600081, 80143600089 e 80143600090.

Novo fôlego para o Brasil

DIVULGAÇÃO

Dr. André Cervantes e Dr. Pedro Soler Coltro

O início de 2017 tem trazido notícias mais favoráveis para a conjuntura político-econômica do País, reforçando as esperanças de recuperação da prestação de serviços. Nesse contexto, espera-se uma reversão da baixa demanda de pacientes que a maioria de nós experimentou nos últimos dois anos, quando a crise esteve mais severa. É um novo fôlego para o País, que requer novo fôlego para o cirurgião plástico.

Por isso, esta edição da PLÁSTICA PAULISTA traz uma série de matérias com foco na qualificação científica do cirurgião. Além disso, como tema central, essa edição discorre sobre a responsabilidade civil do cirurgião plástico e a judicialização da medicina. Pacientes insatisfeitos com os resultados obtidos em cirurgias plásticas têm recorrido, com frequência, ao Poder Judiciário por meio de ações de cunho indenizatório.

A matéria de capa também aborda os procedimentos e condutas que devem ser adotados para minimizar a insatisfação do paciente durante a prática da profissão, e como agir em casos de ações na Justiça. Alguns dados interessantes sobre o assunto são que mais de 70% dos médicos processados se encontram na quinta década de vida e na terceira década de atividade profissional e que 38% dos autores das ações são homens.

Gostaríamos de agradecer a valiosa colaboração de Alexandre Kataoka, Raul Canal e Dênis Calazans que nos auxiliaram no preparo dessa matéria tão importante para nossa atuação cotidiana.

O tema escolhido da seção de Cirurgia Estética foi o linfoma de células grandes anaplásico associado ao implante de mama, enquanto a seção de Cirurgia Reparadora traz uma matéria sobre o papel do biofilme na cicatrização de feridas crônicas.

Na sessão Segurança do Paciente, o professor de infectologia Rodrigo Santana discute o tema de infecção em implantes mamários.

Nas matérias especiais, o colega Eduardo Kanashiro preparou um resumo oportuno de mais um procedimento no rol da cirurgia plástica: a bichectomia. Inaugurando uma nova seção, tivemos o privilégio de contar com a colaboração do colega Juarez Avelar em um texto reflexivo sobre as influências que teve do professor Ivo Pitanguy.

As matérias contemplam informações de qualidade aos nossos associados, para que estejam cada vez mais preparados para os desafios profissionais do cotidiano. Veja também os próximos eventos científicos e os destaques da SBCP-SP na imprensa.

Boa leitura!

ANDRÉ CERVANTES &
PEDRO SOLER COLTRO
Editores – Revista Plástica Paulista

ALGUNS BENEFÍCIOS VOCÊ PRECISA VER. OUTROS APENAS SENTIR.

IMPLEO™
by NAGÔR®

Desenvolvido com o feedback de cirurgiões que pediam por implantes macios, mas com forma estável, a GC Aesthetics™, que também é dona da marca Eurosilicone, lança uma nova linha que quebra o paradigma atual das características que um implante mamário redondo deve possuir. Conheça IMPLEO™.

SiloGel Twist™

SiloGel Twist™ é o gel de grau médico altamente coesivo exclusivo, presente na linha de implantes IMPLEO™. Este gel proporciona uma combinação única de características:

- ☑ Virtualmente inquebrável
- ☑ Altamente coesivo
- ☑ Forma estável
- ☑ Macio

Eurosilicone Brasil
Al. Araguaia, 230,
Alphaville – Barueri – SP
06455-000, Brasil

+55 (11) 3525 3001
SAC 0800 6033525
vendas@eurosilicone.com.br

www.eurosilicone.com.br

Produto registrado na ANVISA sob o nº 80674930013.

/GCAestheticsBrasil

@GCAestheticsBrasil

@GCAestheticsBR

© Copyright 2016 Eurosilicone

GC Aesthetics™

Mensagem da Diretoria	6
Mensagem do DEC	7
Um Olhar Clínico	9
Matéria de Capa - Medicina e responsabilidade civil	10 a 17
Cirurgia Reconstrutiva	19 a 21
Cirurgia Estética e Cosmiatria	22 e 23
Medicina Baseada em Evidência	25
Matéria Especial I - Bichectomia	26 e 27
Curso de Residentes	29
Segurança do Paciente	30 e 31
Matéria Especial II - JP Cosmiatria	33
Matéria Especial III - Jornada Paulista	34 e 35
Plástica na Mídia	37
Eventos	38
Matéria Especial IV - In Memoriam	39

EXPEDIENTE

DIRETORIA

Dr. Luís Henrique Ishida
Presidente

Dr. Élvio Bueno Garcia
Secretário

Dr. Maurício da Silva Lorena de Oliveira
Tesoureiro

DIRETORIA EXECUTIVA NACIONAL

Dr. Luciano Chaves
Presidente

Dr. Dênis Calazans Loma
1º Vice-Presidente

Dr. Humberto Campos
2º Vice-Presidente

Dr. Níveo Steffen
Secretário Geral

Dr. Wilson Cintra Junior
Secretário Adjunto

Dr. José Octávio Gonçalves de Freitas
Tesoureiro Geral

REVISTA PLÁSTICA PAULISTA

Dr. André Cervantes
Dr. Pedro Soler Coltro
Editores

Bruno Folli – MTB – 44.278/SP
Jornalista Responsável

Daniel Lopes
Projeto Gráfico

Impressograf
Impressão
Tiragem: 2.100 exemplares

A Revista Plástica Paulista é uma publicação da
SOCIEDADE BRASILEIRA DE CIRURGIA PLÁSTICA – REGIONAL SÃO PAULO.

Rua Mato Grosso, 306 – cj. 916.
Higienópolis – São Paulo / SP
CEP: 01239-040

Telefone: (11) 3825-9685
Fax: (11) 3666-1635
www.sbcp-sp.org.br

O conteúdo dos artigos aqui publicados é de inteira responsabilidade de seus autores, não expressando, necessariamente, o pensamento da diretoria ou do corpo editorial.

As novas competências para formar um cirurgião plástico

Não sei se os senhores (as) já tiveram a curiosidade de folhear o currículo obrigatório da residência de cirurgia plástica. Trata-se de um compêndio que procura cobrir todas as facetas médicas/cirúrgicas de nossa especialidade. Porém, nem só de medicina vive o médico.

A tendência mais recente de mudança da educação médica é chamada de educação baseada em competências. Na medicina elas são oito:

1. **Cuidado do paciente**
2. **Conhecimento para a prática**
3. **Atualização e aperfeiçoamento baseado na prática**
4. **Capacitação interpessoal e comunicação**
5. **Profissionalismo**
6. **Prática baseada em sistemas**
7. **Colaboração interprofissional**
8. **Desenvolvimento pessoal e profissional**

Claramente, a mudança foi motivada por uma insatisfação com o padrão adotado na maioria dos serviços, no qual existe uma valorização do conhecimento (item 2) acima de quaisquer outras competências. Gestão administrativa e financeira (item 6), comunicação e marketing (item 4) e liderança (itens 4 e 7) são exemplos de áreas de aprendizado pouco estimuladas atualmente, porém de enorme relevância.

A responsabilidade civil do cirurgião plástico é, sem dúvida, um dos principais temas desconsiderado de nossa formação. Por isso, esta edição da revista Plástica Paulista traz este tema intrincado, porém, fundamental na estruturação do nosso exercício. Seu conhecimento deve aprimorar diversos aspectos do nosso dia a dia, tais como consulta médica, prontuário médico, termo de consentimento, cobrança, entre outros.

Um abraço e boa leitura,

DIRETORIA REGIONAL SP

DIVULGAÇÃO

Dr. Maurício Lorena, Dr. Luís Henrique Ishida e Dr. Élvio Bueno Garcia

Data	AGENDA DA DIRETORIA
23/09/16	**Reunião Diretoria durante Jornada de Santos:** - Calendário 2017 e Previsão Orçamentária.
14/10/16	**Reunião da Diretoria:** - Análise, decisões e elaboração de textos para divulgações dos eventos Cosmiatry e Jpi Catanduva; - Análise e Orçamento de Montadora JPc e JP 2017; - Visita técnica Centro de Eventos Pro Magno com Dr Antonio Carlos Vieira - SBCP para Candidatura Congresso Brasileiro.
28/10/16	**Reunião da Diretoria com:** - Comissão do DEC - pauta: Programação Científica JPc 2017 e JP 2017; - 02 Empresas expositoras para patrocínio JP 2017.
Durante 2 º Semestre	**Jornadas Regional SP:** Jpi Campinas, JPi Santos; Jpi Catanduva e 04 Módulos Cosmiatry ; Presença nos eventos Jornada Carioca e Congresso Brasileiro (com a Apresentação de candidatura da Cidade de São Paulo) .
23/11/16	**Reunião da Diretoria com:** - Análise, orçamento dos fornecedores do evento JPc; - Empresa expositora para patrocínio JP e JPc 2017.
30/11/16	**Reunião da Diretoria com:** - Análise, orçamento dos fornecedores do evento JPc; - Empresa expositora para patrocínio JP 2017.
09/12/16	**Reunião da Diretoria com:** - Comissão do DEC - pauta: Programação Científica JPc 2017 e JP 2017; - Fornecedor para Midias Sociais; - 02 Empresas expositoras para patrocínio JP e JPc 2017.
27/01/17	**Reunião da Diretoria com:** - Comissão do DEC - pauta: Programação Científica JPc 2017 e JP 2017 ; - Fornecedor de Midia Social; - 02 Empresas expositoras para patrocínio JP e JPc 2017.
03/02/17	**Reunião da Diretoria com:** - Comissão do DEC - pauta: Programação Científica JPc 2017 e JP 2017; - Análise, orçamento dos fornecedores para espaço para Happy Hour e Banda evento JPc;
17/02/17	**Reunião da Diretoria com:** - Comissão do DEC - pauta: Programação Científica JPc 2017 e JP 2017; - Fornecedor Local e Banda Festa JP2017.
03/03/17	Visita Técnica para Análise Espaço e Orçamento Festa JP 2017.

DIVULGAÇÃO

UMA AGENDA DE EVENTOS PARA NOS DIFERENCIAR

Cosmiatry: evento realizado em novembro passado

A diretoria científica da Sociedade Brasileira de Cirurgia Plástica – Regional São Paulo (SBCP-SP) acredita na importância de estar constantemente atualizada acerca das descobertas da área, por isso nos empenhamos em oferecer, em nossa grade de eventos, a oportunidade para debater casos, discutir novas técnicas e refletir sobre o papel do cirurgião plástico em suas diversas possibilidades de atuação. Acreditamos na importância da diferenciação.

Assim, cumprindo o nosso papel de organizar eventos científicos com grande qualidade, estamos bastante entusiasmados com o que acontecerá em 2017. Já tivemos a primeira Jornada do Interior, em Presidente Prudente, com a face como tema central e, em setembro, retornaremos ao oeste paulista, em Marília, para a segunda jornada, focada em procedimentos para as mamas.

No que se refere à educação continuada sobre cosmiatria iniciada em 2016, em meados de março ocorrerá a primeira Jornada Paulista de Cosmiatria, e os módulos finais do Cosmiatry acontecerão em agosto. A Jornada Paulista de Cirurgia Reconstrutiva este ano será realizada em Campinas, no fim de outubro.

A 37ª Jornada Paulista manterá o formato de discussão de casos (PBL). Teremos várias conferências proferidas por palestrantes de renome mundial, além da participação de dois convidados completamente envolvidos com o cenários atual do Brasil: Dr. Deltan Dellagnol (Procurador Federal responsável pela operação "Lava-Jato") e o famoso cronista e cineasta Arnaldo Jabor. Realmente imperdível!

Contamos com a participação de todos os associados!

Um grande abraco!

COMISSÃO DEC-SBCP/SP
Alexandre Munhoz
André Cervantes
Aneta Vassialidis
Carlos Koji
Daniel Gabas
Eduardo Montag

GALDERMA

Sculptra®

Estímulo do colágeno para uma aparência natural[2]

Bioestimulador de colágeno[1]

- Restaura a firmeza e sustentação da pele.[1]
- Melhora o contorno facial.[1]
- Suaviza os sinais de envelhecimento, melhorando a flacidez da pele.[1]

LONGA DURAÇÃO

RESULTADOS GRADUAIS E DURADOUROS POR ATÉ 25 MESES.[2]

1. Filho C, Santos, LicatiJuberto A, Cunha M *et al*. Ácido poli-L-láctico: um agente bioestimulador. Surg Cosmet Dermatol. 2013;5(4):345-50.
2. Fitzgerald R, Vleggaar D. Facial volume restoration of the aging face with poly-L-lactic acid. Dermatologic Therapy. Vol. 24, 2011, 2-27.

MP-MC-2016-01077 | Material destinado exclusivamente à classe médica. Proibida a reprodução.

SAC • VENDAS
0800-3376286

www.academiagalderma.com.br

O falecimento do Prof. Pitanguy deixou imensa lacuna em minha vida

POR DR. JUAREZ M. AVELAR

REPRODUÇÃO

Foi um raio divino que fez com que eu me aproximasse do Prof. Pitanguy. Em 1968, uma carta escrita pelo cirurgião plástico Dr. Demétrio Xavier (RS) me apresentou para fazer o curso de pós-graduação da PUC-Rio. Desde o meu ingresso naquela faculdade, atraía-me a biblioteca com o objetivo de estudar. Os autores dos livros despertavam a minha curiosidade e eu imaginava o meu próprio nome impresso nas capas, com destaque. Naquela faculdade, escrevi artigos científicos com o apoio dos professores e, ainda que cursando a pós-graduação, fui médico-residente na clinica Ivo Pitanguy entre 1970 e 1972. Nesse intervalo, participei como colaborador de numerosas publicações científicas. Concluída a especialização, por orientação do próprio Prof. Pitanguy, e munido de nove cartas de apresentação que ele me confiou, estagiei por um ano em importantes centros de cirurgia plástica, nos Estados Unidos e na Europa. Percurso que, curiosamente, fora semelhante ao que ele empreendera em 1950.

Nos Estados Unidos, fui fellowship dos Profs. Millard (Miami), Converse e Rees (Universidade de New York). Na Europa, o Prof. Pitanguy me orientou e sugeriu que eu fizesse estágios com os Profs. Paul Tessier, Claude Dufourmentel, Roger Mouly e Raoul Tubiana, em Paris. E com os Profs. Mattews, em Londres, e Mustardé, em Glasgow. O contato com renomados professores me fez ver que a minha formação profissional em nada devia àquela praticada naqueles centros internacionais. Ao iniciar minhas atividades – e animado pelo espírito empreendedor do Prof. Pitanguy – optei por trabalhar em São Paulo. Na cidade, dediquei grande parte de meu tempo em prol da divulgação científica em congressos e revistas nacionais e estrangeiras, atividades que derivam de minhas pesquisas e atividade cirúrgica. Sou autor de 19 livros sobre aspectos relevantes da cirurgia plástica e de outros campos da Medicina. Escrevi ainda uma publicação direcionada aos operadores do Direito. Minhas obras, publicadas pela Editora Springer (da Alemanha), uma das mais conceituadas em todos os campos da medicina, constam em português, espanhol e inglês.

