

STATE OF THE ART EM CIRURGIA PLÁSTICA E RECONSTRUTIVA: Uma Arte em Crescimento

J. BOLÉO-TOMÉ

Serviço de Cirurgia Plástica e Maxilo-Facial do Hospital de Egas Moniz (Rua da Junqueira) Lisboa.

RESUMO

Ao fazer uma análise do *estado da Arte* em Cirurgia Plástica e Reconstrutiva, encontramos dois grupos bem desiguais nos avanços e progressos conseguidos: o da organização da especialidade e sua implantação, e o dos progressos científicos e técnicos. Na análise do primeiro, o Autor aponta os principais problemas com que se debate a Cirurgia Plástica em Portugal, as carências existentes, a quase ausência de planeamento coerente, assim como as regras em vigor para a preparação de novos especialistas. No estudo do segundo grupo, é referido o evidente progresso e inovação da especialidade em muitas áreas do seu campo de acção. Mais detalhadamente, o Autor descreve a *expansão tecidual controlada*, as *inovações nos retalhos*, principalmente os fascio-cutâneos e os de fluxo invertido, os avanços na *remodelação da face*, onde avultam as implantações de materiais biológicos, as osteotomias modelantes e as intervenções sobre a dinâmica muscular, e a *lipo-aspiração*, que veio abrir novos horizontes quer em Cirurgia Estética, quer em Cirurgia Reconstrutiva.

SUMMARY

Plastic and Reconstructive Surgery — A Developing Art

On studying the state of the art in Plastic and Reconstructive Surgery there are two different aspects that have achieved very different levels of advance and progress: the organisation and establishment of this speciality, and scientific and technical progress. In an analysis of the former. The author outlines the principal problems facing Plastic Surgery in Portugal, the present shortcomings and the almost complete lack of coherent planning, and the prevailing rules for the training of new specialists. A study of the second aspect reveals manifest progress and innovation in many areas of this speciality. The Author describes in greater detail, controlled tissue growth, innovations with flaps, principally facial-cutaneous and inverted flow, advances in the remodelling of the face where there are many examples of implantation of material, modelling osteotomy and surgical interventions in the field of muscular dynamics, and lipo-aspiration which has extended horizons in both Plastic and Reconstructive Surgery.

INTRODUÇÃO

Há já oito anos, ao analisar os progressos da Cirurgia Plástica e Reconstrutiva na década anterior¹, eu a referia como uma década notável em que praticamente todos os capítulos da especialidade tinham sido largamente beneficiados. Pode-se dizer que a mesma afirmação continua correcta, quando se observa e analisa a década que está prestes a findar.

Temos de reconhecer, porém, que, se quisermos fazer uma análise completa do *estado da Arte*, iremos encontrar dois grupos bem desiguais nos avanços e progressos conseguidos: o da organização da especialidade e sua implantação e o dos progressos científicos e técnicos. Observemos cada um deles separadamente.

A ORGANIZAÇÃO

Os Serviços

Reconhecida em Portugal como especialidade de 1964, a Cirurgia Plástica e Reconstrutiva teve como ponto de partida as velhas unidades britânicas de Cirurgia Maxilo-Facial, que tão notáveis serviços prestaram durante a 1.^a e a 2.^a Guerras Mundiais. Graças ao impulso dado por homens excepcionais como Harold Gillies, verdadeiro *pai* da Cirurgia Plástica moderna, afirmou-se e impôs-se como especialidade autónoma, dotada de características indiscutivelmente

próprias, comuns a todos os capítulos que constituem o seu programa actual: a patologia maxilo-facial, as queimaduras, as malformações congénitas e adquiridas, a patologia da mão, a cirurgia dos tecidos de revestimento, a cirurgia estética.

