

AUMENTO DA PANTURRILHA COM PRÓTESE (IMPLANTES)

INFORMAÇÕES GENÉRICAS

OBJETIVO: a cirurgia de aumento da panturrilha lhe proporcionará panturrilhas mais grossas, mas somente na sua porção interna. A escolha do tamanho desejado não poderá ser definida com exatidão antes da cirurgia: o seu médico experimentará moldes de tamanhos de próteses durante o ato cirúrgico, mas a escolha final será baseada nas suas medidas e, principalmente, nas condições de acomodação e elasticidade de sua pele local.

ASSIMETRIAS: Todo corpo tem diferenças entre um lado e outro, sendo que muitas pessoas nunca notaram estas pequenas diferenças até terem feito uma cirurgia. Esta diferença, se existente, permanecerá após a cirurgia, podendo após o aumento das panturrilhas ser mais notado pelo(a) paciente.

CICATRIZES existirão e se situarão nas pregas POSTERIORES do joelho, conforme será demonstrado previamente pelo seu médico, para seu conhecimento e aprovação. As cicatrizes são definitivas e seu aspecto final dependerá das características próprias da sua pele nestas regiões. Mas elas ficarão aparentes e perceptíveis. Além disso, no início serão mais evidentes, normalmente melhorando com o decorrer do tempo. Em alguns casos poderá ocorrer a formação de quelóide, cicatrizes alargadas e/ou cicatriz hipertrófica, comprometendo definitivamente seu aspecto. Este é um risco que ocorre em qualquer cirurgia, plástica ou não e, se você não pode aceitá-lo não deve se submeter a esta cirurgia.

SENSIBILIDADE e Contratura capsular: poderá haver alteração na sensibilidade da pele local. Isto porque as próteses de silicone, após sua colocação, são naturalmente envolvidas por uma cápsula, o que é uma reação normal do organismo à presença da prótese. Em raros casos, esta cápsula se torna vigorosa o suficiente para endurecer as panturrilhas e até modificar o seu formato, ocasionando um formato antiestético, endurecido e, às vezes, doloroso. Este evento leva o nome de “*contratura capsular*”, podendo ser necessário realizar-se nova cirurgia, ou a troca de prótese e, em alguns casos, até a retirada da prótese, provocando flacidez local.

TRAUMATISMO: na eventualidade de ocorrer um traumatismo violento sobre as próteses, é importante que seu médico avalie o aspecto das mesmas para verificar sua integridade. As próteses atuais contêm gel de alta coesividade e resistência, em razão do que, mesmo em casos de ruptura, apresentam menor difusão de silicone nos tecidos.

TROCA DE PRÓTESE (IMPLANTES): Alguns médicos recomendam trocar as próteses (IMPLANTES) a cada 10 anos. Não há consenso ainda sobre esta necessidade, até o presente momento, mas, por precaução e cautela, o ideal é manter um exame anual, só trocando as próteses quando forem encontrados sinais de ruptura.

DURAÇÃO DO RESULTADO: o novo formato das pernas não será para sempre, pois estará sujeito às mudanças que a idade provoca nos músculos e na pele. Ao longo dos anos poderão ser indicadas novas cirurgias, com ou sem troca das próteses, na tentativa de oferecer um resultado próximo ao obtido anteriormente.

Estes riscos, e outros, mencionados adiante, devem ser perfeitamente entendidos e aceitos por você, antes de fazer sua cirurgia.

ALTA COMPLETA: após 6 meses, será submetido(a) a nova consulta com tomada de fotos pós-operatórias e controle de qualidade dos resultados. Na ocasião, se necessário, poderão ser sugeridos pequenos refinamentos que possam colaborar com a melhora do resultado. Escolha com seu médico a época mais oportuna para estes pequenos procedimentos.

