



PARECER MÉDICO PERICIAL.

Preâmbulo.

Oscar L. de Lima e Cirne Neto, médico, professor de Cirurgia Geral e Gastroenterológica da Faculdade de Medicina da UFF no período 88-90, Perito Judicial das 1ª, 2ª, 3ª, 4ª, 6ª e 7ª Varas Cíveis da Comarca de São Gonçalo, 6ª e 8ª Varas Cíveis da Comarca de Niteroi; 11ª, 31ª, 34ª, da Comarca da Capital, 1ª Vara Cível da Comarca de Santa Cruz, Professor de Medicina Legal e Deontologia Médica da Faculdade de Medicina da UFF, Professor de Medicina Legal das Faculdades de Odontologia, Farmácia, Direito e Enfermagem da UFF; Membro Titular das Câmaras Técnicas de Perícias Médicas e Medicina Legal do Conselho Regional de Medicina do Estado do Rio de Janeiro no período 2000-2007, Secretário da Seccional de Niteroi do CREMERJ, 2004-2007; Vice-Presidente do IBRAMEP (Instituto Brasileiro de Médicos Peritos); Membro Titular do Comitê de Ética em Pesquisa sobre Seres Humanos da Universidade Federal Fluminense, diretor do IML - Niteroi no período 91-93; por solicitação dos Drs. XXXXXXXXXXXXXXXX e XXXXXXXXXXXXXXXX após análise dos documentos que lhe foram apresentados, que fazem parte integrante dos Autos do processo 2006.004.004200-6, vem apresentar o seu parecer.

Prolegômenos.

Segundo consta dos Autos, a Sra. XXXXXXXXXXXX procurou a Dr.ª XXXXXXXXXXXXXXXX em busca de tratamento médico para alterações congênitas da face (nariz grande e queixo curto) além de adquiridas (excesso de pele nas pálpebras e na parte inferior das bochechas).

Observa-se estigmas de envelhecimento não compatíveis com pessoas da sua idade exatamente por tratar-se de pessoa relativamente jovem, com 39 anos à época do tratamento cirúrgico, conclusões estas baseadas nas fotos que os autos exibem.



Em função disso, teria apresentado perturbações na seara da psique, pois entendia-se mais idosa na sua representação física, gerando retração social, dificuldade de relacionamento, prostração, etc., tendo sido indicado, por conta disso, o tratamento corretivo da sede física de suas queixas psíquicas.

Segundo igualmente pudemos apurar, foi recomendada a realização de uma rinoplastia (cirurgia plástica do nariz), uma mentoplastia de aumento (cirurgia para inclusão de implante no queixo) para, com isso, corrigir as alterações congênicas.

Visando a correção das alterações faciais precocemente adquiridas e que poderiam ser descritas como "envelhecimento precoce", foi indicada a blefaroplastia (cirurgia plástica das pálpebras) e a ritidoplastia (cirurgia plástica da face).

A paciente foi operada em 14 de fevereiro de 1998 e teria apresentado vômitos no pós-operatório os quais, ainda de acordo com a inicial, escorreram pelo curativo facial entrando em contato com a ferida cirúrgica.

Com exceção deste evento, o pós-operatório imediato transcorreu sem complicações e a paciente obteve alta em 22 de fevereiro tendo entrado em contato com os médicos em 23 de fevereiro, queixando-se de alterações na pele da face à esquerda. Teria sido vista pelo Dr. XXXX e a Dra. XXXXXX que fizeram curativos diários até a solução do problema.

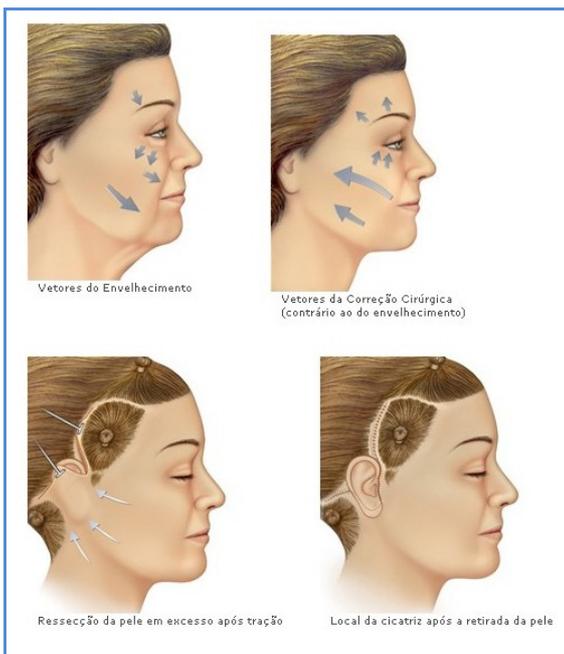
Por conta destas alterações, que necessitaram de curativos prolongados, restou uma irregularidade na pele facial sobre a borda mandibular que foi descrita pela Autora como um queiloide; queiloide atribuída ao contato do vômito com cicatriz cirúrgica e a falta de higiene.

Haveria uma controvérsia sobre o fato de ser a paciente fumante ou não. O que até o momento em que tivemos acesso aos autos não foi esclarecida.

Discussão.

A ritidoplastia ou "face lift" ou cirurgia plástica da face é um procedimento dentro do rol da cirurgia plástica que tem por objetivo reposicionar as estruturas faciais que sofreram alterações pelo envelhecimento, por lesões neurológicas, traumatismos, etc..

A cirurgia é feita através de uma incisão (corte) em regiões previamente definidas de forma a se atingir as regiões da face que necessitam de tratamento. Esta pode ser na linha de início da implantação capilar, no couro cabeludo das regiões frontal, temporal e occipital e na região do contorno da orelha.



Após a incisão inicial, se procede ao descolamento da pele e exposição do plano subcutâneo da face.

Neste plano se realiza o tratamento das estruturas profundas da face que necessitam ser posicionadas de acordo com o propósito da cirurgia.

Trabalha-se o sistema muscular superficial da face (SMAS) e a gordura subcutânea presentes, retirando seus excessos e reposicionando suas estruturas com suave

tração superior e posterior destas assim como da pele.

Esta tração tem por objetivo contrapor a ação da gravidade, recolocando as estruturas em localização próxima a sua situação na juventude ou anterior a lesão neurológica ou ao traumatismo se for o caso.

Este procedimento pode ser associado a outros procedimentos em cirurgia plástica, tais como a cirurgia plástica do nariz (rinoplastia) a cirurgia plástica do queixo (mentoplastia), a cirurgia plástica



das pálpebras (blefaroplastia), com o objetivo de tratar uma gama maior de alterações congênitas ou adquiridas do paciente, proporcionando-lhe um tratamento integral.