O primeiro Serviço Hospitalar de Cirurgia Plástica e Reconstrutiva surgiu entre nós na cidade do Porto, no Hospital de Santo António, ainda antes da oficialização da especialidade (1962); viriam a seguir o Hospital de Santa Maria, ainda com a designação de Serviço de Estomatologia e Cirurgia Maxilo-Facial (1963) e o Hospital de Egas Moniz, então chamado Hospital do Ultramar (1971). Só mais tarde seriam criados os Serviços da especialidade no Hospital de S. José, em Lisboa, no Hospital de S. João, no Porto, e nos Hospitais da Universidade de Coimbra. Em resumo, existem hoje seis Serviços oficiais de Cirurgia Plástica e alguns lugares de especialista criados em Hospitais Especializados, Militares e Distritais.

O panorama dos seis Serviços existentes não é, porém, nada pacífico: se em Lisboa os três Serviços têm funcionado dentro de uma certa normalidade, embora com carências mais ou menos graves, em Coimbra o Serviço praticamente não funciona como tal foi parcialmente ocupado por outra especialidade, e no Porto existe uma grande indefinição e perplexidade, uma vez que se fala na extinção do Serviço do Hospital de Santo António e se põe em dúvida o desenvolvimento da Unidade existente no Hospital de S. João. Entretanto, nesta mesma cidade do Porto, entrou em funcionamento uma grande Unidade de Cirurgia Plástica, no

Hospital da Prelada, propriedade da Misericórdia, que funciona num regime diferente do previsto inicialmente, e a que poderíamos chamar semi-privado.

Em termos gerais, podemos dizer que o panorama actual da organização da especialidade no território nacional não é brilhante: o Quadro I revela a realidade actual em camas e em lugares do quadro nos Hospitais do Estado e aponta a estimativa das necessidades mínimas projectadas para 1992.

QUADRO I — Cirurgia Plástica
Quadro comparativo existência/necessidades*

	Existência	Nec. real	Carência
Camas	160?	428	268
Lug. Quadro	46	72	32
Serviços H.	6	12	6**

* — Não estão incluídos Hospitais Especializados nem Unidades de Queimados.

** — Em Hospitais do Grupo 3/4.

Os números aí expostos são bem o reflexo das carências gritantes existentes actualmente em Portugal no âmbito da Cirurgia Plástica e Reconstructiva. Numa análise realizada há bem pouco tempo² era feito o comentário seguinte, que permanece com todo o seu peso e verdade: *Dez anos passados, fica-nos a ideia de que o que foi feito ou que ficou por fazer, aconteceu um pouco ao acaso, sem um plano lógico, uma sequência de objectivos a atingir, pouco ao acaso, sem um plano lógico, uma sequência de objectivos a atingir, um tanto ao sabor de influências pessoais, algumas incompreensíveis, se considerássemos as necessidades da saúde dos Portugueses e não as necessidades pessoais.*

A Formação

É bastante melhor o panorama actual da especialidade, quando se considera apenas a formação de novos especialistas ou a actualização dos já existentes. Na verdade, quer através do Colégio da Especialidade da Ordem dos Médicos, quer na Carreira Hospitalar, foi realizado um trabalho de definição de regras e programas de formação que obrigam os Serviços existentes a um esforço de actualização e de organização, nem sempre suficientes, e nem sempre correspondido.

Tem havido, simultaneamente, uma aproximação Ordem/Serviços Estatais, nomeadamente na uniformização dos requisitos mínimos, na definição da duração do período formativo e na atribuição de idoneidade aos Serviços. Assim, e desde 1982, a formação em Cirurgia Plástica e Reconstructiva tem a duração de 6 anos, dos quais 22 meses correspondem a um estágio obrigatório em Cirurgia Geral, sendo os restantes 50 meses atribuídos à preparação específica na especialidade e a alguns estágios obrigatórios e opcionais: Cirurgia Pediátrica, Anatomia Patológica, Estomatologia, Oto-Rino-Laringologia e Oftalmologia.