Durante toda a minha trajetória profissional sempre contei com a participação do Prof. Ivo Pitanguy. Tive o privilégio de tê-lo primeiramente como mestre; depois, como parceiro insubstituível nos 44 congressos, jornadas, simpósios e cursos que organizei, coordenei e presidi. Ele sempre enriqueceu minhas obras, seja com belos prefácios ou contribuindo com capítulos inéditos. O falecimento do Prof. Pitanguy deixou imensa lacuna em minha vida – perdi o meu mestre e amigo querido. Prof. Pitanguy deixou escritos quatro prefácios para livros produzidos por mim e que estavam em fase de conclusão. Transcrevo abaixo a última mensagem elaborada por ele, em momentos finais de sua vida, quando no leito na UTI realizando hemodiálise para lhe assegurar mais alguns dias de convívio com seus entes queridos.

PREFÁCIO PARA LIVRO DO DR. JUAREZ AVELAR, BREAST SURGERY:

"Dr. Juarez Avelar, no tempo de sua formação em nosso curso de pós-graduação, demonstrava uma grande curiosidade por problemas difíceis, seja nas deformidades de orelha ou em outros casos.

A hipertrofia mamária é muito frequente em nosso meio, causando uma série de dissabores funcionais e demandando do cirurgião plástico uma abordagem que permita atingir resultados satisfatórios com mínima taxa de complicações.

Juarez percebeu e sentiu os benefícios das técnicas que fomos desenvolvendo, e neste livro pesquisou muitas outras, mas se inclinou para a técnica sem descolamentos, com delimitação do ponto "A", como elemento básico de marcação, e outros detalhes que ele demonstra com clareza no seu livro.

Esta obra estuda o progresso da cirurgia da mama, dando crédito a muitos autores que colaboraram para o desenvolvimento de diferentes abordagens, permitindo a correção das variadas deformidades da mama.

Este livro certamente merecerá apreciação dos cirurgiões plásticos que se dedicam ao contorno corporal, em particular à mamoplastia. Sobretudo pela sua abrangência, auxiliará a obter resultados bons sem muitas complicações.

Dou ao Dr. Juarez meus parabéns pela condução editorial desta importante obra.

Ivo Pitanguy"

OS DESAFIOS DO CIRURGIÃO PLÁSTICO CONTRA A CRESCENTE JUDICIALIZAÇÃO DA MEDICINA

A responsabilidade civil do médico – cirurgião plástico – é tema que tem suscitado calorosos debates em virtude dos reflexos sociais e jurídicos que podem advir de uma cirurgia plástica, intervenção que, frise-se, é cada vez mais procurada por pessoas de todas as idades, sexo e classes sociais. Pacientes insatisfeitos com os resultados obtidos em intervenções cirúrgicas desta natureza têm recorrido, com frequência, ao Poder Judiciário por meio de ações de cunho indenizatório. E o fazem quando enxergam que as expectativas em relação ao resultado final da cirurgia se transformaram em frustração.

Estima-se que de todos os procedimentos cirúrgicos, cerca de 1,7% evoluem para algum tipo de intercorrência ou evento desfavorável que vão de cicatrizes inestéticas até fenômenos mais graves como tromboembolismos e óbito. Segundo recente trabalho realizado pela Sociedade Brasileira de Direito Médico e Bioética (ANADEM), cerca de 26% dos cirurgiões plásticos no Brasil figuram em processos judiciais. Compilados na publicação *O pensamento jurisprudencial brasileiro no terceiro milênio sobre erro médico*, esse estudo, baseado em dados do STJ, mostra que, desde 2000, 462 recursos sobre erro médico e danos morais foram julgados por aquele órgão.

Dia após dia, é perceptível o crescente número de causas judiciais que pleiteiam valores astronômicos de indenização quando não se atinge o resultado cirúrgico desejado pelo paciente. Somente entre 2000 e 2012, cresceu 1.600% o número de recursos no Superior Tribunal de Justiça (STJ) decorrentes de ações indenizatórias em virtude de supostos erros médicos. "Mais de 70% dos médicos processados se encontram na quinta década de vida e na terceira década de atividade profissional", afirma Raul Canal, presidente da ANADEM. "Quanto maior a expertise, maior a tendência de negligenciar pequenas regras protocolares que o neófito certamente observaria."

Advogado que atua, entre outras áreas, no direito médico e na responsabilidade civil, Canal (leia entrevista dele à pág. 16) cita como um dos fatores que explicam o aumento do número de processos a perda do monopólio do conhecimento por parte do médico, a partir da democratização da informação patrocinada pelo surgimento da internet. "Esse paciente do século XXI não aceita mais ser o sujeito passivo na relação com seu médico. Ele quer ser partícipe do seu tratamento e, em parceria com o médico, compreender as hipóteses diagnósticas aplicadas à sua sintomatologia", diz. "Quer, sempre junto com o médico, escolher a melhor conduta terapêutica baseada no tripé custos, riscos e benefícios. Mais do que isso, esse paciente do século XXI não acredita mais na 'vontade de Deus' como justificativa para os resultados adversos."

Ocorre que o não alcance de tais resultados – de acordo com o cirurgião plástico Alexandre Kataoka, perito oficial do Instituto de Medicina Social e de Criminologia do Estado de São Paulo (Imesc) – encontra relação direta, na grande maioria dos casos, com características individuais do próprio paciente e não em decorrência de falha ou inaptidão do cirurgião. "Cite-se, a título de exemplo, que vultosa parcela dos processos judiciais se dá em casos envolvendo cicatrizes inestéticas, problemas relacionados a fatores intrínsecos do indivíduo/paciente. Ou seja, não haveria o que se falar em culpa do médico", explica ele.

No momento em que médico e paciente optam pela realização do procedimento cirúrgico, surge o contrato de prestação de serviço. "É nessa hora que o médico, no intuito de proteger-se contra eventual insatisfação de seus pacientes em relação ao resultado final da intervenção cirúrgica, deve adotar uma série de medidas", indica Kataoka. É importante frisar que, segundo entendimento recente do Superior Tribunal de Justiça, em 2015, a "cirurgia plástica estética é de fim". "Ora, de acordo com a citada decisão, nós, cirurgiões plásticos, temos que en-

O QUE PODE SER FEITO PARA AJUSTAR AS EXPECTATIVAS DOS PACIENTES? ELIMINAR A ILUSÃO DE RESULTADOS IRREAIS E ALERTAR PARA POSSÍVEIS COMPLICAÇÕES SÃO MEDIDAS FUNDAMENTAIS PARA A PROTEÇÃO JURÍDICA DO ESPECIALISTA

FOTOS: DIVULGAÇÃO

tregar aquilo que 'prometemos'. Não é demais lembrarmos da lição do advogado Arnaldo Rizzardo, membro da Academia Brasileira de Direito Civil (2009): 'Não se equipara o organismo humano a uma máquina submetida às leis da física e da mecânica, ou que obedece a mecanismos estanques e idênticos de cura, de cicatrização, de imunidade a agentes externos'", completa Kataoka.

Dr. Dênis Calazans

Dr. Alexandre Kataoka, perito oficial do Instituto de Medicina Social e de Criminologia do Estado de São Paulo (Imesc)

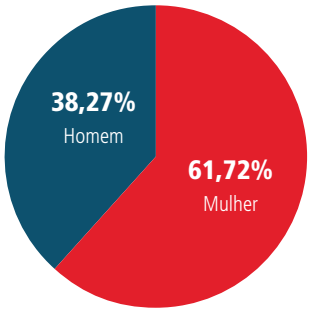
Membro da Câmara Técnica de Cirurgia Plástica do Conselho Federal de Medicina, Dênis Calazans atenta para outra circunstância que tem colocado a cirurgia plástica brasileira em apertada situação na responsabilidade civil. "Cresce na jurisprudência uma entidade definida como o 'erro médico imaginário' ou o 'erro de expectativa'", diz ele, que é primeiro vice-presidente da Sociedade Brasileira de Cirurgia Plástica. "Frequentemente o paciente confunde a não realização de suas expectativas – ou ainda situações adversas oriundas da resposta do organismo do paciente – com um erro médico". O cirurgião plástico Calazans chama a atenção para um fator próprio dos tempos atuais. "O abuso de mídias sociais e publicidade ostensiva que muitos cirurgiões utilizam como meio de se promoverem é entendido por juízes como atestado de infalibilidade de seu serviço ou publicidade enganosa (invocando assim, o art. 3º, §1º e 3º do Código de Defesa do Consumidor), ficando irrefutável a obrigação de resultados para estes casos", afirma. "A

RANKING DOS ESTADOS

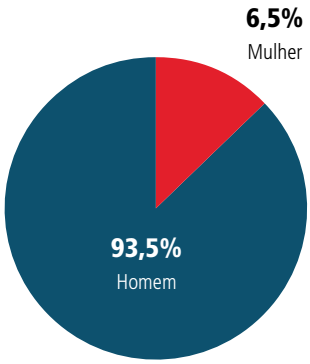
O Rio de Janeiro é o campeão em recursos sobre erro médico

* FONTES: STJ E O PENSAMENTO JURISPRUDENCIAL BRASILEIRO NO TERCEIRO MILÊNIO SOBRE ERRO MÉDICO

SEXO DOS PACIENTES AUTORES DAS AÇÕES



SEXO DOS MÉDICOS ACUSADOS



* FONTES: STJ E O PENSAMENTO JURISPRUDENCIAL BRASILEIRO NO TERCEIRO MILÊNIO SOBRE ERRO MÉDICO

AS MAIORES CONDENAÇÕES DA MEDICINA

R$ 1.275 mil

FATO MÉDICO
Esquecimento da compressa cirúrgica de 45cm no ventre do paciente durante a cesariana

DANO AO PACIENTE
Septicemia, colostomia, histerectomia parcial e perda auditiva

R$ 830 mil

FATO MÉDICO
Cirurgia para correção de fratura de clavícula, resultando em Encefalopatia Pós-Anóxica ou Lesão Anóxica Cerebral

DANO AO PACIENTE
Paraplegia, estado vegetativo e coma irreversível

* FONTES: STJ E O PENSAMENTO JURISPRUDENCIAL BRASILEIRO NO TERCEIRO MILÊNIO SOBRE ERRO MÉDICO

O PREÇO DE UM ERRO

Danos morais pagos, em São Paulo, em decorrência de erro médico em cirurgia plástica

400 salários

mínimos é a maior indenização estipulada para um erro médico em cirurgia plástica

FATO MÉDICO
Cirurgia reparadora da mama; emprego de técnica inadequada para o quadro clínico da paciente

DANO AO PACIENTE
Estético

R$ 100 mil

FATO MÉDICO
Cirurgia plástica malsucedida

DANO AO PACIENTE
Estéticos

R$ 200 mil

FATO MÉDICO
Cirurgia plástica de nariz, que culminou em asfixia, hemorragia nasal com aspiração pulmonar, obstrução das vias aéreas, inundação sanguínea pulmonar e edema cerebral

DANO AO PACIENTE
Óbito

R$ 100 mil

FATO MÉDICO
Cirurgia de mamoplastia redutora

DANO AO PACIENTE
Perda dos mamilos, marcas de feridas ao redor dos seios

R$ 186,6 mil

FATO MÉDICO
Cirurgia plástica de redução de seios

DANO AO PACIENTE
Estéticos, perda de um mamilo

R$ 15 mil

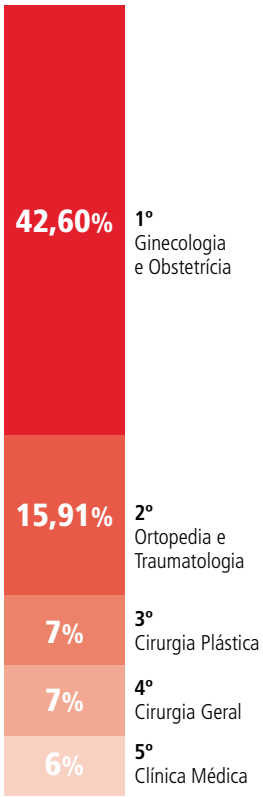
FATO MÉDICO
Cirurgia para corrigir medidas do queixo e melhorar a aparência

DANO AO PACIENTE
Estético

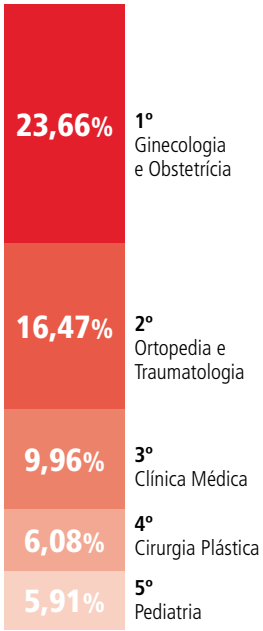
* FONTES: STJ E O PENSAMENTO JURISPRUDENCIAL BRASILEIRO NO TERCEIRO MILÊNIO SOBRE ERRO MÉDICO

NA CADEIRA DO RÉU

Top 5 das especialidades médicas que sofrem mais ações no País



Top 5 das especialidades médicas que sofrem mais ações em São Paulo



* FONTES: STJ E O PENSAMENTO JURISPRUDENCIAL BRASILEIRO NO TERCEIRO MILÊNIO SOBRE ERRO MÉDICO

PÍLULAS CONTRA PROCESSOS

Procedimentos que, quando adotados pelo cirurgião plástico, podem minimizar a insatisfação por parte do paciente durante a prática da profissão e indicam como agir em casos de ações na justiça

1 Consulta médica com detalhamento, principalmente acerca das possíveis complicações e medos dos pacientes. Utilização de modelos explicativos como de simulações de resultados (inclusive os desfavoráveis), aposição de assinatura e gravação do "aceite" em relação a tudo que foi explicado, afirmando o paciente que compreende os riscos inerentes à cirurgia plástica

2 Atendimento pós-operatório eficiente, devendo o médico disponibilizar ao paciente números de telefones que permita a este localizá-lo em caso de necessidade. Uma vez observada, tal cautela demonstra ao juiz de direito o zelo e a disponibilidade do cirurgião para com o pós-operado. De outra banda, tal postura recrudesce a confiança do paciente em seu médico, pois faz nascer nele o sentimento de que não se encontra desamparado por aquele que lhe operou

3 Em caso de descontentamento e consequente propositura de ação judicial por parte do paciente, buscar o imediato assessoramento jurídico - serviço que, entendemos, deve fazer parte dos custos fixos do cirurgião plástico -, buscando, sempre que possível, a solução amigável do conflito. Assim, evita-se o desgaste físico, psicológico e econômico que um processo judicial acarreta. E preserva a imagem e reputação do cirurgião

4 Ainda em relação à assessoria jurídica, esta sempre deve estar atenta aos casos em que a imagem do cirurgião seja exposta indevidamente em redes sociais e imprensa, cabendo aos advogados adotarem as medidas judiciais cabíveis. São elas tais como o registro de boletim de ocorrência acompanhado de representação para instauração de inquérito policial, a manifestação de vontade no sentido de ver processado criminalmente o autor de crimes contra a honra do cirurgião, além de adotarem as demais medidas judiciais existentes no âmbito do Direito Penal e Processual Penal. Em relação às medidas judiciais cabíveis na esfera cível, o cirurgião ofendido poderá ingressar com ação pleiteando danos morais com todos os efeitos jurídicos daí decorrentes

5 Caso não seja possível evitar um processo judicial, é imprescindível a indicação de assistentes técnicos com habilidade para formular questionamentos pertinentes ao juiz e aos peritos. Os quesitos formulados adequadamente, na maioria dos casos, serão os responsáveis por demonstrar que fatores não cirúrgicos influenciaram no insucesso terapêutico

6 Na hipótese de ser julgada procedente a ação ajuizada pelo paciente, não deve o cirurgião deixar-se abater pelo desânimo. Ao lado de sua equipe médica e jurídica, ele deve contemplar fatos que porventura possam ter passados despercebidos em primeira instância processual, arguindo-os em sede de recurso

7 Figurar em processo judicial não é fato absurdo: pior é saber que o médico demandado não se valeu adequadamente de todos os meios legais de defesa disponíveis

FONTE: ALEXANDRE KATAOKA, CIRURGIÃO PLÁSTICO E PERITO OFICIAL DO INSTITUTO DE MEDICINA SOCIAL E DE CRIMINOLOGIA DO ESTADO DE SÃO PAULO (IMESC)

publicidade médica é necessária e, quando ética, é legal. Problemáticos serão o abuso e o descumprimento das balizas éticas."