Isto tem por objetivo priorizar a harmonia facial como um todo.

Exatamente como foi feito.

Como qualquer procedimento em medicina, ainda mais em cirurgia, existem inconvenientes, riscos e possíveis complicações, algumas pertinentes a todas as cirurgias e outras específicas do procedimento realizado.

Assim concernente a quase todas as cirurgias:

- a) Necessidade de internação - para se garantir maior segurança durante o procedimento, se faz necessária a utilização de estrutura hospitalar, de forma a enfrentar possíveis intercorrências de pequeno, médio ou grande porte;
- b) A existência de Dor - se dá pela existência das incisões e dos grandes descolamentos dos tecidos, estes que são absolutamente necessários, ou melhor, fundamentais para qualquer ato cirúrgico;
- c) Náuseas e vômitos - muitas das vezes relacionadas aos anestésicos, aos sedativos, ao stress e ao jejum prolongado;
- d) Obrigatoriedade de curativos - como em qualquer procedimento cirúrgico, a utilização de bandagens ou curativos é feita para se proteger a área operada de pequenos traumatismos, movimentos indesejados ou danos de qualquer origem;
- e) Necessidade de repouso pós-operatório - de modo a manter a estabilidade dos tecidos submetidos a intervenção, acelerando o processo de cicatrização e reduzindo a ocorrência de complicações;
- f) Possibilidade de Alergias - a qualquer das medicações necessárias para a realização do ato cirúrgico, independente do fato de já terem sido utilizadas ou não em situações anteriores;



-
- g) Reações a anestesia - geralmente relacionadas as reações alérgicas também podem ocorrer como resposta exagerada ou insuficiente as medicações administradas;
 - h) Sangramentos durante ou após a cirurgia - como vasos sanguíneos são cortados, estes podem apresentar sangramentos acima do esperado, tanto durante a cirurgia como nas primeiras horas após esta, principalmente se o repouso não for respeitado;
 - i) Necrobiose ou morte do tecido vivo - no nosso caso a pele; durante a realização da plástica facial o descolamento cutâneo que se faz necessário leva a uma redução do suprimento sanguíneo da pele descolada e se não forem respeitadas as orientações de cuidados pós-operatórios pode ocorrer a necrobiose ou morte cutânea;
 - j) Abertura dos pontos (deiscência de sutura) - pode ocorrer quando por algum motivo a pele da área onde foi aplicada a sutura é submetida a tração excessiva, levando ao rompimento "dos pontos". Isto pode ocorrer pela formação de um hematoma, por movimentos exagerados, por ressecção cutânea em excesso no ato cirúrgico;
 - k) Alterações cicatriciais (queloide ou cicatrizes hipertróficas) - são cicatrizações patológicas onde o organismo deposita tecido cria tecido cicatricial em quantidade maior que a normal, criando cicatrizes maiores que a esperada na população geral. É mais comum em "não-brancos" ou segundo o jargão hoje dito como politicamente correto nos de ascendência africana e dentre os brancos, é mais comum nos morenos. Nos Estados Unidos da América observa-se sua ocorrência em 1,5% da população geral. Já na África observamos algo em torno de 6%, no Brasil não dispomos de estatísticas, mas estima-se uma incidência alta, tendo em vista a miscigenação racial em nossa população;

Especificamente nas plásticas faciais podemos considerar:



a) Lesões de nervos ou outras estruturas da face - a face é sítio de diversas estruturas nobres que se encontram muito próximas da pele. Estas estruturas nervosas, vasculares, musculares e glandulares apresentam uma localização anatômica aproximada, de forma que podemos realizar com certa segurança os procedimentos que compõem a ritidoplastia. Ocorre que em alguns poucos pacientes variações anatômicas individuais nos surpreendem com estruturas em posição diversas a da maioria da população, fato este que pode levar a lesão destas;

b) Paralisia temporária ou definitiva de determinado grupo muscular - se dá pela ocorrência das lesões nervosas, ficando assim impedido temporária ou definitivamente a transmissão do impulso nervoso até os grupos musculares. O grupo mais comumente acometido é aquele responsável pela movimentação dos lábios;

c) Desenvolvimento de áreas de manchas claras ou escuras na pele - a pigmentação cutânea pode ficar alterada após a ocorrência de alterações que levem ou não a necrobiose cutânea. Com isso, as cicatrizes resultantes, mais amplas que as planejadas, podem assumir coloração mais clara ou mais escura que a pele normal;

Queloides:

O queiloide é uma cicatriz espessa e elevada e de superfície lisa. Essa cicatriz é em alto-relevo, geralmente limitada à pele, embora se estenda para os lados em relação ao ponto, ferimento ou incisão cirúrgica de origem. Devido ao fato de crescer e invadir pele vizinha, o queiloide é considerado por pesquisadores como um tumor benigno cicatricial. O queiloide ocorre geralmente na pele (exceto raríssimos casos na córnea), e é um distúrbio que somente existe nos seres humanos.

A frequência maior encontra-se em paciente jovem, entre 10 a 30 anos, com risco maior dos 11 aos 30 anos de idade. É raro em criança e idoso. É mais comum em pessoas do sexo feminino em relação ao masculino. Relata-



se quase o dobro (1,8/1) na mulher em relação ao homem, apesar de alguns pesquisadores não terem encontrado relação entre o risco de desenvolver quelóide em relação ao sexo.

O quelóide é mais frequente, pela ordem, em pessoas de cor de pele negra, parda e branca. Pessoas negras estão quase 20 vezes mais predispostas ao aparecimento do quelóide que pessoas brancas.

A presença simultânea de mais de um quelóide, em relação a situações com a presença de um único quelóide, também é um fator de risco para aumentar a chance do quelóide retornar, após sua retirada cirúrgica. De qualquer forma, um quelóide recorrente não representa uma contra-indicação para uma nova operação.

Não existe quelóide espontâneo.

As lesões sem causa aparente são provocadas por pequenos ferimentos não percebidos pelo paciente, como pequenas espinhas (pústulas) na pele por acne, lesões da catapora, ou até picada de insetos.

O quelóide é também mais frequente em regiões de pele mais escura ou pigmentada.

A causa desse distúrbio ainda está insuficientemente esclarecida. Apenas conhecem-se fatores de risco para o desenvolvimento do quelóide, como feridas suturadas sob tensão ou em regiões de pele mais espessa, que cicatrizaram sem sutura, ou feridas que evoluíram com infecção.