Todo este esforço, traduzido em orientações, requisitos mínimos, e disposições legais, permanece, no entanto, incompleto: os meios de controle ou de avaliação do trabalho dos Serviços são insuficientes ou inexistentes, falta a informatização e o apoio administrativo diferenciado, não existem incentivos económicos e profissionais, os especialistas ligados a Serviços Estatais com responsabilidades formativas são obrigados a uma dispersão de esforços e sujeitos a pressões profundamente desmotivantes. Mesmo assim, e com todas estas limitações, pode-se dizer que a formação de especialistas de Cirurgia Plástica e Reconstructiva em Portugal

atingiu padrões de qualidade de muito bom nível, conseguidos à custa do esforço e da dedicação de um punhado de Cirurgiões Plásticos que tem conseguido superar muitos dos obstáculos que lhes são levantados.

OS PROGRESSOS

Tem sido neste contexto de dificuldades, de obstruções, de incompreensões, e também de oportunismo descarado de uns quantos, dentro e fora da especialidade, que a Cirurgia Plástica Portuguesa continua a marcar presença digna no mundo, acompanhando o progresso e inovando ela própria. E tem sido bem visível esse progresso, com a introdução de novas técnicas ou a reformulação de outras, como o mundo novo da expansão tecidual e o aperfeiçoamento e lançamento de novos conceitos e novos métodos de preparação de retalhos; a cirurgia do contorno corporal, com a introdução, definição e aperfeiçoamento da lipo-aspiração; a modelação craneo-facial, agora ampliada e aplicada também a anomalias de desenvolvimento ou a anomalias estéticas, com osteotomias modelantes, desinserções e reinserções musculares; o aperfeiçoamento dos substitutos biológicos da pele e a introdução de biomateriais cada vez mais compatíveis, ultrapassando a simples boa tolerância para entrarem já nas designações de bio-activos e bio-integráveis.

Este caminho, nesta como noutras especialidades cirúrgicas, tornou-se possível graças ao progresso de ciências básicas como a anatomia, a fisiologia, a imunologia, a física, a química. Um exemplo desse apoio fundamental é-nos dado pela Imagiologia actual: com ela o diagnóstico, o planeamento e a execução de técnicas terapêuticas tornaram-se muito mais precisos, e muito mais possíveis, com imagens como as fornecidas pela Tomografia Axial Computorizada, pela Ressonância Magnética, ou pela Tridimensão obtida em leitura informática de cortes CT ou RM (Fig. 1).

Numa análise mais detalhada, vamos deter-nos um pouco sobre alguns dos aspectos mais relevantes da Cirurgia Plástica actual.

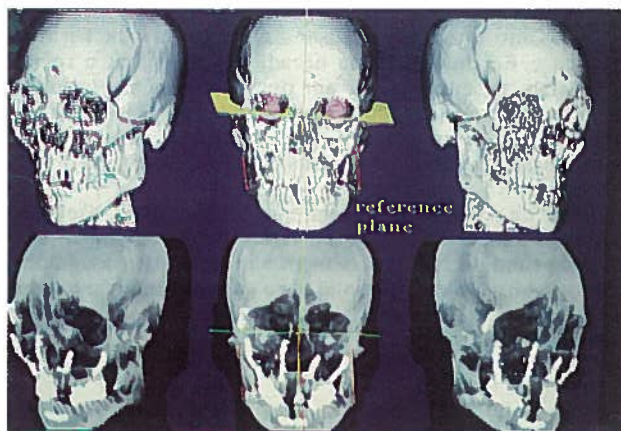


Fig. 1 — Pan-fractura da face, em imagem tridimensional.

A Expansão Tecidual Controlada

A introdução recente, na prática cirúrgica, da expansão controlada dos tecidos, baseou-se na observação empírica da expansão fisiológica da gravidez, ou na expansão ritual ou cultural de certas zonas do corpo humano, ainda hoje visível em algumas tribos africanas, sul-americanas e asiáticas.

