

Neo-onfaloplastia no decurso das abdominoplastias em âncora em pacientes pós-cirurgia bariátrica

Neo-omphaloplasty in anchor-line abdominoplasty performed in patients who have previously undergone bariatric surgery

BRENDA ARTUZI RENO¹

ALINE MIZUKAMI¹

IVANA LEME DE CALAES¹

JULIANA GULELMO STAUT¹

BRUNO MARINO CLARO²

RICARDO BAROUDI³

PAULO KHARMANDAYAN⁴

MARCO ANTONIO DE

CAMARGO BUENO⁵

RESUMO

Introdução: As grandes perdas ponderais pós-cirurgia bariátrica resultam, nos ex-obesos mórbidos, em grande flacidez cutânea nas áreas mais volumosas, com maiores depósitos adiposos nos membros, nas diversas regiões do tronco e, particularmente, na parede anterior do abdome. A abdominoplastia em âncora, também chamada tipo T invertido, tem sido o procedimento de eleição pelos especialistas, com ressecção concomitante do umbigo, seguida da neoumbilicoplastia no ato operatório. O objetivo do presente estudo é descrever nossa experiência com a técnica de neo-onfaloplastia no decurso das abdominoplastias em âncora em pacientes pós-cirurgia bariátrica, que consiste, basicamente, na utilização de 2 retalhos cutâneos, bilateralmente posicionados nas bordas da pele incisada, que, suturados à fáscia, determinam a umbilicação de aspecto natural. **Método:** Entre março de 2011 e junho de 2012, foram operados, pela Disciplina de Cirurgia Plástica do Hospital das Clínicas da Faculdade de Medicina da Universidade de Campinas, 50 pacientes submetidos a cirurgia bariátrica prévia, com estabilização do peso corpóreo por, no mínimo, 6 meses. **Resultados:** Nos 50 pacientes operados, o neoumbigo ficou posicionado no local estabelecido pré-operatoriamente, apresentando características semelhantes às de indivíduos sem histórico de cirurgia abdominal prévia. Não ocorreram deiscência, necrose, estenose, alargamento das linhas de sutura no neoumbigo ou seromas nessa série de casos. **Conclusões:** A neo-onfaloplastia com emprego de 2 retalhos cutâneos e padronização de seu posicionamento na parede abdominal, distante 16 cm a 18 cm do apêndice xifoide, permitiu resultado estético compatível com o aspecto natural da cicatriz umbilical. Essa abordagem técnica é de fácil e rápida execução.

Descritores: Umbigo/cirurgia. Abdome/cirurgia. Cirurgia bariátrica. Cirurgia plástica/métodos.

ABSTRACT

Introduction: In formerly morbidly obese individuals, major weight loss after bariatric surgery leads to the development of extensive areas of sagging skin with large fat deposits that mainly affect the limbs, several regions of the trunk, and the anterior abdominal wall in particular. The gold standard procedure, anchor-line abdominoplasty (also known as inverted T), is performed with the simultaneous removal of the navel followed by neo-umbilicoplasty

Trabalho realizado na
Disciplina de Cirurgia Plástica
da Faculdade de Medicina
da Universidade Estadual
de Campinas (UNICAMP),
Campinas, SP, Brasil.

Artigo submetido pelo SGP
(Sistema de Gestão de
Publicações) da RBCP.

Artigo recebido: 15/11/2012
Artigo aceito: 8/2/2013

1. Médica residente da Disciplina de Cirurgia Plástica da Faculdade de Medicina da Universidade Estadual de Campinas (UNICAMP), Campinas, SP, Brasil.
2. Cirurgião plástico, membro especialista da Sociedade Brasileira de Cirurgia Plástica (SBCP), Campinas, SP, Brasil.
3. Cirurgião plástico, membro titular da SBCP, Campinas, SP, Brasil.
4. Cirurgião plástico, membro titular da SBCP, chefe da Disciplina de Cirurgia Plástica da Faculdade de Medicina da UNICAMP, Campinas, SP, Brasil.
5. Cirurgião plástico, membro associado da SBCP, cirurgião assistente da Disciplina de Cirurgia Plástica da Faculdade de Medicina da UNICAMP, Campinas, SP, Brasil.