Atualmente, a Justiça brasileira tem acolhido processos oriundos de problemas em cirurgias plásticas, mesmo que, muitas vezes, tais problemas sejam relativos a temas consagrados na bibliografia médica, como os queloides. "Cabe ao cirurgião plástico processado provar que adotou todas as técnicas e práticas aceitas mundialmente durante o procedimento cirúrgico. E que mesmo com todo o esforço e técnica não obteve êxito total no procedimento em decorrência de problemas impossíveis de detecção antes da cirurgia – casos fortuitos que escapam ao controle do ser humano, no caso em questão, do cirurgião plástico", indica o perito médico Kataoka.

Ferramentas como simulação de complicações, gravações em vídeo de consultas mediante consentimento do paciente nas quais ele declara estar ciente de ver e entender que toda e qualquer cirurgia pode apresentar intercorrências, além de um prontuário médico-hospitalar detalhado, são aceitos pela grande maioria dos magistrados. Mais ainda: eles funcionam como principal arma de defesa do especialista (página anterior). "Em nossa prática diária de perito médico, notamos que a grande maioria dos casos analisados não tem nexo-causal entre uma má prática e o evento, ou seja, aconteceu porque iria ocorrer de qualquer maneira, ainda que o médico se valesse de todos os meios corretos durante o procedimento", afirma Kataoka.

Para quem é processado, porém, alguma perda se faz presente, uma vez que um processo judicial acarreta desgaste físico, espiritual e monetário muito grande para o cirurgião demandado. Em São Paulo, por exemplo, a maior indenização estipulada pelo Tribunal de Justiça em decorrência de um erro cometido por um cirurgião plástico foi de 400 salários mínimos – o que, nos dias de hoje, soma R$ 374,8 mil. O cirurgião Calazans pondera que há uma abissal diferença entre ser processado e ser condenado. "Um cirurgião ético, diligente e cioso de seus deveres terá sempre a seu favor, perante a Justiça, o entendimento de sua boa fé", tranquiliza ele.

Ainda assim é importante salientar a importância da realização de consultas pré-operatórias detalhadas, explicitando-se à exaustão ao paciente acerca dos possíveis riscos inerentes aos procedimentos indicados. É dever do médico lançar mão de recursos como desenhos e simulações de eventuais complicações para detalhar o procedimento. Recomenda-se, ainda, a adoção de um diálogo aberto junto ao paciente acerca de suas expectativas em relação ao resultado, comparando tais expectativas com a realidade.

É dessa forma que o paciente irá saber até onde seus anseios podem se tornar realidade. Após a adoção de tais cuidados, recomenda-se ao médico a redação atenta e minuciosa de termo de consentimento pós-informado. As medidas descritas nele não isentam o bom profissional de eventual processo judicial ou condenação, mas se revelam um valioso meio de defesa. "É com tal postura que o cirurgião pode impedir a construção, na mente do paciente, de uma realidade que poderá não se concretizar", diz Kataoka. "Não queremos semear o medo no cirurgião plástico. Pelo contrário, pretendemos demonstrar que algumas cautelas, de fato, são negligenciadas em nosso ministério cotidiano. E que determinadas práticas, se e quando observadas, militam em nosso favor frente a demandas judiciais."

DIVULGAÇÃO

ENTREVISTA

"TODO CIRURGIÃO PLÁSTICO UM DIA SERÁ PROCESSADO"

Presidente da Sociedade Brasileira de Direito Médico e Bioética (ANADEM), o advogado Raul Canal fala sobre a judicialização das relações entre médico e paciente e a importância do seguro de responsabilidade civil para médicos

"O paciente do século XXI não acredita mais na 'vontade de Deus' como justificativa para os resultados adversos. Ele quer investigar se alguma conduta provocou ou foi responsável por aquele resultado"

PLÁSTICA PAULISTA – O que é ANADEM, como e por que ela surgiu? Quais os principais propósitos dela?

Raul Canal: A ANADEM surgiu em Porto Alegre, em setembro de 1998, durante a realização do primeiro encontro brasileiro de advogados defensores de médicos. E a sigla ANADEM, significava Associação Nacional de Advogados Defensores de Médicos. Como entendemos que sua missão era muito maior do que isso, mudamos, em 2002, para Sociedade Brasileira de Direito Médico e Bioética. Prezamos a segurança do paciente e o exercício ético da medicina. Quando falamos em segurança do paciente, estamos na verdade trabalhando pela segurança do próprio médico e de toda a equipe

PP – Como vê o fenômeno da judicialização das relações entre médico e paciente no Brasil?

Canal – Com muita preocupação. Não apenas no Brasil. Esse é um fenômeno que principiou na América do Norte e na Europa Ocidental, mas que hoje se observa em toda a América Latina e até em países de cultura, economia e liberdades políticas mais fechadas, como a Rússia e a própria China. Mas no Brasil, os números já ultrapassam aqueles que se observavam nos Estados Unidos há menos de duas décadas.

PP – Quais são os números e por que preocupam tanto?

Canal – Hoje, 7% dos médicos brasileiros respondem a processo. No Mato Grosso, o índice sobe para 8,5% e, no Rio Grande do Sul, chega a 13,72%. No caso específico da cirurgia plástica, num levantamento realizado pela ANADEM no ano passado e publicado pela SBCP, constatou-se que 26% dos cirurgiões plásticos respondem a processo. Me refiro apenas às demandas indenizatórias. Há ainda os processos criminais e ético-profissionais que não constam dessa estatística. E o aspecto pior é que esses números não se estabilizaram, mas vem numa curva ascendente, crescendo ao longo dos anos.

PP – O que explica esse aumento de processos?

Canal – O principal é o nível de informação, de exigência e de intolerância do paciente do século XXI. Desde Hipócrates, até o final do milênio passado, ou seja, por 2400 anos, o médico teve o monopólio do conhecimento. Com a democratização da informação, graças ao advento da internet, no final do milênio, o médico perdeu esse monopólio. Hoje, um menino de 7 anos já tem mais informações em seu cérebro do que o tinha Júlio César no Império Romano. E esse paciente

do século XXI não aceita mais ser o sujeito passivo na relação com seu médico. Ele quer ser partícipe do seu tratamento e, em parceria com seu médico, compreender as hipóteses diagnósticas aplicadas à sua sintomatologia e quer, sempre junto com o médico, escolher a melhor conduta terapêutica, baseada no tripé custos, riscos e benefícios. Mais do que isso, esse paciente do século XXI não acredita mais na "vontade de Deus" como justificativa para os resultados adversos. Ele quer investigar se alguma conduta provocou ou foi responsável por aquele resultado.

PP – E por que na cirurgia plástica isso é mais grave?
Canal – Por causa da expectativa. Quem vai a um tratamento oncológico, não está preocupado com sua aparência física após o tratamento. Seu objetivo, sua expectativa é sobreviver, mesmo que careca e mutilado. Quem vai a um transplante de coração, não vai se importar com uma cicatriz larga em forma de zíper no seu peito. Ele quer simplesmente sobreviver. Na plástica não. A pessoa quer ficar bonita, linda, sensual, desejada.

PP – Isso põe em risco inclusive os cirurgiões mais famosos?
Canal – Quanto maior a expectativa maior a frustração. Uma paciente que contratou um cirurgião principiante lá no seu município no interior poderia não ter uma expectativa tão grande. Mas se essa paciente viajou até um grande centro urbano, à procura do cirurgião mais experiente, mais famoso – o bam-bam-bam – e para isso investiu as suas economias, tenha certeza que sua frustração e intolerância com um resultado nefasto serão muito maiores. Sua expectativa era maior. Mais de 70% dos médicos processados se encontram na quinta década de vida e na terceira década de atividade profissional.

"Mais de 70% dos médicos processados se encontram na quinta década de vida e na terceira década de atividade profissional"

PP – Por quê?
Canal – Quanto maior a expertise, maior a tendência de negligenciar pequenas regras protocolares que o neófito certamente observaria. Quanto maior a experiência, maior a notoriedade e a possibilidade de atrair casos de alta complexidade. Quanto mais famoso o médico, maior a expectativa do paciente – e maior será a frustração. E, não podemos deixar de admitir, médico jovem não tem patrimônio consolidado que estimule pacientes e advogados a processá-lo. "Só se tira leite de vaca gorda".

PP – Quanto ao seguro de responsabilidade civil, o que o senhor aconselha?
Canal – Não saia de casa sem ele. Não entre numa clínica sem ele. Jamais opere um paciente sem ele. Veja que durante a realização do CIOSP (Congresso Internacional de Odontologia de São Paulo) 2017, uma professora italiana que viria a São Paulo dar uma aula de cirurgia buco-maxilo-facial e realizaria uma cirurgia demonstrativa, se deu conta na semana do evento que seu seguro de responsabilidade somente lhe dava cobertura na Europa. Ligou para a organização do evento e exigiu que lhe fosse contratado um seguro de RCP no Brasil, por um dia. Caso contrário ela cancelaria a sua aula e não viria ao Brasil. Veja a diferença de mentalidade e de preocupação do europeu. Se para a medicina o seguro é indispensável, para a cirurgia plástica ele deve ser condição *sine qua non* para o exercício profissional.

PP – Mas há cirurgiões plásticos que já operam há 30 anos e nunca foram processados.
Canal – Eu vivo há 52 anos e nunca morri. Mas tenho seguro de vida. Tão certo como um dia eu vou morrer, todo cirurgião plástico um dia será processado. Só há duas classes de cirurgiões plásticos: os que já foram ou estão sendo processados e os que um dia serão processados. Inevitável.

PP – A ANADEM tem um seguro de responsabilidade civil para médicos? Qual a seguradora que está por trás?
Canal – A ANADEM não é seguradora. Nós somos estipulantes de uma Apólice Civil Coletiva por adesão, no valor de R$ 500 mil para cada médico associado. Temos hoje nessa apólice 19.400 médicos associados e esse número aumenta 2,5% ao mês. Mas a nossa preocupação é defesa médica com qualidade e eficiência. O seguro para nós é um subproduto, um estepe. Nossa principal parceira é a CHUBB, a maior seguradora de capital aberto do mundo, cujo patrimônio líquido é US$ 278 bilhões.

PP – Quais as vantagens da ANADEM sobre os seguros ofertados pelas seguradoras?
Canal – Primeiro, a especialidade. Para todas as seguradoras, o seguro de RCP é apenas mais um produto na prateleira. Elas são generalistas – além de não conhecerem nada da realidade médico hospitalar. Esses produtos são desenhados por burocratas de ar-condicionado. A ANADEM só faz isso. Nada mais. Nosso foco é o médico. Outro fator: nós eliminamos todos os aspectos negativos das apólices vigentes. Não temos a denunciação à lide, não temos sublimites de cobertura, cobrimos o dano estético – nenhuma apólice no mercado cobre o dano estético, que responde por 62% das condenações contra cirurgiões plásticos –, pagamos antecipação de tutela e medidas liminares – e nenhuma apólice paga –, pagamos peritos e assistentes técnicos. E, a maior de todas, a questão da retroatividade da cobertura. O médico está protegido para todos os processos que forem ajuizados depois da adesão, não importando a data da realização da cirurgia ou do ato médico questionado.

PP – As demais apólices não cobrem danos estéticos?
Canal – Exatamente. Além da ANADEM, a Seguros Unimed cobria também danos estéticos. Mas a Unimed, desde 2016, não aceita mais cirurgiões plásticos em sua carteira. Todas as apólices excluem os danos estéticos, como também negam cobertura ao dever do resultado. Resumindo: nenhuma das apólices do mercado serve para o cirurgião plástico, pois o STJ já determinou que o dever é de resultado e, como já disse, 62% das condenações de cirurgiões plásticos são por conta de danos estéticos.

ANADEM
SOCIEDADE BRASILEIRA DE DIREITO MÉDICO E BIOÉTICA

É **MUITO MAIS** DO QUE SEGURO: **É SEGURANÇA**

FAÇA JÁ SUA ADESÃO

RENATO DUARTE

(61) 99836.0478
(11) 95030.6405
(21) 99687.7085
reduarte80@gmail.com

ANADEM
SOCIEDADE BRASILEIRA DE DIREITO MÉDICO E BIOÉTICA

FumDAP
FUNDO PRESTAMISTA DE DEFESA PROFISSIONAL

O PAPEL DO BIOFILME NA CICATRIZAÇÃO DE FERIDAS CRÔNICAS

A população de bactérias do biofilme não tem sido estudada satisfatoriamente em feridas crônicas. No entanto, há uma hipótese de que as características de doenças relacionadas a biofilmes também estão presentes nas infecções de feridas crônicas. As feridas crônicas tipicamente desenvolvem-se lentamente, raramente são resolvidas pela resposta imune do paciente e nem sempre respondem à terapia antimicrobiana. A maioria das feridas crônicas pode ser classificada em três tipos principais: úlceras por pressão, feridas diabéticas e úlceras venosas. As feridas diabéticas infectadas são comuns e difíceis de cicatrizar.

O papel da hipóxia tecidual, da isquemia de repetição, do envelhecimento e da colonização bacteriana em feridas crônicas tem sido bem documentado, mas a importância dos biofilmes só tem ganhado atenção recentemente. Os resultados insatisfatórios do tratamento das feridas diabéticas infectadas podem ser influenciados pelos fatores de virulência expressos pela variedade de microorganismos nas úlceras, incluindo a formação do biofilme. Como as úlceras diabéticas são colonizadas por uma grande variedade de bactérias, sinergias que ocorrem nestas comunidades polimicrobianas devem ser consideradas ao selecionarmos uma terapia antimicrobiana. Apenas alguns estudos relataram a formação de biofilmes e avaliaram sua presença em feridas crônicas.

Para melhor estudar essa lacuna do conhecimento, pesquisadores holandeses e americanos fizeram estudo de revisão, em que discutem o papel do biofilme na cicatrização de feridas crônicas (enfatizando as feridas de pé diabético), a detecção do biofilme e suas opções de tratamento atualmente disponíveis.