Ainda, pessoas com algum tipo de alergia são mais frequentemente encontradas nos portadores de quelóide, em relação às pessoas com cicatrização normal.

Quelóide só tem quem pode e não quem quer.

Para se reduzir os riscos ou a possibilidade de problemas na área do previsível, o bom médico, seguindo a doutrina do *bônus pater família*, após criteriosa análise do paciente, parte na fase pré-operatório para uma bateria de investigação clínica, onde são solicitados de forma a se estimar o estado de saúde



do paciente e durante a cirurgia, são tomados todos os cuidados, especificamente vislumbrando possíveis complicações.

Já no período após a cirurgia são prescritos cuidados e orientações a serem cumpridas pela enfermagem, remédios, curativos e etc.

Quando da alta, o médico diligente prossegue deixando os seus telefones para contato, em caso de que venha a ocorrer o inesperado, propõe diversas recomendações incluindo não só o repouso mas também cuidados com traumatismos, posicionamento durante o sono, dentre outros, que são sem dúvida fundamentais para uma cicatrização a contento.

Porém, frise-se que apesar de todos os cuidados que se podem tomar para se reduzir os riscos não se consegue eliminá-los por completo, pois o elemento álea, não pode ser desprezado. Lida o médico com tecidos vivos, que reagem de forma diferente ao mesmo estímulo, na dependência de fatores, diferentes, químicos, físicos, biológicos, genéticos e até psíquicos.

Assim, até pessoas híginas com cirurgias muito bem conduzidas podem apresentar problemas ou complicações após sua realização. O cirurgião não tem a prerrogativa do escultor que pode levar anos para produzir a sua obra, confeccionando-a em matéria inerte como a madeira, pedra ou bronze.

O cirurgião trabalha com o ser vivo e, nele, deve fazer o que é apenas exequível de qualquer ponto de vista.

Exatamente como foi feito.

Um fato deve também ser lembrado e certamente pesar na avaliação global de qualquer caso envolvendo cirurgia plástica: a cirurgia começa em um tecido sadio, mas termina em um tecido necessariamente doente.

Doente porque foi cortado, tracionado, costurado e queimado pela ação térmica da corrente elétrica nos equivocadamente chamados de "bisturi elétrico". Em verdade são termo-cautérios.



Mas apesar de tudo isso, os resultados gerais são tão animadores que as pessoas insatisfeitas com seu contorno corporal, continuam se operando.

Complicações após a cirurgia podem ser decepcionantes para o paciente e frustrante para o cirurgião. Particularmente quando a expectativa é grande em relação ao aspecto final, o que normalmente ocorre quando as nuances psicológicas prévias são mais vívidas.

Muito embora a completa eliminação seja impossível a meticulosa técnica cirúrgica a atenção aos detalhes pode diminuir os riscos de complicações sérias e sequelas permanentes e altamente estigmatizantes.

Diminuir, prevenir, praticamente eliminar, que são palavras utilizadas na imprensa leiga e técnica, como eufemismos pra entender a verdadeira limitação da medicina que não consegue deter todas as doenças, o envelhecimento e a morte.

O uso de fotos pré-operatórias necessariamente em preto e branco ou quando coloridas, com fundo em preto, denota lisura, retidão e eticidade do cirurgião em não se utilizar de cores e contrastes para realçar resultados.¹

Principalmente quando estas fotos incluem as reações e efeitos adversos e são entregues ao paciente.

O cirurgião, frente ao paciente complicado, deve manter a serenidade e continuar ao lado do seu paciente fazendo tudo o que for possível para minimizar os efeitos desta complicação.

Qual é a reação adversa mais frequente nas cirurgias de plástica facial?

Segundo o professor Shan R. Baker, no artigo "Complications of Rhytidectomy" (Facial Plasty Surg Clin N AM 13 (2005) 469-478), é exatamente o hematoma que nos parece ter sido o que ocorreu frente a descrição da Autora na inicial.

¹ Doutrina professada pela 38ª Enfermaria da Santa Casa da Misericórdia do Rio de Janeiro - Instituto Ivo Pitanguy.



Complicações Menores em Ritidoplastia

| Complicação | Incidência |
|---|---------------|
| Infecção | Rara (1%) |
| Hematoma pequeno (1 a 5 cc) | Comum (5-10%) |
| Perda de cabelo | 1-3% |
| Cicatrizes hipertróficas | 1-4% |
| Lesão nervosa sensorial (occipital, grande auricular) | 1-5% |
| Deformidades do lobo auricular | 5% |
| Edema prolongado | raro |
| Equimose prolongada | rara |
| Irregularidades e depressões submentonianas | 5% |
| Dor cervical persistente e enforcamento | Rara |
| Distorções da linha capilar | Comum |
| Deformidades do <i>tragus</i> | Comum |

Segundo este mesmo Autor, a incidência deste hematoma estudada em diversas séries pode chegar a 15% das cirurgias. É mais comum nas primeiras 48 horas após as cirurgias, e costuma vir acompanhado de inchaço e equimose.

Grandes hematomas necessitam de re-exploração cirúrgica imediata. Hematomas pequenos, devem ser acompanhados e na possibilidade de comprimir a vascularização dos retalhos cutâneos, puncionados.

Quando puncionar e quando esperar são as grandes dificuldades deste momento operatório.

Nenhum cirurgião poderá dizer que nunca teve um hematoma, que não se arrependeu de não ter indicado logo drenagem, ou que não se arrependeu de não ter esperado mais.

A tabela acima, no início da página retirada do livro nacional mais especializado sobre o tema.²

Na página seguinte, demonstramos que todos os grandes cirurgiões mundiais apresentaram em suas séries publicadas antes e depois de 1980, como o destes procedimentos, exatamente os hematomas.

