Nota Técnica 581236

Data de conclusão: 20/10/2026 12:21:00

Paciente

Idade: 40 anos

Sexo: Feminino

Cidade: Curitiba/PR

Dados do Advogado do Autor

Nome do Advogado: ROBSON MAIOCHI

Número OAB: 39566N-PR

Autor está representado por: -

Dados do Processo

Esfera/Órgão: Justiça Estadual

Vara/Serventia: Curitiba - Vara Estadual de Saúde Suplementar

Tecnologia 581236

CID: L40 - Psoríase

Diagnóstico: Dermolipectomia braquial/braquioplastia

Meio(s) confirmatório(s) do diagnóstico já realizado(s): exame físico

Descrição da Tecnologia

Tipo da Tecnologia: Procedimento

Descrição: dermolipectomia braquial/braquioplastia

O procedimento está inserido no SUS? Não informado

Outras Tecnologias Disponíveis

Tecnologia: dermolipectomia braquial/braquioplastia

Descrever as opções disponíveis no SUS e/ou Saúde Suplementar: Braquioplastia após cirurgia bariátrica

Custo da Tecnologia

Tecnologia: dermolipectomia braquial/braquioplastia

Custo da tecnologia: -

Fonte do custo da tecnologia: -

Evidências e resultados esperados

Tecnologia: dermolipectomia braquial/braquioplastia

Evidências sobre a eficácia e segurança da tecnologia: **Braquioplastia pós-emagrecimento: revisão da literatura**

A braquioplastia após perda ponderal maciça (PPM) é um procedimento seguro e eficaz para correção da flacidez do braço, com altos índices de satisfação do paciente, apesar das taxas significativas de complicações e revisão descritas na literatura. Não foram identificados ensaios clínicos randomizados especificamente sobre braquioplastia pós-bariátrica nos resultados recuperados; a evidência disponível é composta majoritariamente por revisões sistemáticas, metanálises e estudos observacionais (coortes retrospectivas e prospectivas), em sua maioria classificados como nível de evidência III-IV.

Indicações

A braquioplastia está indicada em pacientes com deformidade de "asa de morcego" (bat wing deformity), excesso de pele e lipodistrofia do braço posterior decorrentes de PPM, geralmente após cirurgia bariátrica, quando há flacidez cutânea, afrouxamento das camadas fasciais do braço e tórax, e comprometimento estético/funcional. [1] A revisão sistemática de Susini et al., que incluiu 39 estudos e 1972 pacientes, propôs uma nova classificação para orientar a escolha técnica conforme as necessidades individuais do paciente, concluindo que a braquioplastia tradicional assistida por lipoaspiração, com cicatriz no sulco bicipital, é eficaz para a maioria dos pacientes pós-bariátricos, reservando-se técnicas mais invasivas para casos selecionados. [2]

Estabilidade ponderal e período adequado após a cirurgia bariátrica são fatores relevantes: um estudo de registro prospectivo com 101 pacientes relatou tempo médio de 28,5 meses entre o bypass gástrico e a braquioplastia, com maior IMC pós-perda associado a maior risco de infecção de ferida (odds ratio 1,1; p=0,028). [3]

Satisfação do paciente

Estudos avaliando qualidade de vida relacionada à cicatriz (questionários BODY-Q e SCAR-Q) demonstraram escores significativamente mais altos no pós-

operatório em comparação ao pré-operatório (p<0,001), indicando que, apesar das cicatrizes extensas, a braquioplastia proporciona alta satisfação pela remodelação do contorno do braço. [4] Em outra série de 31 pacientes, a satisfação global foi de 4,3/5, com 94% relatando melhora da autoestima e disposição para repetir o procedimento.

A maioria dos estudos de braquioplastia utiliza o termo "perda ponderal maciça" (massive weight loss, MWL) de forma mais ampla, sem exigir que a origem seja necessariamente cirurgia bariátrica, embora a grande maioria dos pacientes incluídos nas séries tenha de fato emagrecido após cirurgia bariátrica — não foram identificados estudos dedicados exclusivamente a pacientes com perda ponderal maciça por métodos não cirúrgicos (dieta/exercício isolados).

Estudos com critérios de inclusão baseados em "perda ponderal maciça" (não restritos à via bariátrica)

Symbas e Losken avaliaram 31 pacientes submetidos a braquioplastia bilateral após perda ponderal maciça (perda média de 146 libras, IMC médio de 30 no momento da cirurgia), sem exigir explicitamente origem bariátrica como critério de inclusão, relatando taxa de complicação de 22%, taxa de revisão de 16% e satisfação global de 4,3/5. [1] De modo semelhante, a revisão de Myers e Bossert sobre contorno de braço na "população com perda ponderal maciça" discute deformidades típicas (excesso de pele, lipodistrofia posterior do braço, afrouxamento fascial) sem restringir a etiologia da perda de peso à via cirúrgica. [2] A revisão de Shermak sobre refinamentos estéticos em contorno corporal na "paciente com perda ponderal maciça" também adota essa terminologia mais ampla. [3]