FISIOPATOLOGIA

Um biofilme microbiano é um aglomerado estruturado de bactérias envolvido por uma matriz de polímero produzida pelos próprios microorganismos. A formação de biofilmes pode prolongar o tempo de cicatrização de feridas crônicas e prejudicar os resultados. Inicialmente, o biofilme tem a capacidade de apreender e concentrar uma série de nutrientes na matriz extracelular. Em seguida, o biofilme facilita a resistência aos fatores antimicrobianos pela indução de baixos níveis metabólicos dos microorganismos agregados. Finalmente, existe um potencial de dispersão por desprendimento, permitindo uma fonte bacteriana duradoura. Os organismos produtores de biofilme também podem ser difíceis de serem identificados em amostras clínicas com técnicas de cultura convencionais, e são fisiologicamente mais resistentes aos efeitos dos antissépticos.

Quando abrigadas dentro de um biofilme, as bactérias patogênicas são protegidas contra defesas do hospedeiro e antimicrobianos. A estabilidade deste ambiente permite que as bactérias cresçam e contribuam para infecções recorrentes nos tecidos ou em dispositivos médicos temporários ou permanentes (tubos endotraqueais, cateteres intravasculares e urinários, enxertos protéticos, stents arteriais, e implantes metálicos ou aloplásticos, como os de silicone).

Dentro de dias de aderência a uma superfície, formam-se múltiplas camadas bacterianas, ocorre a agregação de microcolônias e uma matriz extracelular de exopolissacarídeo forma um glicocálice antimicrobiano. As bactérias usam uma comunicação célula a célula por meio de sinais moleculares para detectar que a colônia tornou-se grande e densa o suficiente para produzir tal glicocálice. Este processo é chamado de "quorum sensing" (QS). Muitas proteínas e fatores de virulência são produzidos por bactérias em resposta ao QS, incluindo os genes responsáveis pela formação do biofilme. Uma grande parte da população microbiana interconectada está presente em estado de latência devido ao baixo gradiente de nutrientes e oxigênio dentro do biofilme. As respostas do hospedeiro com leucócitos, imunoglobulinas e terapia antimicrobiana parecem não ter efeito porque não conseguem penetrar no biofilme. A liberação de produtos residuais, radicais de oxigênio, antígenos, enzimas e toxinas nos tecidos circundantes cria uma resposta imune crônica e de baixo grau.

BIOFILME NA CICATRIZAÇÃO DE FERIDAS

Quando um biofilme bacteriano desenvolve-se em uma ferida, o processo de cicatrização é inibido pela barreira física

que o biofilme cria para reepitelização e pela inibição da fagocitose de bactérias. Além disso, a liberação constante de produtos residuais induz uma resposta inflamatória crônica no tecido circundante que Interfere na cicatrização da ferida. A capacidade do paciente para controlar o crescimento das colônias de biofilme na ferida diminui à medida que o biofilme amadurece.

Um dos primeiros estudos com evidência clara da presença de biofilme em feridas foi publicado em 1996, em modelo experimental de ratos. Em 2008, foram publicados os primeiros estudos clínicos de biofilme em feridas humanas. As úlceras infectadas com Pseudomonas possuem acúmulo significativamente maior de neutrófilos ativos, sugerindo uma resposta inflamatória persistente e um prejuízo na cicatrização de feridas. Em um estudo recente, a formação de biofilmes em 95 isolados de úlcera do pé diabético foi estudada em três momentos diferentes (24, 48 e 72 horas). Todos os isolados foram positivos para biofilme em 24 horas, e a produção de biofilme aumentou com o tempo de incubação e na presença de Pseudomonas. Ainda mais notável foi que a formação de biofilme aumentou quando certas sinergias entre bactérias ocorreram. A combinação de Pseudomonas, Enterococcus, Acinetobacter e Staphylococcus produziu biofilmes mais densos em comparação com combinações de outras espécies.

DIAGNÓSTICO

Durante décadas, o exame microscópico foi o único método para detecção do biofilme. Foram desenvolvidas uma vasta gama dessas técnicas, incluindo a microscopia de varredura confocal, microscopia eletrônica de transmissão e de varredura, e microscopia de fluorescência. Mais recentemente, foram introduzidos diagnósticos moleculares com base na análise de sequências de DNA, que revelaram novas informações sobre como as bactérias são organizadas em biofilmes. Contudo, tais técnicas são demoradas e caras.

A microscopia direta é a observação de organismos potencialmente infectantes em uma peça não corada (montagem úmida), por microscopia óptica ou eletrônica. Com a microscopia direta, é possível visualizar se e onde um biofilme está presente, logo após a coleta da amostra e bem antes que os resultados das culturas convencionais estejam disponíveis. Isso poderia oferecer uma seleção mais rápida, mais apropriada e efetiva de opções terapêuticas. Por isso, o interesse em desenvolver técnicas moleculares mais rápidas e eficazes baseadas em DNA em combinação com a microscopia direta está crescendo.

Como todas as feridas são colonizadas por bactérias, diferenciar colonizadores dos patógenos reais é um desafio. A identificação de bactérias com métodos de cultura tradicionais ainda é o padrão de referência. No entanto, os resultados das culturas não evidenciam a diversidade bacteriana no biofilme como as técnicas moleculares previamente mencionadas. Essas técnicas mostraram que apenas 1% das bactérias são cultivadas usando métodos padrão, além do fato de que a identificação de anaeróbios ainda é difícil. Como os biofilmes são compostos de diversas comunidades polimicrobianas, muitas espécies bacterianas podem ser identificadas apenas com reação em cadeia da polimerase (PCR). Portanto, tais técnicas podem nos ajudar a selecionar estratégias terapêuticas mais efetivas.

Referência
1. Gompelman M, van Asten SA, Peters EJ. Update on the Role of Infection and Biofilms in Wound Healing: Pathophysiology and Treatment. Plast Reconstr Surg. 2016;138(3 Suppl):61S-70S.

TRATAMENTO

Menos de 10% das feridas agudas contêm biofilme, em comparação com 60% das feridas crônicas. Consequentemente, os tratamentos voltados para o biofilme estão sendo amplamente pesquisados. A descoberta de um tratamento altamente eficaz é um desafio, porque os microorganismos que crescem em um biofilme são em sua maioria polimicrobianos, e são mais resistentes às defesas do hospedeiro e à terapia antimicrobiana.

As abordagens para reduzir o biofilme em feridas crônicas incluem o desbridamento, terapia por pressão negativa, antissépticos, curativos, antibióticos sistêmicos, agentes específicos antibiofilme, e novos métodos usando técnicas de análise molecular. Embora a maioria das modalidades de tratamento pareça promissora, a evidência de melhores resultados com o tratamento específico com biofilme é escassa. Em 2016, foram publicadas revisões sistemáticas pelo Grupo de Trabalho Internacional de Pé Diabético sobre a cicatrização de úlceras e a cura de feridas diabéticas relacionadas a essas modalidades de tratamento. Nestas revisões, não foram identificados estudos que associam diretamente a redução do biofilme a uma melhora da úlcera ou da infecção.

Embora não direcionado diretamente ao biofilme, o alívio de pressão a longo prazo é crucial para a cicatrização de feridas diabéticas e úlceras por pressão. A maioria dos tratamentos tópicos ou sistêmicos disponíveis não elimina a etiologia biomecânica subjacente dessas úlceras. Pressão anormal e esforço de cisalhamento permanecem presentes. No caso de feridas diabéticas, o uso do calçado de proteção pode reduzir lesões repetitivas, proporcionando às feridas existentes a oportunidade de cicatrizar. Além disso, ele protege áreas de alto risco de úlceras recorrentes.

Os métodos de desbridamento incluem cirúrgico, autolítico, enzimático, mecânico e biológico. O desbridamento cirúrgico permanece como pilar do cuidado adequado da ferida e é realizado para estimular o processo de cicatrização, por meio da remoção do tecido desvitalizado e debris nas margens da ferida. É uma maneira de diminuir a carga microbiana, ao mesmo tempo que estimula a contração e a epitelização. A dificuldade

SHUTTERSTOCK

deste procedimento é distinguir a extensão correta do desbridamento, incluindo a erradicação do biofilme. O repovoamento do biofilme após 24 horas é comum. No entanto, o desbridamento frequente interrompe o ciclo do biofilme e pode explicar seu sucesso na cicatrização de feridas.

A terapia por pressão negativa (TPN) é uma técnica que utiliza o princípio do vácuo para promover a cicatrização em feridas agudas e crônicas, sendo frequentemente usada no tratamento de feridas complexas. Sua contribuição na redução do biofilme é controversa. O possível efeito sinérgico sobre o biofilme combinando a TPN com outros curativos tópicos é promissor, como relatado em alguns pequenos estudos pré-clínicos. Em um desses estudos, os autores usaram um modelo de biofilme de Pseudomonas in vitro e demonstraram uma redução significativa do biofilme bacteriano quando exposto à TPN. Esta redução foi ainda mais forte quando a TPN foi combinada com espuma impregnada com prata. Além disso, a microscopia mostrou que a TPN comprimiu a arquitetura do biofilme, reduzindo sua espessura e distância de difusão. Para feridas diabéticas, há relatos que sugerem que a TPN auxilia na depuração bacteriana, embora uma revisão sistemática de 2014 sobre a carga bacteriana e TPN apresentar resultados variáveis. A TPN é uma tecnologia em evolução, e novas combinações como a terapia de instilação, adjuvantes nanocristalinos e sistemas portáteis estão sendo desenvolvidas atualmente. O uso da TPN também pode melhorar os resultados em feridas infectadas.

Apesar dos agentes antissépticos (como clorexidina, iodo ou prata) diminuírem a quantidade de bactérias em uma ferida, há pouca evidência de que sua aplicação leva a melhores resultados em feridas crônicas infectadas. Antimicrobianos tópicos como ácido fusídico e clindamicina possuem a desvantagem de contribuir para a formação de cepas resistentes e levar à sensibilização. Espera-se que terapias tópicas modernas, tais como mel medicinal e tratamentos baseados em peptídeos (como pexiganan) sejam benéficas como tratamento complementar porque essas terapias não dependem diretamente da atividade metabólica inerentemente diminuída das bactérias no biofilme. Com o passar dos anos, vários antissépticos foram desenvolvidos, incluindo compostos com clorexidina, prata, iodopovidona, polihexanida (PHMB) ou soluções de hipoclorito. Nenhum desses agentes demonstrou resultados superiores em comparação com o uso convencional de gaze com solução salina isoladamente. Em geral, feridas diabéticas com intenso exsudado precisam de um curativo que absorva a umidade, ao passo que as feridas secas precisam de tratamentos tópicos que adicionam umidade.

O tratamento antibiótico sistêmico é útil em feridas clinicamente infectadas. Os dados clínicos e epidemiológicos disponíveis devem constituir a base de regimes antibióticos empíricos. Tais regimes devem conter preferencialmente antibióticos que podem atingir concentrações teciduais elevadas. Na maioria das regiões do mundo, os regimes antibióticos empíricos cobrem estafilococos e estreptococos. A terapia antimicrobiana de amplo espectro com cobertura gram-negativa pode ser considerada em caso de infecções graves, após falha do tratamento anterior ou em países de climas mais quentes. Vários estudos mostraram que os resultados das culturas de feridas superficiais não representam a diversidade de bactérias presentes nas feridas crônicas que envolvem o biofilme. Portanto, é importante que a terapia definitiva se baseie em culturas bem realizadas do tecido infectado. Outros elementos chave para o estreitamento do regime antibiótico são os ajustes baseados no perfil de susceptibilidade aos antibióticos das bactérias, e a resposta clínica do doente ao regime empírico. São frequentemente utilizados agentes antimicrobianos orais com alta biodisponibilidade, tais como clindamicina, rifampicina, fluoroquinolonas e sulfametoxazo/trimetoprim. A eficácia da terapia oral com tais medicamentos é comparável com a terapia parenteral. Em particular, as fluoroquinolonas podem atingir altas concentrações teciduais e a rifampicina exibe alta atividade contra os biofilmes estafilocócicos. É importante ressaltar que não há evidências clínicas para o efeito antibiofilme das combinações de antibióticos em feridas crônicas. Outros agentes menos comuns que parecem penetrar bem em biofilmes antimicrobianos incluem a linezolida, a fosfomicina e a daptomicina.

FUTURO

Ainda é preciso determinar se a terapia específica do biofilme melhora a cicatrização de feridas ou previne a infecção. Os diagnósticos moleculares parecem demonstrar a composição e a organização do biofilme de forma confiável, sendo uma ferramenta promissora para entender melhor o ambiente local de feridas crônicas. Pesquisas futuras são necessárias para diferenciar os patógenos reais dos colonizadores, especialmente em feridas diabéticas, trazendo a oportunidade de fornecer um tratamento mais rápido, eficaz e preciso. É importante que seja implementado um tratamento individualizado visando a natureza polimicrobiana, as diferenças interindividuais e as diferenças epidemiológicas de um biofilme presente na ferida. Existem várias opções de tratamento disponíveis que podem fornecer vantagens específicas no tratamento de infecções associadas a biofilmes.

PEDRO SOLER COLTRO
Professor Doutor da Divisão de Cirurgia Plástica da Faculdade de Medicina de Ribeirão Preto da USP (FMRP-USP). Membro Titular da SBCP.

LINFOMA DE GRANDES ANAPLÁSICO ASSOCIAD IMPLANTE DE MAMA (E

Existem aproximadamente 10 milhões de mulheres no mundo que receberam implantes mamários. Nos EUA como no Brasil, a mamoplastia de aumento é a cirurgia estética mais realizada, com estimativa de aproximadamente 550 mil procedimentos ao ano. O chamado linfoma de células anaplásicas relacionado a implantes (BI-ALCL-Breast Implant – Associated Anaplastic Large Cell Lymphoma) é um tipo distinto de linfoma de células-T, que tem sido documentado mundialmente através de publicações desde 1997.

Apesar de considerado raro, desde aquele ano, 170 casos foram documentados e muitos só foram diagnosticados durante as cirurgias de revisão dos implantes, originadas dos diagnósticos de seromas tardios (em média nove anos após a cirurgia primária) e através de testes imuno-histoquímicos. O que é importante ressaltar é que todos os casos estavam relacionados a histórico cirúrgico de implantes texturizados (há dois casos relatados de implantes lisos, porém o estudo foi questionado pois as pacientes tiveram algumas trocas anteriores e desconheciam a superfície do implante, que provavelmente eram texturizadas).

Em 2008, um estudo realizado na Holanda[1] determinou uma associação positiva entre implantes de mama e o desenvolvimento de BI-ALCL com uma odds ratio de 18,2, que significa que pacientes com implantes mamários estão 18 vezes mais predispostos a desenvolver o tumor que a população sem implantes (neste estudo a incidência variou entre 0,1 a 0,3, por 100.000 mulheres/ano).

A primeira comunicação de segurança do FDA (The United States Food and Drug Administration) data de 2011 e relatava a raridade da patologia, mas um "risco crescente" de aparecimento da lesão nas cápsulas dos implantes. (Até então havia 34 casos confirmados e descritos nos Estados Unidos). Entretanto, em 2016 foi emitida uma atualização do comunicado em que até setembro de 2015 já havia supostos 258 novos eventos de ALCL.

Um novo estudo[2], publicado na edição de março de 2017 do Plastic and Reconstructive Surgery (PRS) e capitaneado por um dos maiores experts no assunto (Dr.Mark W.Clemens - MD ANDERSON CANCER CENTER – TEXAS) se propôs a definir a real incidência deste tipo de câncer nos EUA baseando-se em um estudo retrospectivo da literatura e também nos relatos provenientes das companhias autorizadas a comercializar implantes no território americano (Allergan®, Sientra® e Mentor®).