² Ritidoplastia Arte e Ciência, Claudio Cardoso de Castro, Ed. Dilivros;



Incidência de Hematomas após Ritidoplastia em Mulheres e Homens

| Autor | Ano | Nº de casos | Hematoma | Incidência (%) |
|------------------------|------------|--------------------|-----------------|-----------------------|
| ANTES DE 1980** | | | | |
| Serson-Neto | 1964 | 170 | 2 | 1,2 |
| Galozzi et al. | 1965 | 100 | 3 | 3,0 |
| Conway | 1970 | 325 | 21 | 6,6 |
| McGregor & Greenberg | 1971 | 524 | 42 | 8,0 |
| McDowell | 1972 | 105 | 3 | 2,9 |
| Webster | 1972 | 221 | 2 | 0,9 |
| Pitanguy et al. | 1972 | 1.600 | 89 | 5,5 |
| Rees et al. | 1973 | 806 | 23 | 2,9 |
| Barker | 1974 | 163 | 2 | 1,3 |
| Black | 1976 | 1.804 | 48 | 2,7 |
| Baker at al. | 1977 | 1.500 | 46 | 3,0 |
| Stark | 1977 | 500 | 13 | 2,6 |
| Leist et al. | 1977 | 324 | 19 | 5,9 |
| Staith et al. | 1977 | 500 | 8 | 1,6 |
| Thompson & Ashley | 1978 | 922 | 44 | 5,0 |
| Lemmon & Hamra | 1980 | 577 | 5 | 0,8 |
| TOTAL | | 10.141 | 370 | 3,6 |
| APÓS 1980*** | | | | |
| Matsunaga | 1981 | 427 | 1 | 0,2 |
| Fodor | 1982 | 100 | 1 | 1,0 |
| Owsley | 1983 | 435 | 6 | 1,4 |
| Lemmon | 1983 | 1.445 | 8 | 0,5 |
| Shirakable | 1988 | 738 | 9 | 1,2 |
| Rees et al. | 1994 | 1.236 | 23 | 1,9 |
| Marchac & Sandor | 1994 | 412 | 17 | 4,2 |
| Heinrich & Kaidi | 1999 | 200 | 2 | 1,0 |
| Kamer & Song | 2000 | 451 | 10 | 2,2 |
| Grover et al. | 2001 | 1.078 | 45 | 4,2 |
| TOTAL | | 6.522 | 122 | 1,9 |



Os detalhes que fazem o balizamento e demonstram o momento ideal para intervir ou não intervir ainda que por simples punção aspirativa, não estão nos livros e não podem ser aprendidos com a experiência dos outros.

Teria sido isso que aconteceu?

A Autora descreve o que seria um hematoma, e os réus relatam o que poderia ter sido uma epidermólise ou necrose setorizada à epiderme.

Juntando os dois chegaríamos a conclusão que houve um pequeno hematoma que veio a comprimir a vascularização do tecido levando ao comprometimento superficial do retalho.

A argumentação de que teria sido o suco gástrico em contato com a incisão o grande responsável pelo que ocorreu, **sequer merece avaliação em face ao absurdo que traz embutido.**

A uma, a área onde ocorreu a lesão não possui incisão. Para que se chegue a esta conclusão ao leigo bastaria observar a foto que espelha o lado direito do rosto.

Isto se não bastassem os desenhos anexados.

A duas, que se o suco gástrico pudesse digerir a pele, ou mesmo uma cicatriz, tem este parecerista a impressão que o número de pessoas com cicatrizes faciais desde a mais tenra infância, seria incomensurável.

Também não merece guarida a vil afirmação de falta de higiene.

Nenhuma das incisões infectou.

Pelo menos disto não há relato nos autos.

Até na inicial, tão rica em informações, nada se comenta sobre a existência de pus e etc.

Da mesma forma a afirmação que existe um queloides não pode ser apreciada.

A fotografia que imaginamos venha a demonstrar o estado atual da Autora, que consta em fls.



demonstra o que seria uma mancha descolorida tênue e plana o que por si só demonstraria que não é um queiloide.

Aliás, se queiloide fosse não poderia haver processo, pois como se diz na prática cirúrgica, **queiloide só tem quem pode e não quem quer.**

Todo portador de queiloide sabe que tal fato **está ligado a sua herança genética** e não pode ser precipitado por fatores ligados ao cirurgião.

De mais a mais, a herança étnica da Autora está definitivamente determinada em fls. 30.

Já discutimos sem sombra de dúvidas o que é um queiloide e não retomaremos neste momento do parecer esta mesma discussão.

Mas não há dúvida que o queiloide não existe.

Assim necrobiose, epidermólise ou qualquer outra alteração dependente de fluxo sanguíneo para a pele só pode ser revertida com o enfrentamento técnico contínuo e ininterrupto.

Exatamente o que foi feito.

O que se demonstra nos autos em face das receitas atestados e prescrições que se arrastam até outubro de 2000 é exatamente um tratamento prolongado, tecnicamente adequado, sem nunca abandonar o paciente.

Isto certamente é o responsável pelo estado atual da lesão já demonstrada em fls. com a fotografia mais recente.

Um lado do rosto não é igual ao outro.

A vascularização de um lado não é igual a do outro lado.

Para demonstrar isso basta que se observe a rede venosa superficial no dorso de ambas as mãos.

A mão direita não é igual à esquerda.

Semelhantes, mas nunca iguais.



Se houve um hematoma, pequeno que fosse qual seria o nível de comprometimento vascular que ele denotaria?

Nenhum?

Pequeno?

Grave?

Como saber, naquele exato momento?

Grave não foi, pois não houve uma necrose completa da pele o que se percebe pelas fotografias.

Como houve um comprometimento da epiderme, poderíamos dizer que houve uma compressão de leve para média intensidade.

A decisão faz parte do cirurgião e, a decisão por não intervir no primeiro momento pode ter sido o garantidor do tecido viável que hoje se percebe na foto mais recente.

Punções e re-operações além de aumentar possibilidade de infecção, poderiam vir a proporcionar uma necrose maior da pele.

Não tivemos a oportunidade de examinar a paciente.

Mas com as fotos dos autos, nossa conclusão **é que esta paciente não tenha como reminiscência da complicação sequer uma verdadeira cicatriz.**

Apenas uma pele descolorida.

Li e reli a inicial e não encontrei o que se apontasse como conduta ilícita por parte dos réus.

A Autora, com severa alteração do nariz, teve o seu nariz melhorado.

Apresentando encurtamento do queixo este foi reposicionado à custa de um implante, ganhou volume e definição ficando mais harmonioso com relação a totalidade da face.

Visível, inclusive, que desapareceu um sulco horizontal abaixo do lábio inferior cerca de dois cm.



As pálpebras permitem completo fechamento do olho e não se complicaram com a síndrome do olho seco.

Analisando as fotos pré e pós operatório, não há duvida que existiu uma retificação da pregas subpalpebrais.

POR ÚLTIMO É INDUBITÁVEL QUE HOVE GANHO ESTÉTICO GLOBAL.

Houve sim uma complicação.

Complicação não é erro médico.

Qual teria sido a conduta médica dos Réus que fere rigorosamente os princípios da boa medicina?

Analizou as lesões congênitas e adquiridas e indicou, corretamente, a cirurgia.

Chamado no pós-operatório atendeu prontamente a sua paciente.