during surgery. In the present report, we describe our experience with neo-omphaloplasty in anchor-line abdominoplasty performed in patients who previously underwent bariatric surgery. The neo-omphaloplasty mainly consists of 2 skin flaps bilaterally positioned at the extremities of the skin incision, facilitating a natural appearance of the navel after they are sutured to the fascia. **Methods:** From March 2011 to June 2012, 50 patients, who previously underwent bariatric surgery and had stable body weight for at least 6 months, were operated on at the Plastic Surgery Service of the Clinics Hospital of the Faculty of Medicine of the University of Campinas. **Results:** In the 50 patients, the neo-umbilicus was positioned at a location that was preoperatively established, and these patients exhibited characteristics similar to individuals who had not undergone abdominal surgeries. There was no evidence of dehiscence, necrosis, stenosis, suture line enlargement in the neo-umbilicus, or seroma formation in this cohort. **Conclusions:** When neo-omphaloplasty is performed using 2 skin flaps conventionally positioned in the abdominal wall, at a distance varying between 16 and 18 cm from the xiphoid process, the aesthetic outcomes are similar to the natural appearance of the navel. This technical approach is quick and easy to implement.

Keywords: Umbilicus/surgery. Abdomen/surgery. Bariatric surgery. Surgery, plastic/methods.

INTRODUÇÃO

As grandes dismorfias cutaneoadiposas, presentes nos obesos mórbidos, causam alterações físicas e psicológicas, e o tratamento multidisciplinar tem por finalidade o retorno às condições consideradas normais dentro dos critérios de custo-benefício. A cirurgia bariátrica trouxe efeitos já consagrados na literatura, acompanhados, entretanto, pelas distrofias do sistema tegumentar. As etapas cirúrgicas para ressecção dos excessos cutâneos têm sido aceitas pelos pacientes, apesar das extensas cicatrizes.

A cicatriz umbilical é, sem dúvida, a única no corpo cuja ausência ou distorção por causas várias pode determinar a seus portadores reações que vão desde a sublimação do problema até a cobrança cirúrgica por sua manutenção, por considerarem, psicologicamente, parte de seu corpo. Quando arguidos sobre a possível ausência da cicatriz umbilical, a maioria dos pacientes, de ambos os sexos, exige sua manutenção¹⁻³.

A literatura registra inúmeras técnicas de onfaloplastia no decurso das abdominoplastias tipo pubiana transversal baixa e mesmo em casos de necrose total do umbigo⁴⁻⁸. Nas abdominoplastias tipo âncora, em que rotineiramente o umbigo é ressecado, sua reconstituição tem sido realizada com emprego de 1 ou 2 retalhos cutâneos, sob a forma de uma lingueta cutânea com o pedículo numa das bordas da pele residual, que é suturada à fáscia abaixo, criando aspecto similar ao do umbigo⁹⁻¹⁴.

O objetivo do presente estudo é descrever nossa experiência com a técnica de neo-onfaloplastia no decurso das abdominoplastias em âncora em pacientes pós-cirurgia bariá-

trica, que consiste, basicamente, na utilização de 2 retalhos cutâneos, bilateralmente posicionados nas bordas da pele incisada, que, suturados à fáscia, determinam a umbilicação de aspecto natural.

MÉTODO

Entre março de 2011 e junho de 2012, foram operados, pela Disciplina de Cirurgia Plástica do Hospital das Clínicas da Faculdade de Medicina da Universidade de Campinas, 50 pacientes submetidos a cirurgia bariátrica prévia, com estabilização do peso corpóreo por, no mínimo, 6 meses. A maioria (90%) dos pacientes era do sexo feminino.