Só em 1957, porém, Neuman apresentou um *protótipo de expansor dos tecidos para a reconstrução auricular*³. Mas foi na presente década que os expansores entraram na prática corrente, principalmente com Radovan (1982)⁴ e Argenta (1983)⁵. Desde então têm sido numerosos os estudos publicados, sistematizando progressivamente as suas indicações, limites, fisiopatologia dos tecidos expandidos, complicações e contra-indicações. Merece especial relevo o estudo realizado por Julien Rappard, publicado em 1988, e que constituiu a sua tese de doutoramento em Nimega⁶.

A expansão dos tecidos é conseguida com a introdução subcutânea, em locais cuidadosamente escolhidos, de *balões* com formas e tamanhos variáveis fabricados em material expansível e inerte (*Fig. 2*). Através de uma válvula próxima ou remota, é introduzida uma certa quantidade de solução salina, no número de sessões que se julgar conveniente. Consegue-se, assim, o aumento progressivo da área cutânea para valores duas, três ou mais vezes superiores.

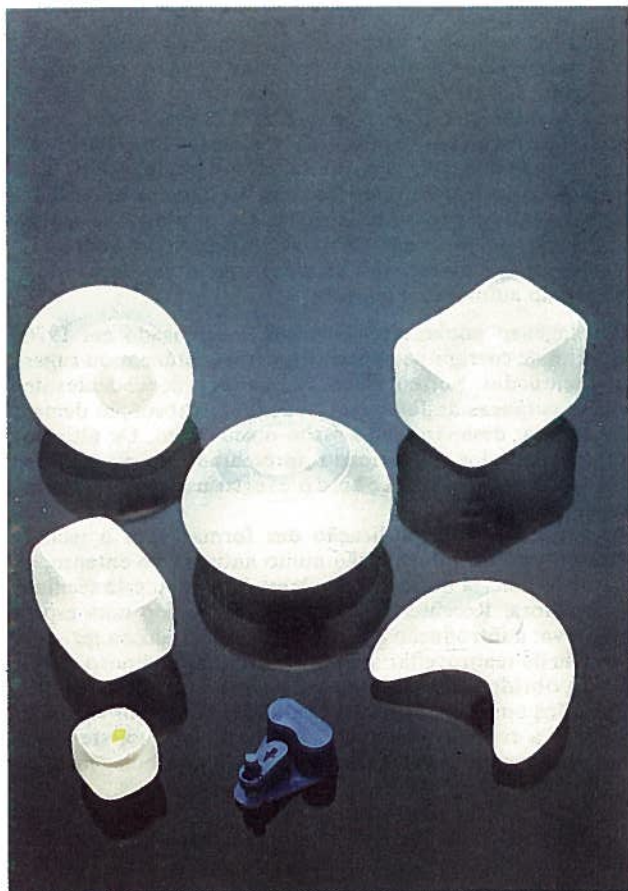


Fig. 2 — Vários modelos de expansores, com válvulas de enchimento próximas, de pesquisa magnética.

Está a ser utilizada na reconstrução mamária e, principalmente, na revisão de extensas cicatrizes e sua substituição por tecidos vizinhos expandidos (*Fig. 3*). Os resultados espectaculares já conseguidos não podem, no entanto, fazer perder de vista a suas limitações e as complicações possíveis. Por isso, e também desde 1982, se têm sucedido os estudos experimentais que possam vir a dar uma resposta a dúvidas e interrogações que persistem: natureza das alterações histológicas sofridas, expansão máxima possível em cada região, duração dos resultados, deformações dos tecidos dos subjacentes.

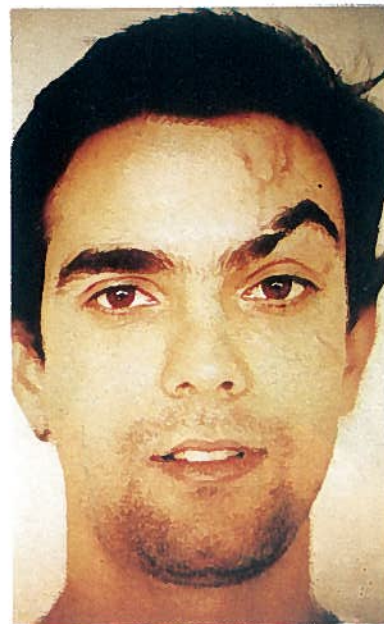


Fig. 3a — pré-operatório.