Enfrentou **por mais de um ano o tratamento** desta complicação inclusive do ponto de vista da cosmetologia, fato este certamente o responsável pelo aspecto atual.

NUNCA ABANDONOU O PACIENTE.

Dizer que a cirurgia que ocorreu na Autora era estética e com obrigação de resultado é fugir ao óbvio e negar o fato.

Diz a Sociedade Brasileira de Cirurgia Plástica: que cirurgia reparadora é aquela que visa melhorar as alterações congênitas e adquiridas.

Nariz alargado desproporcional e queixo curto são alterações congênitas.

Não há obrigação de resultado.

Alterações cutâneas do envelhecimento precoce demonstrando uma pele precocemente afetada pelas intempéries do clima são alterações adquiridas.

Não há obrigação de resultado.



Se estas alterações em conjunto provocam o dano psíquico, poder-se-ia inclusive dizer que estas cirurgias feitas em conjunto, tinham objetivo terapêutico.

Não há obrigação de resultado.

Ainda que observássemos a obrigação de resultado como integrante da atividade médica, o que é inadmissível, só pode esta ser vista sob a **égide da responsabilidade subjetiva** e seria necessário que se demonstrasse a culpa do profissional no resultado adverso.

O que com todo respeito só se pode aceitar se conseguíssemos provar uma conduta profissional absolutamente discrepante do minimamente aceitável, frente a paciente, à conduta, à técnica cirúrgica ou a complicação.

O que salvo mais apurada apreciação não se conseguiu demonstrar.

Conclusão:

A Autora Sra. XXXXXXXXXX, apresentava dismorfismo facial, que poderia ser corrigido por tratamento cirúrgico. Procurou a Dra. XXXXXXXXXXXXXXX e XXXXXXXXXXXXXXX, sendo operada.

Desenvolveu como complicação, o que nos parece ter sido um hematoma, fato este absolutamente descrito na prática médica especializada e, como complicação deste hematoma, uma epidermólise.

Tal epidermólise foi enfrentada com curativos até sua completa resolução seguida de tratamento cosmetológico cujo aspecto final é espelhado por discreta área de despigmentação interessando a pele sobre o ramo mandibular.

As considerações sobre vômitos e digestão de pele, são de tal forma ridículas que sequer merecem ser consideradas.

O aspecto atual da face representados nas fotografias são absolutamente incompatíveis com a existência de um queleide.



É o meu parecer.

Oscar Luiz de Lima e Cirne Neto.
CRM 52 32 861-0

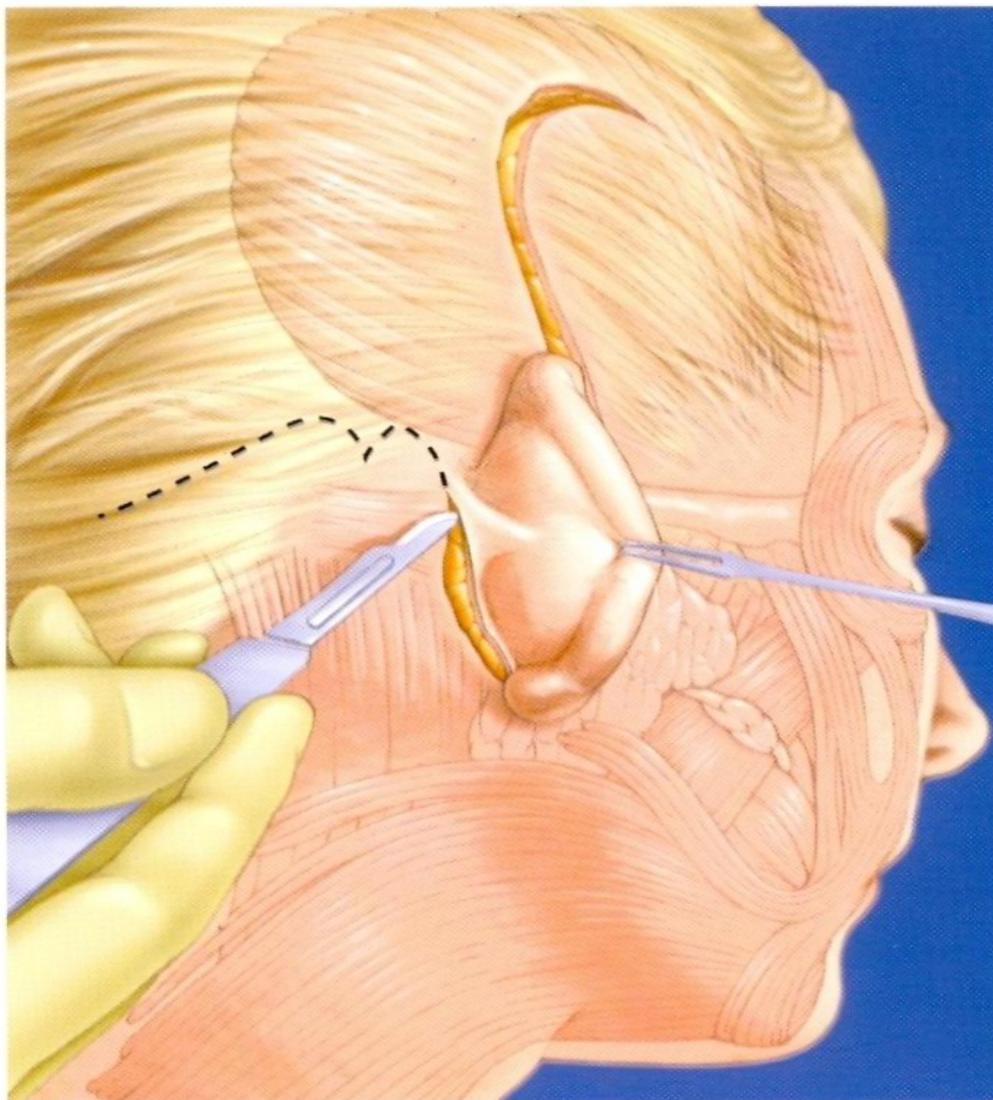


Figura 1.

Planejamento da incisão.



Figura 2.

Início do descolamento.