Todos os pacientes foram operados pela técnica em âncora, com o neumbigo elaborado com auxílio de 2 retalhos cutâneos bilateralmente posicionados nas bordas dos retalhos cutâneos residuais.

Marcação

Com o paciente em posição ortostática, foi demarcada uma linha xifopúbica que atinge, nas mulheres, a comissura vulvar anterior e, nos homens, a base de implantação do pênis. Com o paciente em decúbito dorsal horizontal, 6 cm acima dessa referência, uma nova linha também de 6 cm, transversal e bilateralmente posicionada, foi alongada até a espinha ilíaca de cada lado. Por meio de manobra bidigital, a partir da linha transversal ilíaca-pubiana, foi realizada marcação do limite superior por outra linha transversal também bilateral. O aspecto obtido com as marcações foi de uma ampla elipse, cujo volume variou de acordo com os excessos adipocutâneos.

Com toda a pele estirada caudalmente, nova manobra bidigital delimitou os excessos epigástricos, a partir do apêndice xifoide até a linha superior da marcação transversal superior, na altura do umbigo. Essa nova marcação epigástrica tomou a forma da letra A. Finalmente, na transição do terço médio da marcação para terço distal, em média 16 cm a 18 cm abaixo do apêndice xifoide, foram demarcados, bilateralmente, 2 pequenos retângulos cutâneos de 2 cm no sentido horizontal e de 3 cm no vertical, posicionados medialmente nas bordas que delimitavam os limites verticais de ressecção (Figuras 1 e 2).

Técnica Operatória

Os pacientes foram submetidos a anestesia geral, combinada ou não com epidural. Foi realizada infiltração com soro fisiológico a 0,9% e adrenalina a 1:500.000. Em seguida, procedeu-se à incisão cutânea ao longo de toda a linha demarcada para ressecção. Realizada dissecação e exérese em monobloco de toda a capa cutânea com eletrocautério até o plano aponeurótico, incluindo o umbigo e seu pedículo. Invaginação e sutura do coto umbilical foram realizadas quando necessário (Figura 3). Os músculos reto abdominais foram plicados mediante sutura da aponeurose em 2 planos, com pontos isolados de fio de náilon 2-0 a cada 5 cm de distância, seguida de sutura contínua com Vycril 0. Com o paciente em posição de Fowler, foi realizada sutura das extremidades dos 2 hemirretalhos cutâneos na linha média

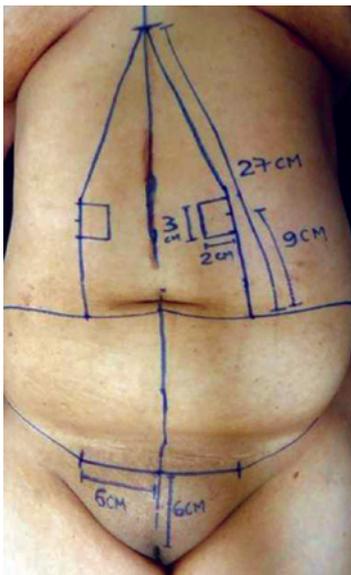


Figura 1 – Vista anterior da demarcação do neumbigo no epigástrico. Os limites de 6 cm bilateralmente da linha mediana, distantes também 6 cm de comissura vulvar, delimitam o nível da incisão transversal inferior do T invertido e a posição da sutura vertical após ressecção dos excessos cutâneos.

pubiana, com emprego de pontos isolados de Vycril 0. Os dois retalhos cutâneos retangulares, bilateralmente posicionados, foram suturados medianamente na aponeurose dos músculos reto abdominais, por meio de 2 pontos isolados de fio de náilon 2-0, seguido de sutura de suas bordas com fio de náilon 4-0 (Figuras 4 a 6). As demais suturas nas linhas vertical e horizontal, para síntese final das bordas da pele, foram realizadas com pontos isolados com Vycril 0, incluindo a fáscia superficial e a derme, seguidas de sutura contínua intradérmica com Monocryl 3-0.