O resultado foi a confirmação de cem (100) casos, com idade média das pacientes ao diagnóstico de 53+-12,3 anos e o intervalo médio entre a cirurgia primária e o diagnóstico 10,7+-4,6 anos. Quarenta e nove pacientes receberam implantes por finalidade estética, quarenta e quatro por reconstrução mamária e sete por causas desconhecidas; considerando portanto que a patologia só ocorreria em implantes texturizados, os pesquisadores determinaram uma incidência de 2,03 para cada 1 milhão de pessoas por ano (203 por 100 milhões), o que é 67,6 vezes maior que a incidência de alcl não relacionado a implantes (3 por 100 milhões P<0,001).

As limitações deste estudo são basicamente se tratar de um desenho retrospectivo (o ideal seria um Cohort prospectivo – impossível na prática) e também assumir que os implantes texturizados são os únicos relacionados a este tipo de linfoma, apesar de estudos recentes de Brody (2015)3 e do próprio Clemens (2016)[4] demonstrarem estatisticamente forte evidência de relação com o tipo de superfície.

Há relação com a forma de texturizar o implante?

Um dado importante que se abstrai deste estudo é que 43% dos pacientes com diagnóstico de BI-ALCL possuíam próteses mamárias com superfície texturizada por sal e apenas 5% com imprint negativo. Apesar de impossível determinar a real incidência da patologia relacionada ao tipo de texturização, os autores estimaram que a incidência para os implantes texturizados com sal é de 1,87 por milhão de pessoas/ano versus 0,33 por milhão de pessoas ano para as que receberam próteses com imprint negativo.

Há de se ressaltar também que há um relato de um caso de BI-ALCL em implantes com superfície de espuma de poliuretano na Austrália[5]. Paralelamente a polêmica da texturização, há empresas clamando que as novas tecnologias de texturização (nanotecnologia) que recentemente estão sendo introduzidas no mercado mundial poderiam não só diminuir os índices de contratura capsular, mas também serem protetoras contra o BI-ALCL[6].

Quais são as teorias vigentes para o aparecimento do BI-ALCL?

Há várias teorias como por exemplo a reação do sistema imune a presença crônica do corpo estranho (prótese), ligação entre o linfoma gástrico e a presença do Helicobacter pylori, etc. Entretanto, um recente artigo de Hu e colaboradores[7] compararam as cápsulas fibrosas dos implantes de pacientes com BI-ALCL com as dos pacientes com ausência da doença e concluíram que havia uma grande diferença de colonização bacteriana nas capsulas doentes, o que poderia sugerir uma forte relação do biofilme com o aparecimento do tumor.

SHUTTERSTOCK

Bibliografia: 1 - de Jong D, Vasmel WL, de Boer JP, et al. Anaplastic large-cell lymphoma in women with breast implants. JAMA. 2008;300(17):2030-5. **2-** Doren EL, Miranda RN, Selber JC, et al. United States Epidemiology of Breast Implant-Associated Anaplastic Large Cell Lymphoma. Plast Reconstr Surg. 2017 Jan 20. **3-** Brody GS, Deapen D, Taylor CR, et al. Anaplastic large cell lymphoma occurring in women with breast implants: analysis of 173 cases. Plast Reconstr Surg. 2015;135(3):695-705. **4-** Clemens MW, Collins MS, Butler CE, et al. Characteristics and Treatment of Patients with Breast Implant-Associated Anaplastic Large Cell Lymphoma Presenting with Aggressive Features. Plast Reconstr Surg. 2015;136(4 Suppl):119-20. **5-** https://www.tga.gov.au/alert/breast-implants **6-** Kyle DJ, Oikonomou A, Hill E, Bayat A. Development and functional evaluation of biomimetic silicone surfaces with hierarchical micro/nano-topographical features demonstrates favourable in vitro foreign body response of breast-derived fibroblasts. Biomaterials. 2015;52:88-102. **7-** Hu H, Johani K, Almatroudi A, et al. Bacterial Biofilm Infection Detected in Breast Implant-Associated Anaplastic Large-Cell Lymphoma. Plast Reconstr Surg. 2016;137(6):1659-69. **8-** Clemens MW, Miranda RN, Butler CE. Breast Implant Informed Consent Should Include the Risk of Anaplastic Large Cell Lymphoma. Plast Reconstr Surg. 2016;137(4):1117-22. **9-** https://cdn.plasticsurgery.org/doc/Joint-ASPS-ASAPS-Statement-On-Breast-Implant-Associated-ALCL.pdf **10-** Srinivasa DR, Miranda RN, Kaura A, et al. Global Adverse Event Reports of Breast Implant-Associated ALCL: An International Review of 40 Government Authority Databases. Plast Reconstr Surg. 2017 Jan 20. **11-** Clemens MW, Medeiros LJ, Butler CE, et al. Complete Surgical Excision Is Essential for the Management of Patients With Breast Implant-Associated Anaplastic Large-Cell Lymphoma. J Clin Oncol. 2016;34(2):160-8.

Há necessidade de informar o paciente quanto a possibilidade do BI-ALCL?

Mark Clemens também publicou recentemente no PRS[8] que todos os médicos americanos deveriam informar seus pacientes sobre a possível ocorrência do BI-ALCL no termo de consentimento; entretanto o FDA, por ora, ainda não obriga tal prática. Um exemplo de informação para ser contida nos termos entregues aos pacientes foi sugerido pela empresa Sientra®, nos EUA e segue a tradução na íntegra:

"Mulheres com implantes mamários possuem um risco pequeno, porém crescente de desenvolver ALCL no tecido cicatricial (cápsula) ou em líquidos adjacentes ao implante. O ALCL não é um câncer da mama, e sim um raro tipo de linfoma não-Hodgkin (cânceres do sistema imunológico).Muitos pacientes foram diagnosticados quando eles procuraram seus cirurgiões para tratar problemas relacionados ao implante como dor, nódulos palpáveis, edema e assimetria que apareceram após o sítio cirúrgico estar completamente cicatrizado. Nestes casos reportados, o ALCL foi tipicamente diagnosticado anos após a cirurgia primária. Seu médico deve considerar a possibilidade de ALCL se, após a cicatrização completa, a paciente observar mudanças na aparência e/ou mudanças de sensibilidade (como dor e súbito aumento de volume gerando assimetria). Se o ALCL se faz suspeito, seu médico a encaminhará para um especialista apropriado para a adequada avaliação, que pode envolver coleta de amostras cirúrgicas dos fluídos e da cápsula que envolve o implante. Se o ALCL for confirmado, você receberá um tratamento específico. Devido ao pequeno número de casos em todo o mundo e variedade de opções de tratamentos disponíveis, não existe um tratamento único sugerido. Importante: se você possui implantes mamários e não apresenta nenhum sintoma, você não precisará fazer nada além de monitorar seus implantes mamários e seguir as orientações médicas. A remoção dos implantes não é recomendada em mulheres que não apresentem sintomas e sem diagnóstico de ALCL."

Como se realiza a suspeita e diagnostico?[9]

A maioria dos casos apresentados na literatura apresentou seroma tardio. O diagnóstico é feito por punção guiada por ultrassom com agulha fina e aspiração do líquido periprótese. O líquido coletado deve ser encaminhado para pesquisa de linfócitos T–ALK -negativos e imuno-histoquimica para CD30 positivo. Ademais, quando os testes do fluído forem positivos para ALCL, deve-se proceder a ressonância magnética das mamas. Mamografias não auxiliam no diagnóstico.

Qual é a prevalência do BI-ALCL no Brasil?

Segundo estudo recentemente publicado no PRS10, com base em dados coletados no NOTIVISA (Sistema de notificação compulsório para eventos adversos e defeitos de fabricação de insumos médicos da ANVISA), não há relato de caso documentado em território nacional.

Qual o tratamento do BI-ALCL?

O tratamento primário ideal para BI-ALCL e a cirurgia com remoção de implantes e capsulectomia total. Pesquisadores também do MD ANDERSON CANCER CENTER realizaram uma revisão retrospectiva[11] de todos os casos publicados de 1997 a 2015. Eles selecionaram 27 pacientes com doença avançada e contataram autores correspondentes para atualizar o acompanhamento clínico. Eles compararam o tratamento e os resultados desses pacientes com os de 65 pacientes controle com BI-ALCL, mas sem características agressivas.

Os pacientes com BI-ALCL avançado incluíam três com doença bilateral e 24 com metástases linfonodais. A cirurgia definitiva foi utilizada para tratar 16 (59,3%) pacientes com BI-ALCL avançado, cirurgia limitada para 19 pacientes (70,4%), quimioterapia para 24 pacientes (88,9%), quimioterapia de resgate para 11 pacientes (40,7%), radiação para 15 pacientes (55,6%) e transplante autólogo de células-tronco para cinco pacientes (18,5%). Nenhum paciente tratado com cirurgia definitiva morreu de BI-ALCL.

A remissão completa ocorreu em 18 pacientes. Seis pacientes morreram de ALCL, dois morreram de doença não relacionada e um paciente está vivo, porém portador do ALCL. As taxas de remissão completa foram 97% para o grupo controle, 67% para o grupo com doença bilateral e 67% para aqueles com metástases linfonodais. Esta pesquisa foi patrocinada pela The Plastic Surgery Foundation (órgão de pesquisa ligada a ASPS).

O objetivo deste artigo é alertar e atualizar os colegas membros da Sociedade Brasileira de Cirurgia Plástica (SBCP) sobre as maiores evidências científicas acerca deste importante tema, que suscita constante debate entre nossos pares em todo o mundo. A segurança de nossos pacientes é o objetivo primaz de nossa profissão.

ANDRÉ CERVANTES
Membro Titular SBCP
Membro Internacional
ASAPS, ASPS & ISAPS

LifeSil
Silicone Implant

ADHERENCE®

silicone expandido

- Maior aderência aos tecidos quando comparado a implantes microtexturizados;
- Biocompatível com tecidos do corpo humano;
- Facilidade de implantação, posicionamento e remoção;
- Naturalidade estética das mamas;
- Auxilia na prevenção da ptose mamária;
- Resultados pós-operatórios prolongados.

102 modelos de implantes em vários modelos e perfis.

IMPLANTE DE 7ª GERAÇÃO
MACROTEXTURA DE SILICONE EXPANDIDO

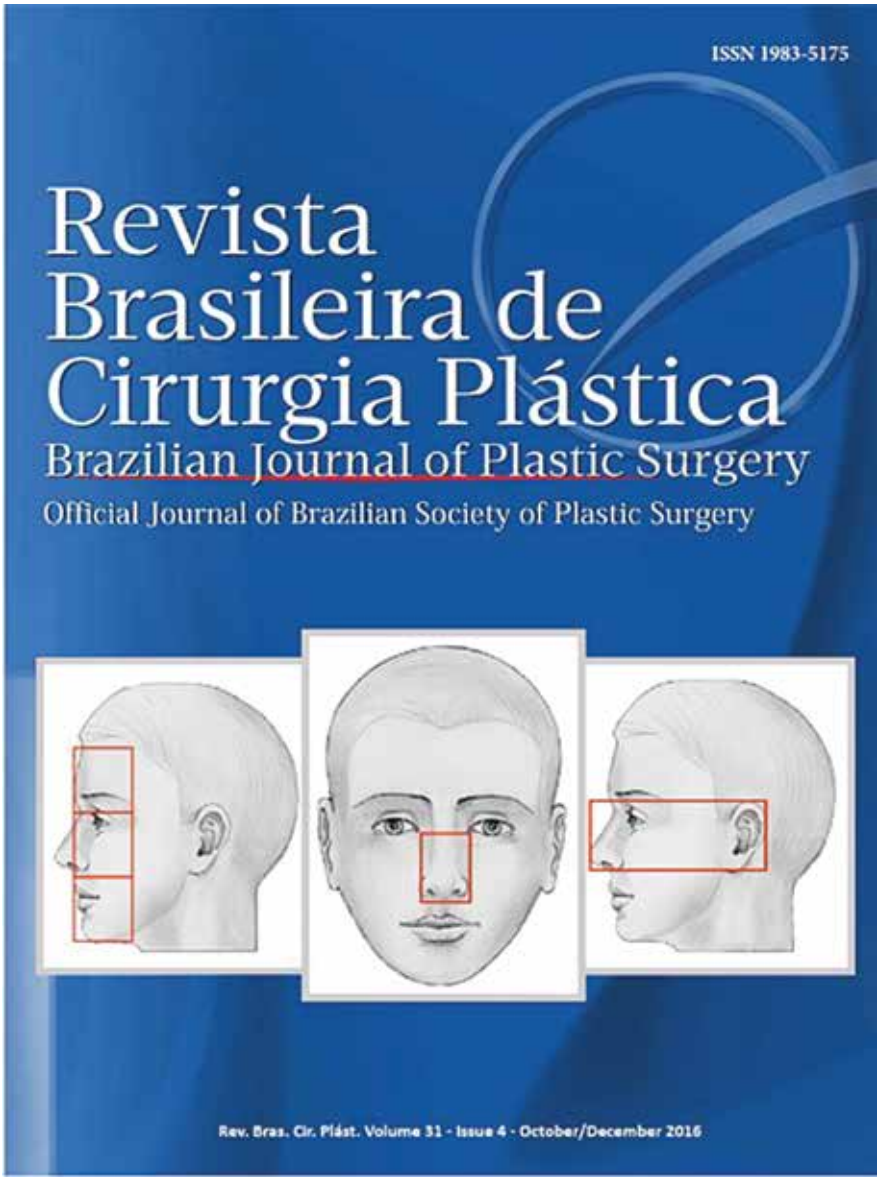
DSS®
DUAL SHELL SYSTEM

macrotextura de silicone expandido

LifeSil Silicone Implant
INDÚSTRIA BRASILEIRA
Rua José Mendes Sobrinho, 536
Cidade Industrial de Curitiba
+55 (41) 3156 7900
www.lifesil.com
instagram.com/LifesilSilicone
facebook.com/LifesilSilicone

DESTAQUES DA REVISTA BRASILEIRA DE CIRURGIA PLÁSTICA

Em dezembro de 2016, chegamos ao volume final da nossa Revista Brasileira de Cirurgia Plástica com a satisfação do dever cumprido. A revista teve mais de um milhão de acessos nos últimos doze meses! Prova dos esforços monumentais realizados pelo editor-chefe, Professor Dov Goldenberg, dos coeditores Professor Antonio Bozola, Professor Rolf Gemperli e Dr. Hugo Nakamoto; e de nosso sempre solícito corpo de revisores. E, é claro, acima de tudo, da qualidade e relevância dos assuntos abordados nos artigos.



Feitos os agradecimentos e dada a notícia, vamos a alguns dos destaques desse número. Lopes Silveira realizou um trabalho interessante, de algo que sempre gera dúvida nos casos de rinoplastia com o uso de enxertos afastadores: o alargamento do dorso nasal.

Campagnari oferece uma alternativa interessante e de menor morbidade para as reconstruções de pálpebra inferior e região malar quando comparados à tradicional escolha dos extensos e retalhos cervicofaciais: os retalhos em VY. Estes mostraram-se com baixo índice de complicações, inclusive com possibilidade de realização sob anestesia local.