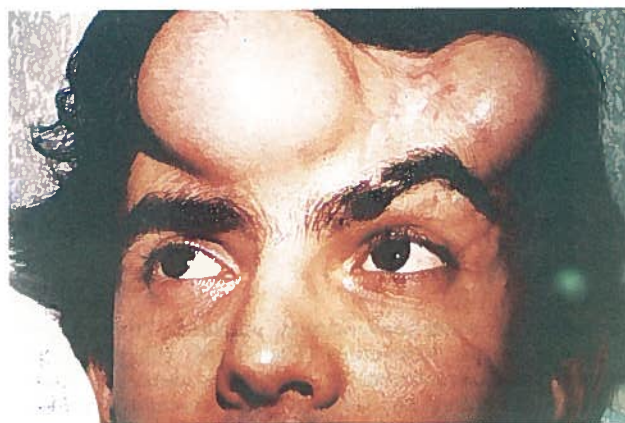


Fig. 3b — dupla expansão cutânea, de 100 c.c. e de 60 c.c.

Os Retalhos

No trabalho já citado no início desta combinação¹ eram referidas as extraordinárias possibilidades oferecidas à Cirurgia Plástica com a redescoberta e desenvolvimento dos retalhos músculo-cutâneos. Esse desenvolvimento tem-se intensificado, tendo surgido novos contributos: na reconstrução mamária com o retalho músculo-cutâneo do Latissimus Dorsi, foi possível demonstrar clinicamente a sua indicação quando existem problemas de drenagem do membro superior homo-lateral (1981, 1985)^{7,8}; foi descrito e adoptado na rotina da mesma reconstrução o retalho transversal abdominal em ilha, permitindo reconstruir a mama amputada com qualquer volume, à custa dos tecidos retirados de



Fig. 3c — Correção de cicatriz complexa da frente após expansão pós-operatória.

fenómeno da incompetência venosa em certos territórios, para a preparação de retalhos de fluxo invertido (LIN e col., 1984)¹². Foi mais um contributo valiosíssimo em cirurgia reparadora, e que continua a ser desenvolvido com novas e interessantes propostas, de que podemos salientar, em Portugal, as de J. Amarante¹³, de J.R. Almeida¹⁴ e H. Costa¹⁵, respectivamente com o retalho distal fascio-cutâneo da perna, com o retalho de fluxo invertido na mão, e com retalho distal interósseo do antebraço.

A Remodelação da Face

Tem sido uma contínua preocupação da Cirurgia Plástica a correcção ou modificação das formas faciais, com um mínimo de sequelas cicatriciais. É natural, por isso, que as propostas de remodelação e correcção facial estejam a sofrer constantes aperfeiçoamentos. Nos últimos tempos, tem-se assistido a uma aplicação cada vez maior de técnicas consideradas secundárias em cirurgia estética, apoiando ou mesmo substituindo, em muitos casos as ritidoplastias totais ou parciais. Refiro-me ao *peeling* químico, à abrasão cirúrgica e, mais recentemente, ao implante de materiais biológicos. Quanto aos primeiros, não se trata de inovações técnicas mas apenas de aperfeiçoamento e de uso mais intensivo; quanto aos segundos, trata-se de realmente de inovações, com o estudo e a aplicação de materiais implantáveis que vieram substituir o silicone líquido. Refiro-me ao lançamento do colagénico como substância implantável para remodelação ou correcção de rugas ou depressões cutâneas, e às esperanças mais recentes nascidas com novas técnicas de implantação autóloga de gordura.