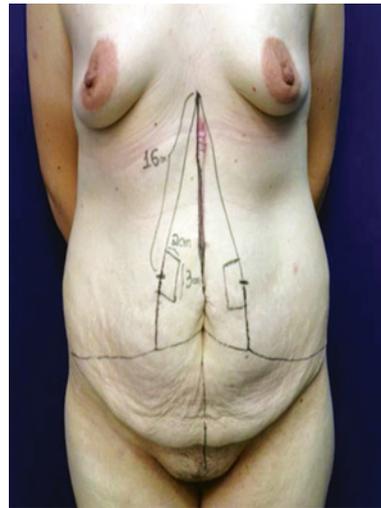


Figura 2 – Vista anterior das demarcações cutâneas.

Linha xifopúbica seguida de pinçamento vertical bidigital epigástrico e no sentido transversal umbilico-pubiano delimitam os excessos cutâneos a serem ressecados. A distância xifoide-linha transversal superior com cerca de 27 cm de comprimento é dividida em 3 segmentos iguais de 9 cm. Os 2 quadriláteros cutâneos desenhados no nível do neumbigo, medindo 3 x 2 cm², distam 16 cm a 18 cm do apêndice xifoide, para a reconstrução do neumbigo.

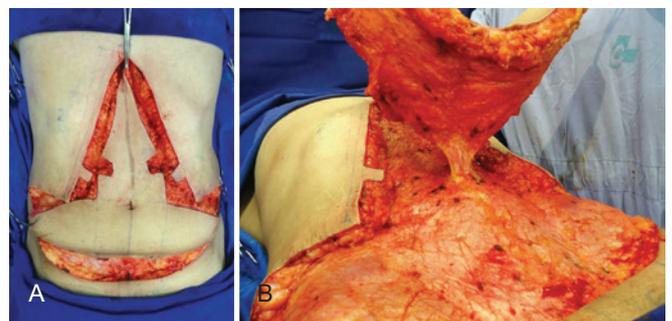


Figura 3 – Aspecto transoperatório da ressecção dos excessos cutâneos e amputação do pedículo do umbigo em sua base, com os retalhos cutâneos quadrangulares delimitados.

Pontos de adesão foram aplicados nas áreas de espaço morto e dreno de sucção posicionado, emergindo através da pele na área central do púbis, que foi mantido por 7 dias.

Foi realizado curativo com fita adesiva porosa e estéril sobre toda a extensão das linhas de sutura, recobertas com chumaço de algodão e cinta elástica. Uma gaze seca foi mantida no interior do neumbigo por 24 horas.

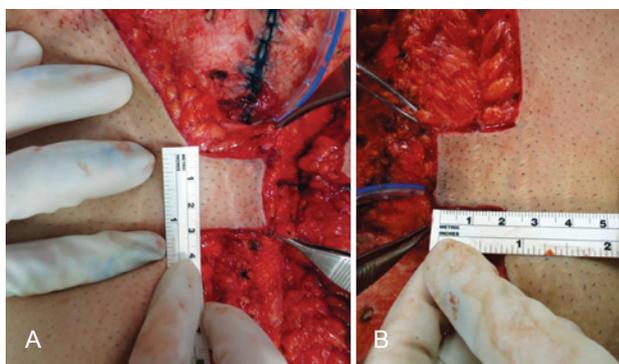


Figura 4 – Retalhos cutâneos retangulares que medem 3 x 2 cm² nas margens vertical e horizontal, respectivamente, sem ressecção do celular subcutâneo.

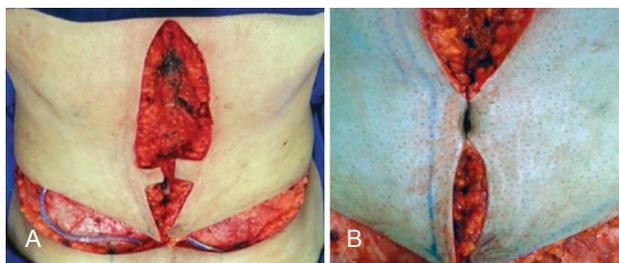


Figura 5 – Extremidade dos retalhos suturados na linha mediana, no nível da fáscia muscular.