Nepomuceno et al. apresentam uma série retrospectiva de 30 retalhos microcirúrgicos para reconstrução de cabeça e pescoço, com taxas de sucesso comparáveis aos melhores centros mundiais (93,3%).

Comprovando o caráter inovador do cirurgião plástico brasileiro, Gonçalves et al. mostram sua proposta de plicatura dos retos em espartilho. Ficou curioso? Leia o artigo para mais informações.

Também vale a pena conferir a revisão sobre o difícil tratamento da epidermólise bolhosa, realizado pelo Grupo de Feridas do atuante Serviço de Cirurgia Plástica da Universidade de São Paulo - Ribeirão Preto; e um segundo artigo de revisão sobre o uso de preenchedores na face masculina, realizado por Magri e de Maio, este último uma das maiores autoridades mundiais no assunto.

Finalmente, uma ótima revisão a respeito da avaliação e de parâmetros estéticos aplicados à rinoplastia por Furtado. Esperamos que você aproveite as dicas. Um grande abraço e tenha uma ótima leitura!

DR. HUGO NAKAMOTO
Coeditor, Revista Brasileira de Cirurgia Plástica

BICHEC
MAIS UM PRO
NO ROL DA CIRU

Na literatura, a primeira descrição da lipectomia bucal data de 1972, quando Tenta retirou a Bola de Bichat em associação à ritidoplastia para obter um melhor contorno facial. Em 1980, Epstein descreveu o procedimento para tratar especificamente as bochechas proeminentes, que, em inglês, são chamadas chubby cheeks. Desde então, vários autores publicaram trabalhos a respeito. Nomes relevantes como Guerreiro-Santos, Stuzin, Ortiz-Monasterio, Kawamoto e outros estão entre eles.

Alan Matarasso, de Nova Iorque, é o cirurgião com maior número de trabalhos publicados sobre o assunto e ele chama a atenção para o contorno facial ideal no qual a bochecha não ultrapassaria uma linha perpendicular entre o zigoma e a mandíbula. Realmente, quando a bochecha se projeta além dessa linha, a face se torna mais arredondada, alargada, e essa imagem pode remeter à infantilidade e, consequentemente, menor atratividade sexual. A proeminência zigomática também é importante para a harmonia facial e sua convexidade deve estar presente para o rosto ser atraente e jovial. O objetivo da Bichectomia é justamente alcançar esses dois aspectos: a bochecha menos proeminente e o zigoma mais realçado.

Quando a primeira paciente me procurou para diminuir as bochechas, eu não imaginava o potencial que estaria por vir. A então acadêmica de medicina do hospital onde trabalhava se incomodava muito com o formato arredondado do rosto a ponto de não se expor em redes sociais e evitar ser fotografada. Em meus 10 anos como cirurgião plástico, em 2013, nunca havia tido a oportunidade de realizar a cirurgia que só ouvira falar remotamente, a tal Bichectomia. Devido à formação em cirurgia craniomaxilofacial, já havia manipulado muito a Bola de Bichat em cirurgias ortognáticas, fraturas de face e remoções de tumores, mas o desafio agora era fazer uma ressecção na medida certa, com uma incisão pequena e que alcançasse o objetivo estético. Felizmente, a operação foi muito bem sucedida e o resultado foi tão favorável que várias colegas da paciente começaram a me procurar e, após mais alguns casos satisfatórios, me dei conta de como esse procedimento relativamente simples poderia ajudar milhares de pessoas que até então não sabiam que seu problema tinha solução. Percebi que ter as bochechas proeminentes poderia ser tão desagradável quanto ter, por exemplo, orelhas em abano. E foi assim que me empenhei em divulgar a cirurgia, afinal, algo tão benéfico não poderia ficar tão desconhecido.

Em 2014, após ampla divulgação da imprensa, a Bichectomia passou a ser bastante popular no Brasil. Praticamente todos os meios de comunicação veicularam matérias sobre o assunto. E a procura nos consultórios de cirurgia plástica aumentaram exponencialmente, fazendo com que a técnica se consolidasse como mais uma opção em nosso rol de procedimentos.

Pela nômina anatômica atual, a Bola de Bichat é conhecida por Corpo Adiposo da Bochecha (CAB). Trata-se de uma estrutura gordurosa possivelmente de origem ectodérmica (diferente do subcutâneo que vem do mesoderma), com histologia semelhante à gordura visceral, e função de coxim intermuscular que evitaria o colabamento das bochechas durante, principalmente, a sucção do leite materno. Foi primeiramente descrita por Heister em 1732 como uma glândula, porém, em 1802, Bichat descobriu tratar-se de um tecido adiposo e acabou tendo a estrutura batizada com seu nome.

A anatomia do Corpo Adiposo da Bochecha foi muito bem estudada por Zhang et al cujo trabalho foi publicado na Plastic and Reconstructive Surgery, em 2002, e descreve a estrutura como tendo três lobos: anterior, intermediário e posterior. Este último possuindo quatro extensões (bucal, pterigóide, pterigopalatina e temporal). A extensão bucal é a mais superficial e ocupa o espaço que compreende o músculo bucinador medialmente, o sistema músculo-aponeurótico superficial da face (SMAS) anterolateralmente e a pa-

SHUTTERSTOCK

TOMIA: OCEDIMENTO URGIA PLÁSTICA

rótida e o masseter posteriormente. Sua variação volumétrica impacta diretamente no formato da face. Quanto maior o seu tamanho, mais arredondado será o rosto do indivíduo. Outros fatores também influenciam a largura facial dos terços médio e inferior, são eles: estrutura óssea (zigoma e mandíbula), musculatura (SMAS e, principalmente, o masseter), volume da parótida e espessura do subcutâneo e da pele.

Um diagnóstico preciso é condição fundamental para o sucesso do tratamento da face larga. O paciente obeso, com acúmulo de gordura subcutânea, pouco ou nada será beneficiado pela Bichectomia. A hipertrofia de masseter é outra condição que deverá ser avaliada e devidamente tratada quando o objetivo for deixar o rosto mais delicado. Por outro lado, o indivíduo com a face magra, biotipo mesofacial ou dolicofacial, com Bola de Bichat desproporcionalmente grande e masseter normotrófico será o candidato ideal para o procedimento isolado.

Ainda falando de diagnóstico, é importante saber a real queixa do paciente, pois alguns confundem a região da bochecha com a proeminência zigomática, cujo excesso de projeção pode até ser piorado com a remoção do CAB. Além da anamnese e do exame físico, uma avaliação objetiva pode ser obtida através de exames de imagem, como a tomografia computadorizada e a ressonância nuclear magnética.

Discussões sobre o efeito da retirada do CAB a longo prazo estão sempre presentes e a maioria dos estudos chega a conclusão que seu volume pouco se altera com a idade e, ao que parece, vai ocorrendo uma frouxidão dos tecidos de sustentação levando a uma ptose da estrutura adiposa. Logo, se a Bola de Bichat aumentada incomoda o paciente, provavelmente o continuará fazendo ao longo dos anos. A diferença é que poderá estar numa posição mais caudal.

A técnica cirúrgica da minha preferência é a descrita por Matarasso, talvez com a incisão um pouco mais inferior a dele. Realizo-a longitudinalmente a meio caminho entre o sulco gengivolabial superior e a papila do ducto parotídeo, após a infiltração de anestésico local com vasoconstrictor. Prefiro associar a sedação, mas não a julgo essencial, podendo ser realizada ambulatorialmente. Utilizo eletrocautério no modo "corte", com intensidade baixa e disseco assim até a abertura da membrana bucofaríngea, passando pelo músculo bucinador. Um centímetro e meio é suficiente para a identificação e tração, com uma pinça hemostática curva, da bolsa gordurosa que é exteriorizada e ressecada com o cautério em modo "coagulação". A sutura é realizada com Categute 4-0, com ponto contínuo englobando as bordas do bucinador e a mucosa.

Os cuidados pós-operatórios incluem uma alimentação mais macia e fria nos primeiros dois dias, uso de antibiótico por sete dias, antiinflamatório por cinco dias e analgesia, se necessária. Deixo também com antisséptico bucal a base de clorexidina sem álcool e oriento a não realizar atividade física por uma semana. Como evolução habitual, teremos um edema maior nos três ou quatro primeiros dias e um resultado final entre dois e três meses.

Sempre que necessário, associo procedimentos que atuam em outros aspectos da face para deixá-la mais harmônica, como lipoaspiração de submento e região malar, uso de toxina botulínica no masseter, tratamento da flacidez com estímulo de colágeno, preenchimento zigomático, ritidoplastia, etc.

Um bom resultado deve incluir diagnóstico correto, ressecção na medida certa, precisão técnica para evitar iatrogenias e associação de tratamentos quando necessário. Sem dúvida, nós, cirurgiões plásticos, somos os profissionais mais completos em todos esses sentidos e, por isso, os mais capacitados a realizar a Bichectomia.

DR. EDUARDO KANASHIRO
Membro Titular da SBCP

DISTRIBUIDORES AUTORIZADOS MENTOR®: Conmed (São Paulo Capital) - 0800 114 955/5081-8282 / Cene Protéses e Implantes (Interior de São Paulo) - (17) 3355-0950 / Real Médica (Rio de Janeiro) - (21) 3329-3131/0800-022-3637 / Orthohead (Espírito Santo) - (27) 2121-9710/2121-9740 / NHC (Minas Gerais) - (31) 3370-9050 (16) 3963-9090 / Grupo Empório Saúde (Vale do Paraíba) - 0800 850 1010 / F Ribeiro (Rio Grande do Sul) - (51) 3328-6238/3328/8567 / Grupo Empório Saúde (Paraná e Santa Catarina) - 0800 850 1010 / Brasmédica (Distrito Federal, Mato Grosso, Mato Grosso do Sul e Tocantins) - (61) 3273-3620 / CETEPA (Belém) - (91) 3246-6884/3246-5637 / Biotargeting (Amazonas) - (92) 3231-1194 / Fortmed (Goiás) - (62) 3945-3031 / Art Médica (Ceará) (85) 3278-2844/3307-9696/ Disdrol (Piauí) - (86) 2106-8500 / Med Surgery (Maranhão) - (98) 3248-3212/3248-3140 / Endocenter (Pernambuco, Alagoas, Rio Grande do Norte e Paraíba) - (81) 3265-9050 / SCMed (Bahia e Sergipe) - (71) 3334-2598/3334-1996.

©Johnson & Johnson do Brasil Indústria e Comércio de Produtos para Saúde Ltda., 2017.

Johnson & Johnson Medical Brasil, uma divisão de Johnson & Johnson do Brasil Indústria e Comércio de Produtos para Saúde Ltda. - Avenida Presidente Juscelino Kubitschek, 2041 - Complexo JK - Bloco B - São Paulo/SP - 04543-011

Outubro/2017

067724-170220

MENTOR®
PART OF THE Johnson & Johnson FAMILY OF COMPANIES

mentorla@its.jnj.com
www.mentorimplantes.com.br

Antes da intervenção, é da responsabilidade do cirurgião advertir as futuras pacientes ou os seus representantes acerca das possíveis complicações associadas à utilização deste produto.

Programa Básico do Curso Integrado Nacional (CIN) começa em março

DIVULGAÇÃO

Dr. Denis Oksman, Dr. Luiz Fernando Pinheiro, Dra. Telma Abdo de Oliveira e Dr. Rafael Mamoru Carneiro Tutihashi

No dia 14 de março começa o Curso de Residentes, que corresponde às aulas do 3º ano de 2017.

A grade do curso contempla diversos temas, como cirurgias estéticas, procedimentos anicilares, segurança em cirurgia plástica, cirurgia capilar, feridas e biometrias e metodologia científica em cirurgia plástica.

Dentro desses temas, as aulas terão semanas estratégicas e abordarão assuntos como orelhas proeminentes, toxina botulínica, cirurgia videoendoscópica, abdominoplastia, lipoabdominoplastia, segurança em cirurgia plástica, ética médica, perícia médica, responsabilidade civil, entre outros.

Curso contempla cirurgias estéticas, segurança em cirurgia plástica, procedimentos anicilares, entre outros temas

Os temas serão ministrados até outubro pelos seguintes palestrantes: Dr. Andre Auersvald, Dr. Farid Hakme, Dr. Niveo Steffen, Dr. Nivaldo Alonso, Dr. Cecin Daoud Yacoub, Dr. Pedro Bins Ely, Dr. Alcemar Maia Souto, Dr. Haroldo Batista Pereira, Dr. José Horácio Costa Aboudib Junior, Dr. Henri Friedhofer, Dr. Juarez Moraes Avelar, Dra. Alessandra Grassi Salles, Dr. Enzo José Rivera Citarela, Dr. Carlos Casagrande, Dr. Osvaldo Saldanha, Dr. Mauro Deos, Dr. Luciano Ornelas Chaves, Dr. Dênis Calazans Loma, Dr. Henrique Nascimento Radwanski, Dr. Dimas André Milcheski, Dr. Juan Carlos Montano Pedroso e Dr. Gustavo Flosi Stocchero.

A Dra. Vera Cardim será a moderadora das palestras que somam 20 aulas no total.

Os procedimentos estéticos mamários, especialmente a inclusão de implantes, estão entre os mais frequentes em todo o mundo. Estima-se que foram realizados cerca de 2,8 milhões de cirurgias estéticas envolvendo as mamas em todo o mundo, apenas em 2015. O Brasil assume papel de liderança nesse ranking, estando atrás apenas dos Estados Unidos (1).

Dentre as complicações envolvidas nesses procedimentos, as infecções estão entre as mais temidas devido ao risco de perda do implante e por suas consequências estéticas, além da dificuldade de erradicar determinadas infecções. Implantes em cirurgias de reconstrução após mastectomia, como em casos de câncer, têm maior risco de infecção quando comparados às cirurgias de aumento mamário.

As complicações infecciosas podem ser superficiais, envolvendo apenas o sítio cirúrgico, ou mais profundas, além de envolver o implante. Nesses casos, a erradicação do agente infeccioso pode ser particularmente difícil pelo fato de alguns microrganismos formarem biofilme. Essa estrutura complexa é constituída por uma matriz de polímeros secretada por certos microrganismos, como os Staphilococcus epidemidis, e que se adere à superfície de estruturas biológicas, servindo como abrigo e suporte à proliferação bacteriana(2). A erradicação do biofilme apenas com o uso de medicações antimicrobianas é particularmente difícil, se não impossível em muitos casos. Nessas situações, o tratamento definitivo envolve a retirada do material implantado.

A fonte de infecção nas cirurgias de próteses mamárias pode ser endógena ou exógena. A primeira compreende as infecções a partir de bactérias que compõem a microbiota da pele e dos ductos mamilares. As bactérias mais comumente encontradas nestes sítios são os Staphylococcus epidermidis e, em menor proporção, os Bacillus subtilis e difteróides(3). Nesses casos, a inoculação de bactérias ocorre no momento da incisão da pele ou durante o procedimento cirúrgico. Mais raramente, a infecção do implante pode ocorrer durante episódio de bacteremia, a partir de infecção em outro sítio corporal. As infecções por fontes exógenas decorrem da contaminação dos implantes previamente ao procedimento cirúrgico, como por exemplo durante a manufatura, manipulação ou preenchimento com solução contaminada, no caso dos implantes de solução salina; ou durante a cirurgia, por fontes ambientais ou da própria equipe cirúrgica.