O colagénico implantável começou a ser usado em 1976 com o fim de corrigir pequenas depressões cutâneas ou rugas mais acentuadas. Sofreu várias vicissitudes, dependentes de reacções cutâneas desfavoráveis e de uma reabsorção demasiado rápida, desaparecendo assim o seu efeito. Os últimos produtos lançados no mercado apresentam já um grau de tolerância e uma duração do efeito um pouco mais animadores.

As tentativas de modificação das formas com o tecido adiposo do próprio doente são muito antigas. No entanto, a reabsorção maciça do tecido implantado tornou esta técnica desanimadora. Recentemente, parece ter surgido uma esperança nova: a introdução das técnicas de lipossucção fez surgir a ideia de reaproveitar uma parte do tecido adiposo semi-líquido obtido pela aspiração, para a reimplantação em depressões cutâneas. Os resultados obtidos têm vindo a melhorar a reabsorção é mais discreta, não existem os inconvenientes de intolerância surgidos com o colagénico, e têm igualmente uma enorme vantagem económica¹⁶.

Os últimos anos viram ainda surgir progressivamente a ideia de remodelação da face, não apenas nos tecidos moles de revestimento, mas igualmente no esqueleto. É certo que, há já algumas dezenas de anos, se começaram a corrigir certas anomalias como os prognatismo, retrognatismos e outras deformações maxilares, com osteotomias várias. Mas o avanço extraordinário no tratamento cirúrgico das grandes malformações congénitas craneo-faciais, devido fundamentalmente a Tessier, veio sugerir a ideia de utilizar estas novas possibilidades na cirurgia estética, para remodelação morfológica da face: o próprio Tessier efectuou as primeiras remodelações das arcadas supraciliares e Ortiz-Monasterio, já na década de 80, avançou com osteotomias maxilares, mandibulares, para obter o reequilíbrio da face e remodelação do perfil.

Estas intervenções sobre o esqueleto da face, com fins estéticos, obrigam, em muitos casos, ao manuseamento das inserções e das massas musculares. A observação de certos resultados obtidos obrigou a uma reflexão mais profunda

uma abdominoplastia convencional, utilizando como transportador o Rectus Abdominis (Hartrampf, 1982)⁹; foram estudados mais exaustivamente os padrões vasculares cutâneos, surgindo a ideia dos *retalhos fascio-cutâneos* (Ponten, 1980), que desencadearam um enorme entusiasmo sedimentado entretanto pela elevada taxa de complicações e por um planeamento mais cuidadoso¹⁰; surgiu o novo conceito de *retalhos de fluxo invertido*, que veio abrir novos horizontes na cirurgia reconstrutiva em áreas difíceis das extremidades¹¹. Vale a pena determo-nos um pouco nestes dois últimos.

Partindo do empirismo de Esser (1918) e Gillies (1920), que recomendavam, como medida de segurança, que se incluisse a fascia profunda nos retalhos cutâneos *ao acaso*, Ponten, em 1981¹¹, estabeleceu a possibilidade de construir retalhos fascio-cutâneos como entidade independente dos retalhos já descritos, incluindo os músculo-cutâneos. Esta entidade assentava na existência de plexos vasculares próprios, independentes dos vasos musculares. A descoberta de Ponten lançou novas perspectivas para o encerramento de feridas das extremidades, principalmente nos membros inferiores, em que os problemas surgem com maior acuidade.