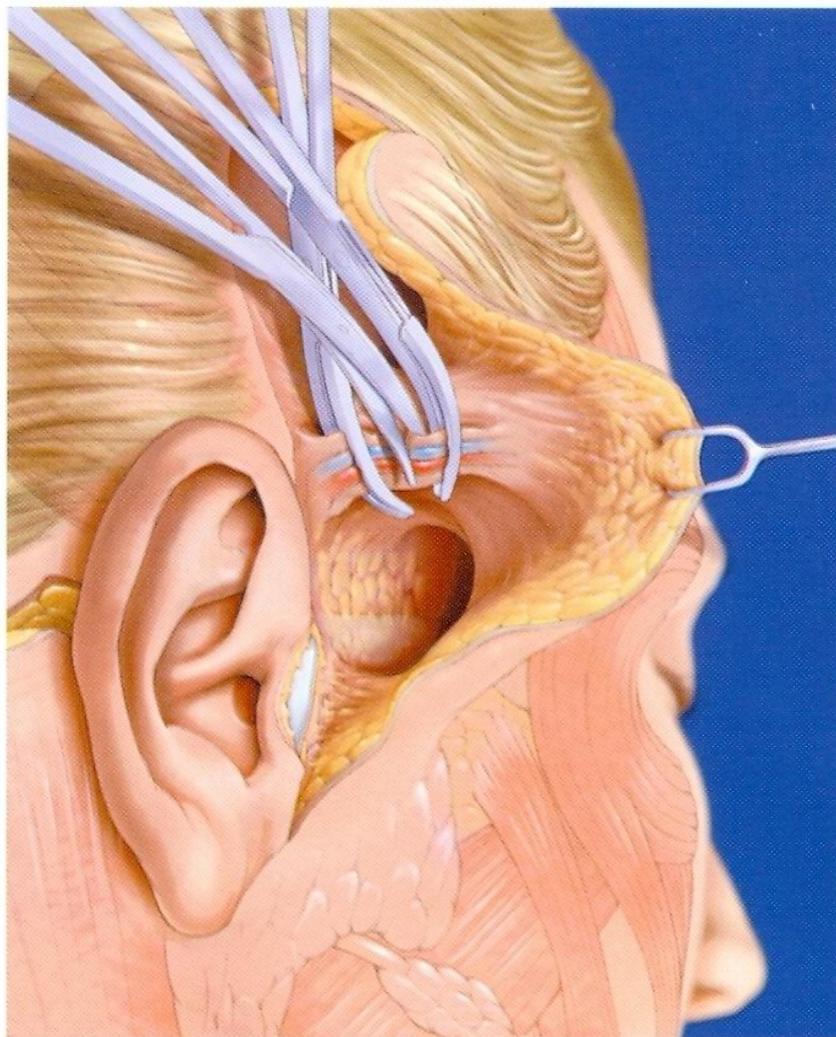


Figura. 3

**Clampeamento e secção dos
vasos temporais superficiais.**

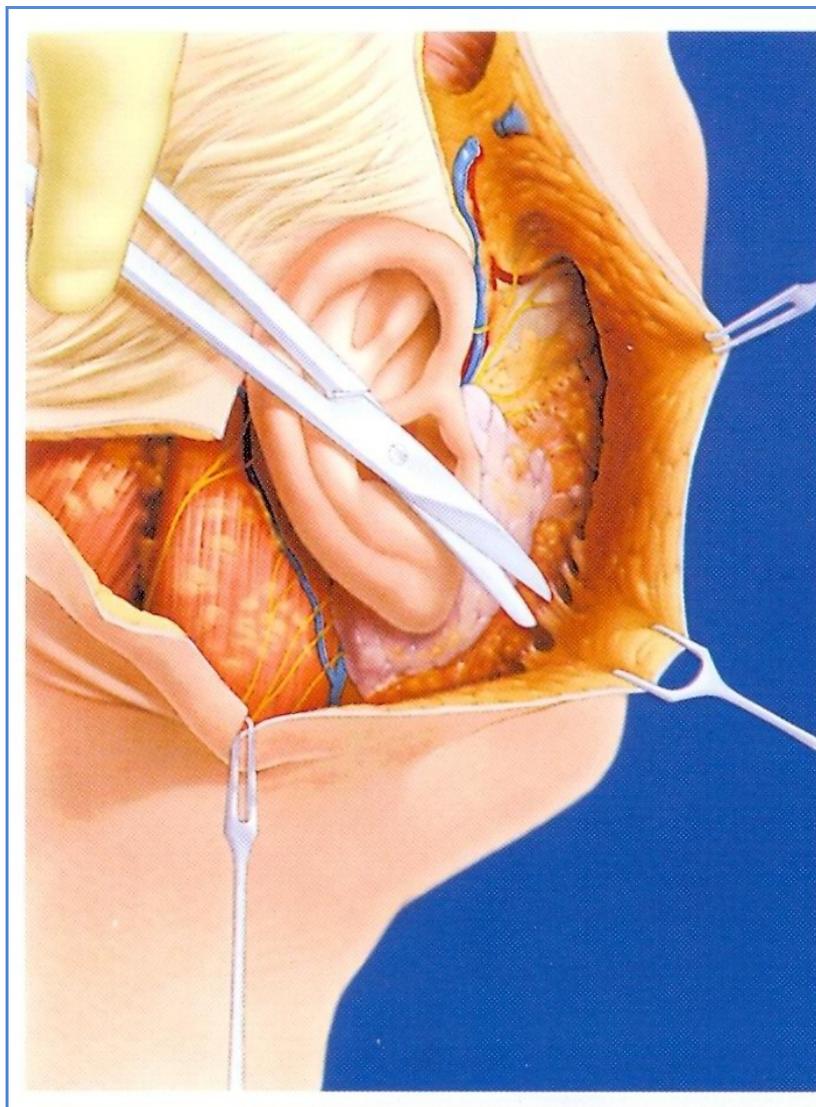


Figura. 4

Prosseguindo no descolamento.