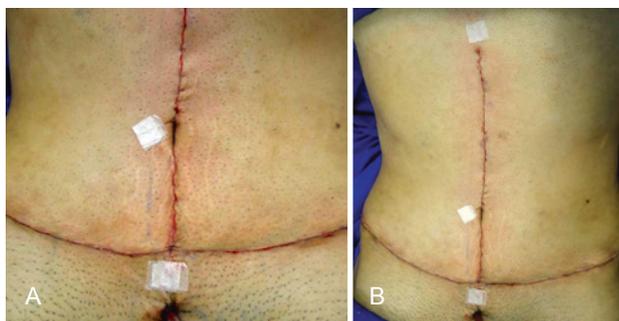


Figura 6 – Aspecto final da cirurgia com a distância xifoumbilical variável entre 16 cm e 18 cm. O aspecto verticalizado da fenda umbilical varia nos pacientes operados; usualmente, permanece por meses alongado, tornando-se mais aberto após lasseamento da pele.

RESULTADOS

Nos 50 pacientes operados, o neumbigo ficou posicionado no local estabelecido pré-operatoriamente, apresentando características semelhantes às de indivíduos sem histórico de cirurgia abdominal prévia (Figuras 7 a 10).

Não ocorreram deiscência, necrose, estenose, alargamento das linhas de sutura no neumbigo ou seromas nesta série de casos.



Figura 7 – Paciente do sexo feminino, 38 anos de idade, submetida a abdominoplastia em âncora e neumbilicoplastia pela técnica proposta após grande perda ponderal. Em **A**, aspecto pré-operatório, vista anterior. Em **B**, aspecto no segundo mês de pós-operatório, vista anterior. Em **C**, aspecto no sexto mês de pós-operatório, vista anterior.

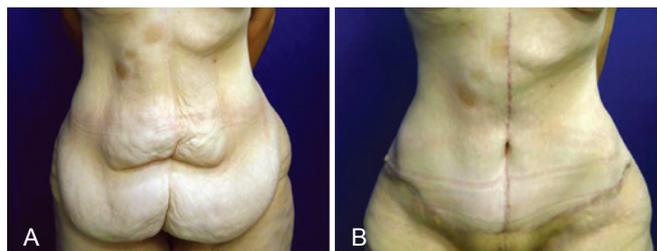


Figura 8 – Paciente do sexo feminino, 31 anos de idade, submetida a abdominoplastia em âncora e neumbilicoplastia pela técnica proposta após grande perda ponderal. Em **A**, aspecto pré-operatório, vista anterior. Em **B**, aspecto no terceiro mês de pós-operatório, vista anterior.

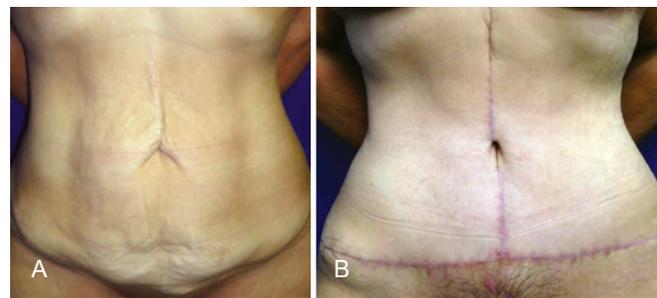


Figura 9 – Paciente do sexo feminino, 42 anos de idade, submetida a abdominoplastia em âncora e neumbilicoplastia pela técnica proposta após grande perda ponderal. Em **A**, aspecto pré-operatório, vista anterior. Em **B**, aspecto no segundo mês de pós-operatório, vista anterior.