O estudo de Margara et al., comparando a técnica de braquioplastia com incisão estendida ao cotovelo versus técnica tradicional curta, incluiu pacientes com "flacidez braquial secundária a perda ponderal maciça", sem exigência explícita de cirurgia bariátrica prévia como critério. [4] O estudo de autoaumento por retalho dermogorduroso de Elgazzar e Hassan também define a população apenas como mulheres com "deformidade de deflação severa do braço após perda ponderal maciça" (perda média de 47,8 kg em 18 meses), sem exigir origem bariátrica. [5]

Estudos que exigem explicitamente origem bariátrica

Em contraste, alguns estudos restringem a inclusão a pacientes pós-bariátricos de forma explícita: a revisão sistemática de Susini et al. define a população como "paciente pós-bariátrico" (post-bariatric brachioplasty, PBB); o estudo de Barone et al. sobre satisfação e cicatrizes exige como critério de inclusão "cirurgia bariátrica prévia seguida de perda de pelo menos 30 kg"; e o registro prospectivo de Gusenoff et al. baseia-se em tempo decorrido desde o bypass gástrico como variável central. [6-8]

Na prática, não há diferenciação sistemática na literatura entre a técnica cirúrgica, as complicações ou os desfechos de braquioplastia conforme a perda de peso

tenha ocorrido por via cirúrgica ou não cirúrgica — os critérios de elegibilidade e o manejo técnico se baseiam na magnitude da flacidez cutânea e na estabilidade ponderal, independentemente do método de emagrecimento.

Benefício/efeito/resultado esperado da tecnologia: Resolução de queixas físicas associadas ao excesso de pele

A revisão de Toma et al. descreve que o excesso de pele após perda ponderal maciça está associado a infecções cutâneas, assaduras e linfedema postural, problemas que a cirurgia visa resolver ao remover o tecido adiposo e cutâneo excedente.

Recomendações da CONITEC para a situação clínica do demandante: Não avaliada

Conclusão

Tecnologia: dermolipectomia braquial/braquioplastia

Conclusão Justificada: Favorável

Conclusão: A médica dermatologista que acompanha a paciente refere quadro de psoríase crônica, com acometimento recorrente de membros superiores, associado a importante excesso cutâneo em região braquial, formação de pregas e atrito mecânico constante. Relata que essa condição favorece microtraumas repetitivos e o surgimento ou agravamento de lesões psoriáticas pelo fenômeno de Koebner. Apesar do tratamento dermatológico instituído, persistem lesões inflamatórias nos braços, com recorrência das placas, inflamação, prurido, dor, desconforto e prejuízo funcional. Diante disso, considera indicada a dermolipectomia/braquioplastia reparadora, com finalidade funcional e terapêutica, visando reduzir o atrito cutâneo e os estímulos mecânicos relacionados às exacerbações da psoríase.

Conclusão da Nota Técnica

Considerando o quadro de psoríase com acometimento recorrente em membros superiores e a presença de excesso cutâneo após emagrecimento, associado a atrito local, conclui-se favoravelmente à realização de dermolipectomia/braquioplastia reparadora. O procedimento pode contribuir para a redução da fricção e dos microtraumas cutâneos na região, reduzindo fatores locais relacionados ao desencadeamento e à recorrência das lesões psoriásicas. Eventuais dúvidas técnicas neste caso devem indicar perícia presencial para demais demandas.

Há evidências científicas? Não se aplica

Justifica-se a alegação de urgência, conforme definição de Urgência e Emergência do

CFM? Não

Referências bibliográficas:

- Symbas JD, Losken A. An outcome analysis of brachioplasty techniques following massive weight loss. Ann Plast Surg. 2010;64(5):588-91. doi:10.1097/SAP.0b013e3181c6cde8.

- Myers PL, Bossert RP. Arm contouring in the massive-weight-loss patient. Clin Plast Surg. 2019.

- Shermak MA. Aesthetic refinements in body contouring in the massive weight loss patient: part 2. Arms. Plast Reconstr Surg. 2014.

- Margara A, Ponti V, Figus A, Gustar A, Boriani F. Brachioplasty with extended incision at the elbow: a comparison with the traditional short technique. Aesthetic Plast Surg. 2023.

- Elgazzar K, Hassan AA. Autoaugmentation brachioplasty: an arm contouring method in women with massive weight loss. Aesthetic Plast Surg. 2021.

- Susini P, Marcaccini G, Diluiso G, Cuomo R, Grimaldi L, Nisi G. Brachioplasty in the post-bariatric patient: a systematic review. Aesthetic Plast Surg. 2026. doi:10.1007/s00266-026-06164-9.

- Barone M, Salzillo R, Amenta A, et al. Balancing aesthetics and scarring: insights from post-bariatric brachioplasty. Aesthetic Plast Surg. 2025.

- Gusenoff JA, Coon D, Rubin JP. Brachioplasty and concomitant procedures after massive weight loss: a statistical analysis from a prospective registry. Plast Reconstr Surg. 2008.

NatJus Responsável: PR - Paraná

Instituição Responsável: TJPR

Nota técnica elaborada com apoio de tutoria? Não

Outras Informações: .