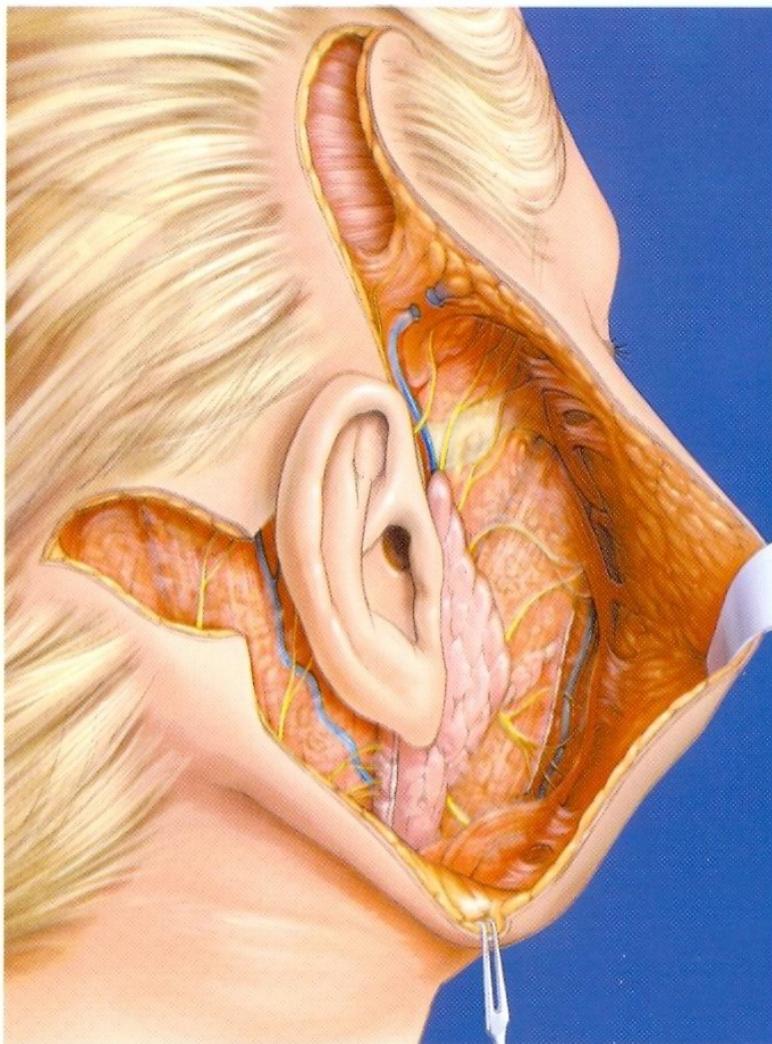


Figura 5
Avaliação de toda área descolada.

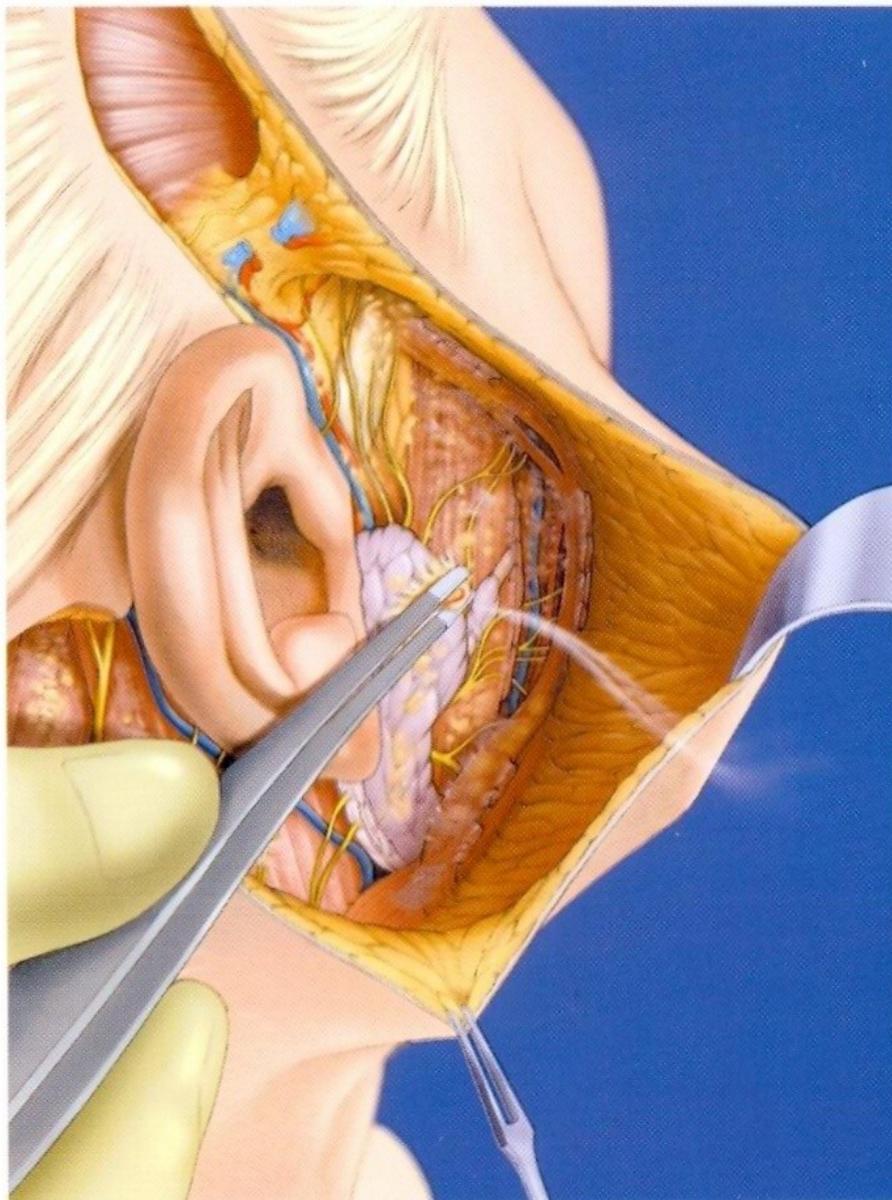


Figura 6.