Clinicamente, as infecções de implantes mamários podem se apresentar de forma aguda e bem evidente, ou como infecção tardia e com sinais menos nítidos. As infecções agudas são mais frequentes e, geralmente, se apresentam entre uma e seis semanas após a cirurgia. As manifestações clínicas incluem febre, dor e eritema. Manifestações sistêmicas graves, incluindo a síndrome do choque tóxico, embora raras, têm sido descritas(4). Os microrganismos mais frequentemente isolados nas infecções agudas são aqueles que compõem a microbiota da mama, como Staphylococcus epidermidis, S. aureus, Propionibacterium acnes, Bacillus subtilis, difteróides e lactobacilos (5).

As infecções tardias surgem após alguns meses ou até anos depois do procedimento cirúrgico. Geralmente decorrem de implantação bacteriana nas próteses durante episódios de

bacteremia. Portanto, em portadores de próteses mamária, as infecções bacterianas de outros sítios corporais devem ser precocemente diagnosticadas e tratadas com antibióticos. As manifestações clínicas nas infecções tardias são mais sutis, o que contribui para o atraso do diagnóstico e, consequentemente, do tratamento adequado. Dor discreta, leve calor ou hiperemia locais e retardo na cicatrização da ferida cirúrgica são alguns dos achados clínicos. Nas infecções mais arrastadas podem ser detectadas fadiga e a contratura capsular. Os agentes infecciosos mais frequentes nesses casos continuam sendo

SHUTTERSTOCK

INFECÇÕES EM IMPLANTES MAMÁRIOS

aquelas bactérias da microbiota local e Gram-negativos (5,6).

Embora infrequentes, as micobactérias não tuberculosas têm ganhado destaque pelo crescente aumento de relatos de infecções de implantes mamários, além da dificuldade no diagnóstico e tratamento desses agentes particulares. As espécies isoladas com maior frequência pertencem ao grupo M. fortuitum (5). Essas bactérias são amplamente distribuídas no ambiente e podem contaminar a água, o solo e a poeira. Portanto, são potenciais contaminantes do ambiente cirúrgico.

As infecções por micobactérias podem apresentar curso clínico agudo ou crônico (6). O diagnóstico correto depende de alto índice de suspeição para esses agentes, pois requer métodos diagnósticos específicos como coloração para a pesquisa de bacilos álcool-ácido resistentes, meio de cultura Lowenstein-Jensen ou técnica envolvendo biologia molecular como a reação em cadeia da polimerase (PCR).

O diagnóstico das infecções de implantes mamários depende, inicialmente, da suspeita clínica, que em alguns casos não é fácil de ser realizada devido à escassez de sinais ou sintomas. A ultrassonografia (US) é incialmente realizada por ser de rápido acesso e capaz de detectar coleção de fluídos ao redor da prótese. No entanto, esse método não é capaz de confirmar se a coleção é decorrente ou não de um processo infeccioso. Para isso, é essencial a coleta de material, que pode ser realizada inclusive com a ajuda do US, para o adequado diagnóstico microbiológico.

Essa etapa crucial no diagnóstico muitas vezes é subestimada ou desprezada com a introdução de antibioticoterapia empírica em casos em que a coleta da material era claramente possível. Recomenda-se que o material coletado em quantidade suficiente seja encaminhado para realização de bacterioscopia, culturas para bactérias aeróbias, anaeróbias e micobactérias. Nos casos em que há retirada de tecido, o mesmo deve ser encaminhado para exame histopatológico, além das referidas culturas(6). O suporte de um laboratório de microbiologia de referência é de extrema importância nesta etapa.

O tratamento das infecções, idealmente, deve ser guiado pelo agente isolado e pelo antibiograma. Nos casos de maior gravidade, a antibioticoterapia empírica deve ser iniciada após a coleta do material suspeito e também de hemoculturas. Obviamente, o tratamento será ajustado com base no agente isolado e antibiograma. Em muitos casos, além da antibioticoterapia, o tratamento depende da retirada do material implantado. O auxílio de especialista no tratamento dessas infecções é recomendado.

Em conclusão, o aumento do número de cirurgias de implante mamário propiciou a crescente incidência de infecções relacionadas. Tais infecções se acompanham de considerável morbidade, prejuízos psicológicos e também estéticos. O diagnóstico é muitas vezes desafiador. O mesmo ocorre com o tratamento, que muitas vezes requer curso prolongado de antibióticos, riscos de recidiva e de retirada do implante. Portanto, a mínima suspeita de infecção de próteses mamárias deve desencadear um protocolo apropriado e rigoroso de investigação diagnóstica. O sucesso no diagnóstico implica em maior chance de sucesso terapêutico.

PROF. DR. RODRIGO DE CARVALHO SANTANA
Docente da Divisão de Moléstias Infecciosas da Faculdade de Medicina de Ribeirão Preto da USP

Referências 1. International Society of Aesthetic Plastic Surgery. ISAPS Global Statistics. Acessado em 24 de novembro de 2016. Disponível em: http://www.isaps.org/Media/Default/global-statistics/2016%20ISAPS%20Results.pdf. 2. Gupta P, Sarkar S, Das B, Bhattacharjee S, Tribedi P. Biofilm, pathogenesis and prevention-a journey to break the wall: a review. Archives of Microbiology. 2016 Jan;198(1):1-15. 3. Courtiss EH, Goldwyn RM, Anastasi GW. The fate of breast implants with infections around them. Plastic and Reconstructive Surgery. 1979 Jun;63(6):812-6. 4. Holm C, Muhlbauer W. Toxic shock syndrome in plastic surgery patients: case report and review of the literature. Aesthetic Plastic Surgery. 1998 May-Jun;22(3):180-4. 5. Rubino C, Brongo S, Pagliara D, Cuomo R, Abbinante G, Campitiello N, et al. Infections in breast implants: a review with a focus on developing countries. Journal of Infection in Developing Countries. 2014 Sep 12;8(9):1089-95. 6. Pittet B, Montandon D, Pittet D. Infection in breast implants. The Lancet Infectious Diseases. 2005 Feb;5(2):94-106.

Tecnologia de Segurança Q Inside™

Leitor Q Inside

Q Inside Safety Technology

Escolha os Implantes Motiva® — você nunca terá de decidir entre a segurança e a satisfação do paciente

<1% Contratura capsular*

<1% Ruptura*

Motiva® implants

*Ao longo de 5 anos de um estudo prospectivo de 10 anos

Implantes Motiva® Implante Mamário de Silicone Resumo de Dados Clínicos: Acompanhamento de 5 anos. Establishments Labs S.A., março de 2016

www.motivaimplantes.com.br

JORNADA PAULISTA DE COSMIATRIA

Evento sobre cosmiatria em outubro

Nos últimos anos verificamos que o número de cirurgias caiu, porém o número de procedimentos cosmiátricos subiu vertiginosamente. Enxergamos nisso uma grande oportunidade de expansão dos nossos atendimentos e de oferecer aos nossos pacientes um abordagem completa.

Com os pacientes por perto podemos realizar um atendimento global e ter uma relação muito próxima, trabalhando no bem-estar, no preparo cirúrgico e na manutenção dos nossos resultados.

A Jornada Paulista de Cosmiatria representa uma grande realização para a regional São Paulo, que criou o Cosmiatry, curso continuado de educação em cosmiatria. A Jornada, como todas as edições da JP, baseia-se em situações práticas, e assim a troca de experiências é enorme e resulta em grande aprendizado!

Até breve

DEC - EQUIPE DO COSMIATRY

PROGRAMAÇÃO CIENTÍFICA

Uso Avançado da Toxina Botulínica
Moderador: Dr. Felipe Lehmann Coutinho (SP)
Relatores: Dr. Vitorio Maddarena Junior (SP), Dr. Ricardo Frota Boggio (SP), Dr. Alessandra Grassi Salles (SP), Dra. Gabriela Casabona (SP) – Dermatologista.
Objetivos Didáticos: Supercílio (Ptose, Assimetria, Modelagem), Pescoço (Nefertiti, Platisma), Região Perioral (Sorriso Gengival, Ptose do Canto, Rugas Periorais, Mentual), Ponta Nasal, Glândula Submandibular e Masseter.

Tratamento Complementar da Cirurgia Corporal
Moderador: Dra. Alessandra Haddad (SP)
Relatores: Dr. Rodrigo Gimenez (Campinas), Dr. Silvio Frizzo Ognibene (SP), Dr. Ricardo Alves Marujo (SP), Dr. Luiz Eduardo Toledo Avelar (MG).
Objetivos Didáticos: Discussão de Casos com Vídeos

Tratamento do Terço Médio - Projeção Malar e Sulco Nasolabial
Moderador: Dr. Ricardo Frota Boggio (SP)
Relatores: Dra. Eliza Minami (SP), Dra. Gabriela Lustri Eiras Schwartzmann (Ribeirão Preto), Dr. Rogério de Oliveira Ruiz (SP) e Dra. Alessandra Haddad (SP).
Objetivos Didáticos: Discussão de Casos com Vídeos

Conferência I
Palestrante: Dr. Taimur Shoaib (Escócia)
Tema: Comprehensive Filler Treatments for a Natural Look.

Conferência II
Palestrante: Dra. Gabriela Casabona (SP) - Dermatologista
Tema: Avaliação Tridimensional da Face

Workshop – Allergan
Moderador: Dr. Ricardo Frota Boggio (SP)
Palestrantes: Dr. Ricardo Frota Boggio (SP), Dr. Daniel Coimbra (RJ) – Dermatologista, Dra. Bruna Bravo (RJ) – Dermatologista.
Tema: Tudo o que o Cirurgião Plástico Precisa Saber.

Gadget Show I
Moderadores: Dr. Luis Henrique Ishida (SP) e Dra. Priscila Arruda Bruno (SP)
Hialurox, MTO – Dr. Roller, Sinclair, Galderma, CromaPharma, Merz

Gadget Show II
Moderadores: Dra. Eliza Minami (SP) e Dr. André Cervantes (SP)
Dermadream, BTL, Quantificare, Allergan, Skintec, Fotona

Tratamento das Mãos
Moderador: Dr. Maurício da Silva Lorena de Oliveira (SP)
Relatores: Dra. Priscila Arruda Bruno (SP), Dra. Edith Kawano Horibe (SP), Dr. Emerson Alves (SP) – Dermatologista, Dra. Luciana Lourenço (SP) – Dermatologista.
Objetivos Didáticos: Discussão de Casos com Vídeos

Conferência III
Palestrante: Dr. Daniel Coimbra (RJ) – Dermatologista
Temas: Aplicações Extra Faciais com Ácido Polilactico, Preenchimento Além da Cosmiatria, Tratamento da Paralisia Facial.

Tratamento de Pescoço e Colo
Moderador: Dra. Alessandra Grassi Salles (SP)
Relatores: Dra. Ana Lucia Gonzaga da Cunha (SP), Dr. Ricardo Augusto Santana Davanço (SP), Dra. Cintia Rios Camilo (SP), Dra. Audrey Katherine Worthington (SP).
Objetivos Didáticos: Discussão de Casos com Vídeos

Tratamento Complementar da Ritidoplastia
Moderador: Dr. Elvio Bueno Garcia (SP)
Relatores: Dr. Marcelo Rodrigues da Cunha Araújo (SP), Dr. Fabio Rosa Carramaschi (SP), Dr. Daniel Vasconcellos Regazzini (Campinas).
Objetivos Didáticos: Abordagem do Paciente de Lifting Facial; Como é Inserida a Cosmiatria na Rotina destes Pacientes; Procedimentos mais Frequentes.

Como Aumentar o seu Movimento Cirúrgico Agregando a Cosmiatria. E como cobrar?
Moderador: Dr. Paulo Keiki Rodrigues Matsudo (SP)
Dr. Taimur Shoaib (Escócia), Dr. Sérgio Aluani (SP), Dr. Eduardo Sucupira (RJ), Dr. Daniel Vasconcellos Regazzini (Campinas-SP)
Objetivos Didáticos: Painel de Discussão.

Conferência IV
Palestrante: Dr. Taimur Shoaib (Escócia)
Tema: The Management of Complications Associated With Fillers.

Conferência V
Palestrante: Dra. Eliandre Costa Palermo (SP) – Dermatologista
Tema: Anatomia Associada ao Uso de Preenchedores e Toxina Botulínica

Workshop I – Sinclair Pharma - Fios de Sustentação
Palestrante: Dr. Mauro André Arguello (SP)

Workshop II – MTO Importadora (Dr. Roller) - Microagulhamento
Palestrante: Dra. Celia Luiza Peterson Vitello Kalil (RS) – Dermatologista, Dra. Christine Rachelle Prescendo Chaves (RS) – Farmacêutica
Tema: Drug Delivery Assistido pelo Microagulhamento

Tratamento 4D da Região Periorbitária
Moderador: Dra. Aneta Vassiliadis (SP)
Relatores: Dra. Marisa Gonzaga da Cunha (SP) – Dermatologista, Dr. Aristóteles Bersou Junior (SP), Dra. Bianca Maria Barros Ohana (RJ), Dra. Ruth Graf (PR).
Objetivos Didáticos: Discussão de Casos com Vídeos

Tratamento do Contorno Facial (Mandíbula / Mento / Nariz)
Moderadora: Dra. Priscila Arruda Bruno (SP)
Relatores: Dra. Magda Exposito (SP) – Dermatologista, Dr. Fábio Lopes Saito (SP), Dr. Elizeu Alves de Lavor Neto (AM), Dr. Vinicius Figueiredo (SP) – Dermatologista.
Objetivos Didáticos: Discussão de Casos com Vídeos

Jornada Paulista reunirá convidad para debater sobre os avanços da

36ª Jornada Paulista de Cirurgia Plástica realizada em maio de 2016

Os desafios da cirurgia plástica serão debatidos na próxima Jornada Paulista, realizada pela Sociedade Brasileira de Cirurgia Plástica – Regional São Paulo (SBCP-SP), que acontecerá entre os dias 14 e 17 de junho, no Grand Hyatt Hotel São Paulo. O evento contará com cinco atrações internacionais e dois importantes convidados brasileiros para discorrer não só sobre os aspectos científicos da profissão, mas também sobre a relação com o paciente, gestão de clínicas e outros temas.

O jornalista e cineasta Arnaldo Jabor é um dos convidados nacionais. Ele se tornou amplamente conhecido no País com suas crônicas políticas, exibidas nos mais importantes telejornais da Rede Globo. Hoje, Jabor mantem uma coluna no Estado de S.Paulo, onde escreve sobre política, relações internacionais e cinema.

Também está entre os palestrantes convidados o jurista Deltan Martinazzo Dallagnol, procurador do Ministério Público Federal há quase 15 anos e um dos coordenadores da operação Lava Jato para crimes de corrupção na Petrobras. Os aspectos jurídicos na relação entre médicos e pacientes, especialmente no caso do cirurgião plástico, têm sido tratados de maneira recorrente pela SBCP-SP.

O ajuste de expectativas e as corretas orientações sobre o momento pós-cirúrgico são pontos fundamentais

dos internacionais a cirurgia plástica

para evitar ou ao menos se proteger da crescente judicialização da saúde. O paciente precisa estar ciente acerca do que os procedimentos realmente podem oferecer, além de eventuais desconfortos após a operação.