RISCOS: Além dos riscos gerais de qualquer cirurgia, as cirurgias de aumento das panturrilhas com próteses apresentam os seguintes riscos:

- Dor local moderada ou severa, precoce ou tardia e até mesmo crônica;
- Aumento e/ou forma insatisfatória (muito grande ou muito pequena);
- Próteses visíveis ou palpáveis;
- Perda de um ou mais pontos (deiscência) pelo esforço e tensão local e/ou infecção;
- Endurecimento e/ou deformação e/ou dor (contratura capsular) de uma ou ambas as pernas em qualquer época recente, tardia ou muito tardia, após a colocação das próteses;
- Infecção, exposição para fora da pele e perda da prótese (extrusão da prótese);
- Movimentação da(s) prótese(s) provocando forma insatisfatória da(s) panturrilha(s);
- Ruptura da prótese, durante ou após a cirurgia, com extravasamento de silicone, requerendo sua substituição;
- Assimetria de forma e/ou tamanho (diferença entre uma perna e outra) seja ela uma nova assimetria ou acentuação de uma

assimetria já preexistente;

- Alterações na sensibilidade local, seja transitória ou definitiva, acúmulo de sangue ou líquido (hematoma e seroma) no local da prótese, requerendo drenagens no local ou reoperação precoce ou tardia;
- Manchas na pele local ou à distância (*rush* cutâneo);
- Eventual prejuízo e limitações para algumas práticas esportivas. O risco de problemas do tipo autoimune (artrite reumatoide, *lúpus*) não foi comprovado até o presente. O seu médico estará à sua disposição para explicar cada um destes riscos, e o que poderá ser feito caso estas situações infrequentes ocorram.

Riscos adicionais poderão vir a ser evidenciados pela pesquisa médica. Exame por ressonância magnética, 3 anos após a cirurgia e depois a cada 2 anos, é recomendável para detecção de rupturas e prevenção de suas consequências.

Caso você tenha animal de estimação em casa (cão ou gato), evite contato direto com eles nos primeiros 20 dias de pós-operatório e, em hipótese alguma, os deixe subir em seu leito. O contato com qualquer tipo de secreção (especialmente a saliva de cães e gatos) pode elevar o risco de contrair uma infecção com consequências potencialmente sérias.

DO CONSENTIMENTO:

De posse de todas as informações necessárias, **EU**,, declaro que fui total e claramente informada e, portanto, **dou meu consentimento para que o(a) Dr.(a)**, e toda sua equipe, realizem em mim o ato cirúrgico acima mencionado, de **AUMENTO DE PANTURILHAS COM PRÓTESES (IMPLANTES)**, bem como os cuidados e tratamentos médicos dele decorrentes.

Reconheço que durante o ato cirúrgico podem surgir **situações ou elementos novos** que não puderam ser previamente identificados e, em decorrência deste fato, **outros procedimentos adicionais e/ou diferentes** daqueles previamente programados **possam se fazer necessários**. Por tal razão, **autorizo o cirurgião, o anestesiológico e suas respectivas equipes a realizar os atos necessários e condizentes com a nova situação** que, eventualmente, venha a se evidenciar.

Entendo e aceito que tanto o cirurgião quanto sua equipe se obrigam, exclusivamente, a **usar de todos os meios técnicos e científicos à sua disposição** para tentar atingir o resultado desejado por mim, mas que não é certo. Pelo fato de a **Medicina não ser uma ciência exata**, fica impossível prever, matematicamente, um resultado para todo e qualquer ato cirúrgico, razão pela qual **aceito o fato** de que não me podem ser dadas **garantias de resultado**, tais como: percentual de melhora, de aparência ou de permanência dos resultados atingidos.

Eu concordo em cooperar com o cirurgião responsável por meu tratamento até meu restabelecimento completo, fazendo a minha parte na relação contratual médico-paciente. **Estou consciente** de que devo acatar e seguir as determinações que me foram dadas, pois sei que se não fizer a parte que me cabe, poderei comprometer, em parte ou no todo, o trabalho do profissional. Além de pôr em risco minha saúde, meu bem-estar ou, ainda, ocasionar sequelas temporárias ou permanentes.

Eu autorizo o registro (foto, som, imagem etc.) dos procedimentos necessários para a(s) cirurgia(s) proposta(s), por entender que tais registros, além de ser uma exigência médico-legal, ainda representam uma alternativa importante de estudo comparativo e de informação científica. Em razão do que, dou meu consentimento para o uso dos mesmos com apenas finalidade de estudo, e desde que se mantenha sigilo sobre minha identidade.

Estou ciente ser de minha responsabilidade a leitura integral deste **Termo** que **me foi entregue em tempo hábil para que pudesse lê-lo** e, caso ainda restasse alguma dúvida, poder dirimi-la com meu cirurgião. Assim agi, e o confirmo, **assinando abaixo e rubricando** todas as folhas do mesmo.



Observações: -----

Local: _____ Data: _____

(assinatura do(a) paciente)

CPF

Testemunha 1: _____

CPF

Testemunha 2: _____

CPF