Posteriormente à descrição de Ponten, foi aprofundada e posta em prática uma ideia já antiga, provavelmente tendo origem em MacGregor e Morgan (1973), da utilização do

sobre as acções, no esqueleto subjacente, dos diferentes músculos da face, sobre o seu sinergismo e antagonismo e sobre as possíveis consequências da supressão de alguma das suas acções. Esta perspectiva nova veio permitir a aplicação dos resultados dessas reflexões em cirurgia estética, desinserindo, reinserindo, encurtando, alongando, este ou aquele músculo facial, para corrigir tiques, pequenas deformações, rictus, características da mímica pouco agradáveis, certas ptoses. Mas não ficou por aqui o resultado desta reflexão integrada sobre todos e cada um dos componentes da face: a sugestão, feita por várias vezes por ortodontistas, de que talvez fosse possível corrigir algumas anomalias de desenvolvimento facial apenas com a supressão de certas forças musculares, encorajou a cirurgia a tentar essa nova via para corrigir precocemente laterognatismos e de desenvolvimentos anómalos dos maxilares. Os primeiros resultados apresentados publicamente¹⁷, já com uma observação de cinco anos, provam claramente que a razão se encontrava do lado dos ortodontistas: com a desinserção sub-perióstica de certos músculos mastigadores foi possível obter, não apenas a correcção de pequenas anomalias, mas também evitar recidivas após cirurgia ortognática e tornar mais confortável o pós-operatório dos doentes sujeitos a este tipo de tratamento, reduzindo drasticamente os longos períodos de imobilização.

A Lipoaspiração

Pode-se dizer que a história séria da lipoaspiração começou com Joseph Schrude que, em 1964, iniciou a *lipoexercis* com cureta uterina. O cortejo de linforragias e de irregularidades cutâneas que se lhe seguia fez esquecer um pouco o princípio que lhe estava subjacente e que viria a ser aproveitado apenas em 1970 por Kesserring e Fischer, na técnica descrita com o nome de *celulosuccionectomia*. Estes autores imaginaram uma cânula de 13 mm, romba na extremidade, mas provida lateralmente de uma lâmina cortante oscilante, electromóvel, ligada a um aspirador de grande potência. O tecido adiposo era assim seccionado, fragmentado e aspirado.

Kesslering modificou as cânulas posteriormente (1978), apresentou diferentes calibres conforme a região a que se destinavam e passou a utilizar aspiradores de pressão moderada.

Foram, porém, Illouz e Fournier que, a partir de 1977, aperfeiçoaram a técnica, lançando as bases dos métodos utilizados actualmente. Ao primeiro¹⁸ se deve a rápida divulgação mundial do método, que culminou em 1983 com o VIII Congresso Mundial de Cirurgia Plástica (IPRS, Montréal). Qualquer dos dois autores introduziu as cânulas não cortantes, preferindo Illouz as de calibre mais grosso, e defendendo Fournier as de menor calibre. Este mesmo autor desenvolveu a chamada *técnica seca*¹⁹, com modelação periférica da zona aspirada; esta tem sido a técnica actualmente parece reunir o maior número de adeptos, dada a sua morbidade. Ainda em 1983 realizou-se em Barcelona o I Curso de Liposucção, em que participaram alguns cirurgiões portugueses.

Rapidamente, as indicações da técnica foram ampliadas, ultrapassando a modelação do contorno corporal, de cariz marcadamente estético (Fig 4): o desengordamento de retalhos, a excisão de lipomas, o tratamento complementar da doença de Madelung, dos linfedemas ideopáticos, de pseudo-ginecomastias ou de ginecomastias mistas, em mamoplastias de redução, em dermo-lipectomias clássicas, etc., são hoje outros tantos campos em que a lipoaspiração ocupa um lugar de relevo²⁰.



Fig. 4 — Lipoaspiração em lipodistrofia assimétrica bitrocantérian. 4. a — pré-operatório; 4. b — após aspiração de 600 cc à direita e de 650 cc à esquerda.

CONCLUSÃO

Foram descritos e apontados alguns dos aspectos mais relevantes do desenvolvimento e progresso da Cirurgia Plástica e Reconstructiva nos últimos tempos. Especialidade em contínua evolução e aperfeiçoamento, continuará a inovar, a corrigir métodos e a receber o contributo inestimável de outras áreas do conhecimento e de técnicas de ponta. Em Portugal, tem marcado uma presença útil e dignificante, apesar das dificuldades burocráticas, da falta de equipamento, da obstrução desencorajante. A nova geração de cirurgiões plásticos, crítica, combativa, exigente, é, porém, a certeza de um futuro diferente.