Já entre os convidados internacionais, a JP contará com um especialista em face-lift, outros dois em contorno corporal, o ex-presidente da ASAPS e um dos maiores experts mundiais em mamoplastia de aumento com prótese anatômica. Veja a lista completa nessa matéria.

As inscrições podem ser feitas pelo site da SBCP-SP, que também oferece por meio de parcerias planos especiais para viagem e estadia durante o encontro.

OS CONVIDADOS INTERNACIONAIS

DR. PER HEDEN

Diretor da Akademikliniken em Estocolmo.
Artigos e livros publicados sobre cirurgia do contorno corporal e cirurgia mamária.
Um dos maiores experts mundiais sobre mamoplastia de aumento com prótese anatômica.

DR. SCOTT SPEAR

Former Chairman do Departamento de Cirurgia Plástica do Hospital da Universidade de Georgetown em Washington DC.
Tem uma grande experiência em cirurgia do contorno corporal, principalmente na cirurgia mamária estética e na reconstrução mamária.
Editor do capítulo de mama da Plastic and Reconstructive Surgery, com inúmeras publicações sobre o tema.
Um dos maiores experts mundiais sobre reconstrução mamária.

DR. JEFFREY KENKEL

Ex- presidente da Sociedade Americana de Cirurgia Plástica Estética – ASAPS.
Chefe Interino do Departamento de Cirurgia Plástica da UT Southwester Medical Center em Dallas, Texas.
Suas linhas de pesquisa e artigos publicados incluem os temas lipoaspiração e os efeitos do laser nos tecidos.
Apresentações nos congressos internacionais sobre rejuvenescimento facial, associando os tratamentos cirúrgicos com tratamentos minimamente invasivos (toxina, preenchimento e laser).

DR. CONSTANTINO MENDIETA

Autor do livro "The Art of Gluteal Sculpting".
Autor de artigos publicados sobre o tema contorno corporal, principalmente sobre aumento glúteo com enxerto de gordura no plano intramuscular.
Apresentações nos congressos internacionais sobre os temas: abdominoplastia, lipoaspiração, gluteoplastia, e suas associações com enxertos de gordura.

DR. GERALD O'DANIEL

Formação em Cirurgia Plástica e Otorrinolaringologia.
Professor Assistente do Departamento de Cirurgia Plástica da Universidade de Louisville, Kentucky.
Artigos publicados na cirurgia de rejuvenescimento da face, e nas reconstruções de defeitos congênitos e oncológicos da face.
Apresentações nos congressos internacionais sobre a cirurgia estética da face, e sua associação com procedimentos minimamente invasivos (toxina e preenchimento).

SILHOUETTE SOFT®

INFORME PUBLICITÁRIO - SINCLAIR PHARMA

SILHOUETTE SOFT

REDEFININDO OS TRAÇOS DO SEU PACIENTE SEM INCISÕES

A sutura Silhouette Soft é um tratamento único e inovador produzido pela Sinclair Pharma. Desenvolvido a partir do ácido polilático, o tratamento tem um efeito duplo: promove um rejuvenescimento imediato e natural com uma ação regeneradora em longo prazo. O ácido polilático restaura o colágeno perdido, estimulando sua produção, contribuindo para a regeneração da pele e a prevenção da flacidez.

É um tratamento não-cirúrgico, minimamente invasivo, que levanta a pele, rejuvenescendo a aparência e tirando o ar de cansaço causado pela flacidez.

A aplicação é feita na clínica com anestesia local e sem cortes, com a inserção de uma sutura feita de ácido polilático (PLA), aplicada por uma agulha, abaixo da pele no tecido subcutâneo. A sutura possui microcones de sustentação que aderem à camada cutânea e fazem uma tração na região aplicada, promovendo o efeito lifting (levantamento) imediato. O resultado é uma aparência renovada e natural.

O seu componente, ácido polilático, é totalmente reabsorvível e já usado há muitos anos em várias áreas da medicina como cardiologia. A tecnologia de cones é uma exclusividade Silhouette®, patenteada e desenvolvida nos Estados Unidos, pela Sinclair Pharma, após anos de pesquisas dedicadas ao aprimoramento de suturas em cirurgias estéticas e reconstrutivas.

A tecnologia avançada de Silhouette Soft permite um tratamento de longo prazo, com duração de até dois anos. Seu tempo de absorção lento permite a formação de uma cápsula fibrosa que promove um tratamento altamente eficaz e com durabilidade de até 24 meses.

O tratamento pode ser aplicado em diferentes linhas: linha mandibular, bochechas e região malar, pescoço e sobrancelha e combinado com outros procedimentos como o preenchimento de ácido hialurônico e a toxina botulínica.

SINCLAIR

Veja os destaques da **SBCP-SP** na imprensa

A Sociedade Brasileira de Cirurgia Plástica – Regional São Paulo (SBCP-SP) entende que esteja entre os seus deveres a missão de buscar constantemente a promoção de informações confiáveis sobre cirurgia plástica para toda a população, não apenas no momento em que a pessoa se torna um paciente diante de um cirurgião plástico. Por isso, a sociedade realiza um trabalho de comunicação com a imprensa e tem obtido, nos últimos meses, destaques em alguns dos principais jornais e programas de TV do país. Alertamos para os riscos do uso indevido de metacril, tiramos dúvidas sobre lipoaspiração, debatemos sobre a real necessidade de plásticas no umbigo e de procedimentos para casos de desvios de septo. Veja a seguir os principais destaques.

IMAGENS: REPRODUÇÃO

ESTADÃO ALERTA PARA O RISCO DO METACRIL

Pesquisa revela que 17 mil pessoas tiveram sequelas após uso do metacril - Saúde - Estadão

Sociedade Brasileira de Cirurgia Plástica calculou número de pacientes que sofreram deformidades e complicações por causa do produto utilizado como...

SAUDE.ESTADAO.COM.BR

O uso inadequado de metacril tem deixado muitos brasileiros com sequelas estéticas, além da exposição ao risco de infecções graves. Levantamento recente da SBCP-SP mostra que aproximadamente 17 mil pessoas enfrentaram esses problemas e precisaram buscar um cirurgião plástico para amenizar os danos. O tema ganhou destaque em reportagem no jornal *O Estado de S.Paulo* e repercutiu em diversos portais, inclusive na revista Veja.

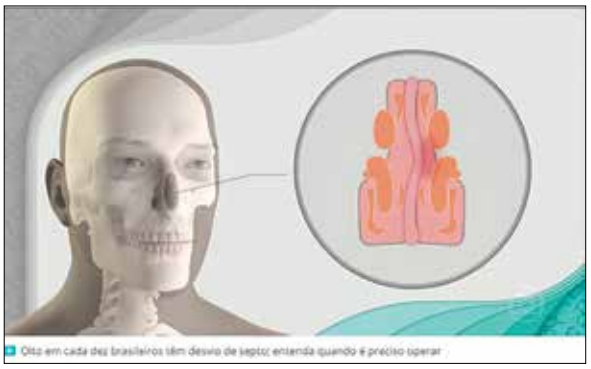
UOL TIRA DÚVIDAS SOBRE LIPOASPIRAÇÃO

Plástica no umbigo é realmente necessária? Médicos comentam

A ânsia por ostentar um abdômen bonito pode ser tanta que o umbigo também está entrando na mira de quem deseja esse corpo perfeito. Ainda que a onfaloplastia,...

ESTILO.UOL.COM.BR

Embora seja um procedimento há tempos consolidado na cirurgia plástica e figure entre os pedidos mais frequentes nos consultórios de especialistas, a lipoaspiração ainda gera inúmeras dúvidas na população. Por isso, o portal UOL, do Grupo Folha, realizou uma reportagem esclarecendo as principais dúvidas acerca do procedimento, tratando questões como as reais indicações da lipoaspiração, as técnicas existentes e os possíveis resultados. O portal também debateu sobre a real necessidade de realizar cirurgia plástica no umbigo.



Oito em cada dez brasileiros têm desvio de septo; entenda quando é preciso operar

DESVIO DE SEPTO E ESCOLHA DE PRÓTESES SÃO DESTAQUES NO PROGRAMA *BEM ESTAR*, DA GLOBO

O programa *Bem Estar*, da Globo, convidou o presidente da Regional São Paulo, Dr. Luís Henrique Ishida, para debater sobre desvio de septo. O cirurgião esclareceu que nem todos os casos precisam de intervenção cirúrgica. Em outra edição do programa, a Regional São Paulo esteve presente para esclarecer sobre as melhores escolhas de próteses de silicone, alertando para o fato de que escolhas inadequadas podem prejudicar a formação de músculos e interferir na postura.

DIVULGAÇÃO

JPi em Presidente Prudente

Eventos realizados pela SBCP-SP

Para aprimorar a formação científica de seus associados, a Sociedade Brasileira de Cirurgia Plástica – Regional São Paulo (SBCP-SP) vem realizando uma ampla agenda com eventos, sempre baseada na discussão de casos clínicos e em debates acerca dos avanços da especialidade. O modelo dos eventos pode variar de acordo com a situação, havendo desde eventos que concentram abordagens em torno de uma temática até encontros bem mais diversificados, que abarcam procedimentos diversos. Veja abaixo o que já foi e o que está para ser realizado.

Jornada de Presidente Prudente destaca o face lifting

A Jornada Paulista do Interior (JPi), realizada em Presidente Prudente nos dias 10 e 11 de fevereiro, teve uma mesa de debates sobre a perspectiva global das cirurgias de rejuvenescimento facial. O evento tratou também do planejamento e das intercorrências na cirurgia da face, além de dedicar uma mesa ao lifting de supercílio e outra às estratégias para abordagem da região órbito palpebral.

Cosmiatria é destaque em evento

Buscando uma formação mais ampla e completa do cirurgião plástico, a Jornada Paulista de Cosmiatria (JPc) coloca em destaque debates como o uso de toxina botulínica, tratamentos complementares à cirurgia corporal, tratamento de mãos, tratamento de pescoço e colo, procedimentos complementares da ritidoplastia, entre outros. O evento também conta com uma mesa de debates sobre como aumentar o movimento cirúrgico agregando a cosmiatria. O Dr. Taimur Shoaib, especializado em reconstrutiva da face, virá de Glasgow para uma palestra sobre as tendências da especialidade. O evento acontece nos dias 11 e 12 de março.

4ª Jornada de Cirurgia Plástica FMRP – USP

PRÓXIMOS EVENTOS: RIBEIRÃO PRETO

Está prevista para acontecer nos dias 19 e 20 de maio, no Hotel Tryp de Ribeirão Preto, interior de São Paulo, a 4ª Jornada de Cirurgia Plástica da Faculdade de Medicina de Ribeirão Preto da USP (FMRP-USP). Inscrições pelo site oxfordeventos.com.br.

REUNIÃO MENSAL

A reunião mensal da SBCP-SP está agendada para acontecer dia 22 de março, tendo a bichectomia como tema central. O Dr. Eduardo Kanashiro realizará uma palestra abordando as principais considerações acerca do tema, incluindo medidas de segurança e indicações cirúrgicas. O evento acontece na sede da sociedade, em São Paulo, e será transmitido via web para todos os cirurgiões inscritos.

Homenagem ao cirurgião plástico ***Marco Willians Baena Destro***

Tenho focada na minha retina a imagem do nosso primeiro encontro na Faculdade de Medicina do Triângulo Mineiro quando iniciamos nosso curso em Uberaba.

Faz somente 50 anos!

Dois meninos recém-entrados nos 18, deslumbrados com o "status" de calouros de medicina. Desde o início, passei a respeitá-lo pela dedicação e seriedade com que encarava sua nova realidade.

Vale dizer que era de uma família nobre pelo caráter e honradez, que muito marcou a vida e história de centenas de acadêmicos da nossa escola.

Eu explico: faceando a FMTM, nosso ponto de encontro era o "Bar do Mil réis", cujo proprietário era seu pai, Ovídio (coadjuvado pela mãe, Haydee, e pela tia, Maria), que, com estoicismo, labutava para manter dignamente a família. Era ali, que durante décadas esse "point" fervia de estudantes, muitas vezes duros, que consumiam, penduravam as contas e pagavam quando podiam, sempre com o beneplácito do "Mil réis".

Marco soube fazer jus ao empenho dos pais, graduando-se com brilho ao final do curso.

Mister dizer que se tratava do meu único companheiro "puro-sangue", vez que fomos colegas de faculdade e de residência no Hospital dos Defeitos da Face, serviço do Professor Paulo de Castro Correia.

Em seguida, frequentou por alguns meses o serviço do Professor Ivo Pitanguy, no Rio, e de lá seguiu para Barcelona, onde permaneceu por mais uma temporada com o Professor Jaime Planas.

Findados esses estágios, adotou e foi adotado por Taubaté, onde assumiu o Serviço de Cirurgia Plástica da Faculdade.

Casou-se com a querida uberabense Alice, sua fiel mulher, parceira e sustentáculo. Com ela constituiu linda família, alicerçada em preceitos cristãos e sólidos princípios morais, deixando como legado suas duas filhas - ambas nascidas em Taubaté - Tatiana Destro, dermatologista respeitada, e Cristina Destro, cirurgiã plástica, que certamente perpetuará o conceito e notoriedade granjeados pelo pai.

Não me furto do direito de dizer que Marco Willlians, na minha opinião, foi um dos três mais produtivos residentes da historia do HDF .

Ate hoje, utilizo seus ensinamentos na reconstrução nasal e palpebral, suas teses de mestrado e doutorado pela UFMG.

No último encontro de Turma em novembro passado, comentei com o José Fernando Bento, nosso colega e cirurgião plástico, que o Marco estava fazendo falta.

Falei com ele ao telefone dias antes. Entre ditos pungentes e palavras de otimismo, disse-me que no próximo estaria presente.

Foi a última vez que desfrutei da saborosa prosa desse "mineirim" pelo qual nutria forte relação de amizade.

A esta altura, instado pelo seu espírito inquieto, já deve estar reinventando algo e organizando seu espaço celestial.

Descanse em paz meu caro amigo Marco.

DR. JOÃO DE MORAES PRADO NETO

37ª Jornada Paulista de Cirurgia Plástica

14 A 17 DE JUNHO DE 2017

INSCRIÇÕES ABERTAS. GARANTA SUA VAGA.

Valores das inscrições de 22/02/2017 a 31/03/2017	
Membros SBCP / FILACP	**R$ 980,00**
Residentes	**R$ 760,00**
Estrangeiros	**US$ 440,00**

LOCAL

GRAND | HYATT

Grand Hyatt São Paulo
Av. das Nações Unidas, 13301, Itaim Bibi
São Paulo, SP, 04578-000
Telefone: (55 11) 2838-1234
saopaulo.grand.hyatt.com.br

Obs. Reservas de Hospedagem somente com a TRANSLINE

AGÊNCIA OFICIAL

TRANSLINE
VIAGENS E TURISMO LTDA

TRANSLINE VIAGENS E TURISMO
Contatos com Rosana pelos fones
(55 11) 3264-0073 ou
(55 11) 3264-0066
reservas@transline.com.br

RESERVE SUA HOSPEDAGEM COM ANTENCEDÊNCIA

ACESSE
www.sbcp-sp.org.br/jp2017
ou aponte seu celular para o QRCode

Sociedade Brasileira de Cirurgia Plástica
Regional São Paulo

(11) 3825-9685