Usando o cauterizador elétrico
para deter o sangramento

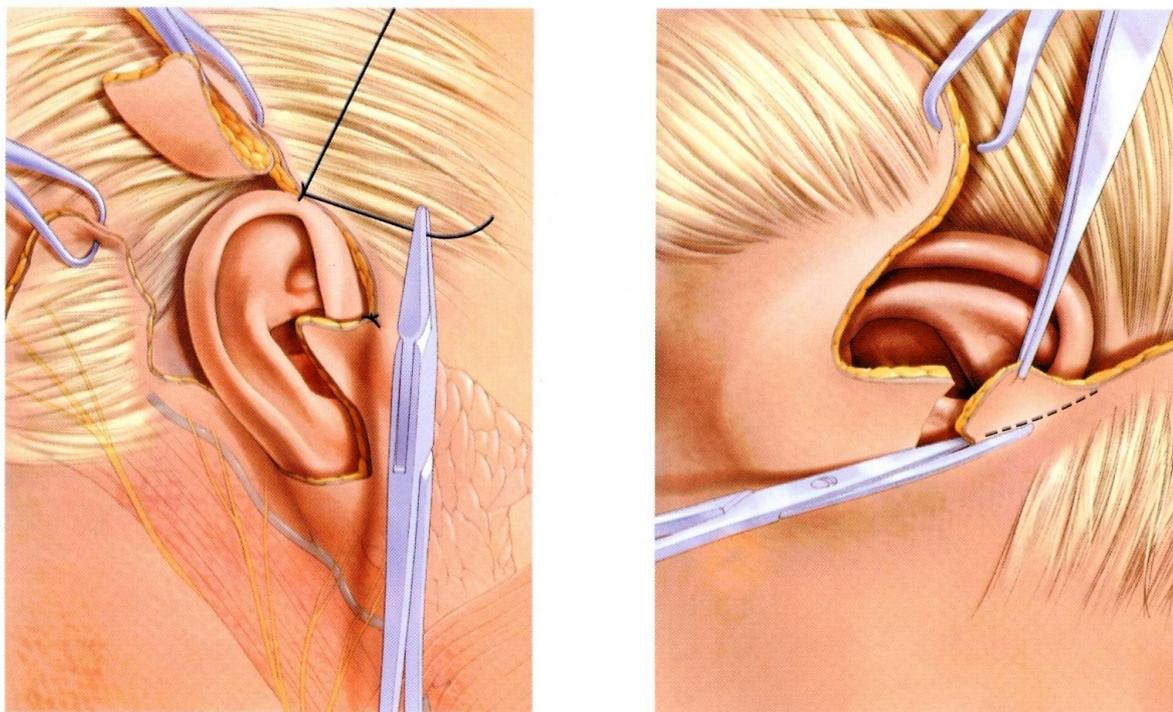


Figura 7.
Início da sutura



Bibliografia

- [1] Baker TJ, Gordon HL, Mosienko P. Rhytidectomy: a statistical analysis. *Plast Reconstr Surg* 1977;59(1):24-30.
- [2] Baker DC. Complications of cervicofacial rhytidectomy. *Clin Plast Surg* 1983; 10(3): 543-62.
- [3] Grover R, Jones M, Waterhouse N. The prevention of haematoma following rhytidectomy: a review of 1078 consecutive facelifts. *Br J Plast Surg* 2001;54:481-6.
- [4] Rees TD, Barone CM, Valauri FA, et al. Hematomas requiring surgical evacuation following face lift surgery. *Plast Reconstr Surg* 1994;93(6): 1185-90.
- [5] Perkins SW, Williams JD, Macdonald K, et al. Prevention of seromas and hematomas after face-lift surgery with the use of postoperative vacuum drains. *Arch Otolaryngol Head Neck Surg* 1997;123(7):743-5.
- [6] Kamer FM, Song AU. Hematoma formation in deep plane rhytidectomy. *Arch Facial Plast Surg* 2000;2(4):240-2.
- [7] Jones BM, Grover R. Avoiding hematoma in cervicofacial rhytidectomy: a personal 8-year quest. Reviewing 910 patients. *Plast Reconstr Surg* 2004;13(1):381-7.
- [8] Straith RE, Raju DR, Hippias CJ. The study of hematomas in 500 consecutive face lifts. *Plast Reconstr Surg* 1977;59:694-8.
- [9] Berner RE, Morain WD, Noe JM. Postoperative hypertension as an etiological factor in hematoma after rhytidectomy: prevention with chlorpromazine. *Plast Reconstr Surg* 1976; 57:314-9.
- [10] Baker DC, Aston SJ, Guy CL, et al. The male rhytidectomy. *Plast Reconstr Surg* 1977;60: 514-22.
- [11] Lawson W, Naidu RK. The male facelift: an analysis of 155 cases. *Arch Otolaryngol Head Neck Surg* 1993;119(5):535-9.
- [12] Marchac D, Sandor G. Face lifts and sprayed fibrin glue: an outcome analysis of 200 patients. *Br J Plast Surg* 1994; 47:306-9.
- [13] Fezza JP, Cartwright M, Mack W, et al. The use of aerosolized fibrin glue in face-lift surgery. *Plast Reconstr Surg* 2002;110(2):658-64.
- [14] Pantaloni M, Sullivan P. Relevance of the lesser occipital nerve in facial rejuvenation surgery. *Plast Reconstr Surg* 2000;105(7):2594-9.
- [15] Baker DC, Conley J. Avoiding facial nerve injuries in rhytidectomy. *Plast Reconstr Surg* 1979; 64:781-95.
- [16] Daane SP, Owsley JQ. Incidence of cervical branch injury with “marginal mandibular nerve pseudo-paralysis” in patients undergoing face lift. *Plast Reconstr Surg* 2003; 111 (7): 2414-8.
- [17] Pitanguy I, Ramos AS. The frontal branch of the facial nerve: the importance of its variations in face lifting. *Plast Reconstr Surg* 1966;38:352-6.



-
- [18] Blackwell KE, Landman MD, Calcaterra TC. Spinal accessory nerve palsy: an unusual complication of rhytidectomy. *Head Neck* 1994;16:181-5.
- [19] MacGregor MW, Greenberg RL. Rhytidectomy. In: Goldwyn RM, editor. *The unfavorable result in plastic surgery*. Boston: Little Brown; 1972. p. 335-49.
- [20] Nason RW, Abdulrauf BM, Stranc MF. The anatomy of the accessory nerve and cervical lymph node biopsy. *Am J Surg* 2000;180:241-3.
- [21] Vecchione TR. Rhytidectomy flap necrosis in Raynaud's disease. *Plast Reconstr Surg* 1983; 72(5):713-9.
- [22] Rees TD, Liverett DM, Guy CL. The effect of cigarette smoking on skin flap survival in the face lift patient. *Plast Reconstr Surg* 1984;73:911-6.
- [23] Rees TD, Aston SJ. Complications of rhytidectomy. *Clin Plast Surg* 1978;5(1):109-19.
- [24] Riefkohl R, Wolfe JA, Cox EB, et al. Association between cutaneous occlusive vascular disease, cigarette smoking, and skin slough after rhytidectomy. *Plast Reconstr Surg* 1986; 77 (4):592-5.
- [25] Leist FD, Masson JK, Erich JB. A review of 324 rhytidectomies, emphasizing complications and patient dissatisfaction. *Plast Reconstr Surg* 1977; 59:525-9.
- [26] Knuttel R, Torabian SZ, Fung M. Hair loss after rhytidectomy. *Dermatol Surg* 2004; 30 :1041-2.
- [27] Eremia S, Umar SH, Li CY. Prevention of temporal alopecia following rhytidectomy: the prophylactic use of minoxidil. A study of 60 patients. *Dermatol Surg* 2002;28:66-74.
- [28] Leroy JL, Rees TD, Nolan WB. Infections requiring hospital readmission following face lift surgery: incidence, treatment, and sequelae. *Plast Reconstr Surg* 1994;93(3):533-6.