BIBLIOGRAFIA

1. BOLÉO-TOMÉ, J.; FRAGA, Z.; — Progressos na Cirurgia Plástica e Reconstructiva. O Médico, 1982; XXXIII, n.º 1580, vol. 102, p. 21-30.
2. BOLÉO-TOMÉ, J. — Carreira Hospitalar em Cirurgia Plástica; J. Soc. Ci. Méd. L., 1988; CLII, n.º 6 Junho, p. 1-4.
3. NUEMAN, C.G. — The Expansion of an Area of Skin by Progressive Distension of a sub-cutaneous Balloon; Pl. Rec. Surg., 1957; 19: 124.
4. RADOVAN, C. — Breast reconstruction after mastectomy using the temporary expander; Pl. Rec. Surg., 1982; 69: 195.
5. ARGENTA L.C., e col. — The use of tissue expansion in head and neck surgery; Ann. Pl. Surg., 1983; 11: 31.
6. RAPPARD, JULIEN — Controlled tissue expansion in Reconstructive Surgery. Nimega, 1988; 160 pp.
7. BOLÉO-TOMÉ, J. — Reconstrução mamária após mastectomia; alguns aspectos particulares. J. Soc. Ci. Méd. L., 1982; CXLVI, 1-2, Jan. Fev., p. 107.
8. BOLÉO-TOMÉ, J. — A reconstrução mamária após mastectomia e a função do membro superior; Bol. H.E.M., 1985; II, 5, p. 3-6.
9. HARTRAMPF, C.R. — Breast Reconstructive with the Lower Transverse Abdominal Island Flap. Recent Advances in Plastic Surgery, n.º 3, Churchill Livingstone, 1985.
10. TOLHURST, DAVID — Surgical indications for Fascio-Cutaneous Flaps. Ann. Pl. Surg., 1984; 13: 495-503 Dec.
11. PONTEN, B. — The Fascio-Cutaneous Flap: the Use in Soft Tissue Defects. Brit. J. Pl. Surg., 1981; 34: 215.
12. LIN, S.D., e col. — Venous Drainage in the Reverse Forearm Flap. Pl. Rec. Surg., 1984; 74: 508.
13. AMARANTE, J., e col. — A new distally based fasciocutaneous flap of the leg. Brit. J. Pl. S., 1986; 39: 338.
14. OLIVEIRA, J.R., e col. — Colgajo de Flujo Inverso: um nuevo método alternativo al cross-finger. Com I. Cong. Hisp.-Luso Cir. Mão, Murcia, 1987; p. publ. Rev. Ib. Lat. Am. Cir Pl..
15. COSTA, H., SOUTAR, D.S., — The Distally Based Island Posterior Inter-Osseous Flap. Brit. J. Pl. S., 1988; 41: 221-227.
16. TEIMORIAN B., e col. — Semi-liquid autologous fat transplantation. Advances in Pl. Rec. S., 1989; vol. 5: p. 57-74.
17. BOLÉO-TOMÉ, J. — Cirurgia das Laterognácias e Prognatismos. Com. I Jorn. Hosp. Estomat., Nov. 1987. Res. in Not. Méd., 1987; 27/Nov.
18. ILLOUZ, I.G. — Body countouring by lipolysis: a five year experience with over 3000 cases. Pl. Rec. S., 1983; 72: 591.
19. FOURNIER P.F. e col. — Lipodissection in body aculpturing: the dry procedure. Pl. Rec. S., 1983; 72: 598.
20. ROVIRA R.V., RENOM J.M.S. — Liposuccion en Cirurgia Plástica y Estética. Salvat, Barcelona, 1987.

Pedido de Separatas:

J. Boléo-Tomé

Alameda D. Afonso Henriques, 58 — 3.º Esq
1900 Lisboa