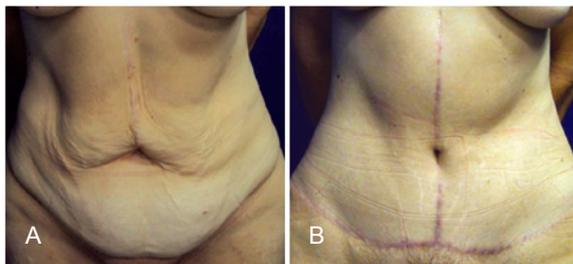


Figura 10 – Paciente do sexo feminino, 43 anos de idade, submetida a abdominoplastia em âncora e neumbilicoplastia pela técnica proposta após grande perda ponderal.

Em **A**, aspecto pré-operatório, vista anterior.

Em **B**, aspecto no oitavo mês de pós-operatório, vista anterior.

DISCUSSÃO

A conduta da amputação sistemática do umbigo nos pacientes submetidos a abdominoplastia pós-cirurgia bariátrica está relacionada a características pré-operatórias, como grande extensão do pedículo. A umbilicoplastia convencional determina manobras cirúrgicas, que, com frequência, causam distorções no pós-operatório, como estenose ou ampliação da área umbilical, hipertrofia cicatricial na ilha de pele, deiscência de sutura e necrose do pedículo, que muitas vezes requerem revisão cirúrgica.

A neumbilicoplastia proposta neste artigo, que emprega 2 retalhos cutâneos, apesar de semelhante a outros procedimentos já descritos na literatura, difere no que diz respeito à marcação padronizada, independentemente das características físicas dos pacientes, da perda ponderal, do volume da pele ou da espessura do panículo adiposo⁹⁻¹⁴. A distância em torno de 16 cm a 18 cm abaixo do apêndice xifoide representa a posição esteticamente mais aceita, mesmo nas pessoas hígdas e naquelas com prévia abdominoplastia tipo pubiana transversal baixa. Para determinação dessa distância, foram realizadas mensurações xifoumbilicais em 15 pacientes hígdos, dentro dos limites normais de peso e altura e em posição ereta. A distância variou entre 16 cm e 18 cm, com média de 16,5 cm. A referência com o apêndice xifoide foi considerada mais precisa quando comparada à comissura vulvar, diante dos fatores inerentes a sua estrutura adipocutânea.

As manobras cirúrgicas utilizadas são de fácil e rápida execução, pois não requerem nada além da fixação dos 2 retalhos cutâneos por meio de pontos isolados nas bordas cutâneas, no plano aponeurótico, sem necessidade de ressecção de sua capa adiposa. Também não é necessária a realização de curativo específico, além da manutenção de gaze no interior do neumbigo por 24 horas.

Os pacientes são orientados a realizar limpeza diária do neumbigo com água e sabonete e colocação de nova gaze seca por um período de 4 semanas. O uso da cinta elástica cobrindo o tronco desde o sulco inframamário até a raiz das coxas é indicado por 3 meses.

Os pacientes são liberados para realização de atividades físicas leves, como caminhadas e hidroginástica, a partir do primeiro mês, enquanto musculação e exercícios abdominais são recomendados somente a partir do terceiro mês de pós-operatório.

CONCLUSÕES

A neo-onfaloplastia com emprego de 2 retalhos cutâneos e padronização de seu posicionamento na parede abdominal, distante 16 cm a 18 cm do apêndice xifoide, permitiu resultado estético compatível com o aspecto natural da cicatriz umbilical. Essa abordagem técnica é de fácil e rápida execução.

REFERÊNCIAS

- Francischi RPP, Pereira LO, Freitas CS, Klopfer M, Santos RC, Vieira P, et al. Obesidade: atualização sobre sua etiologia, morbidade e tratamento. *Rev Nutr.* 2000;13(1):17-28.
- Visscher TL, Seidell JC. The public health impact of obesity. *Annu Rev Public Health.* 2001;22:355-75.
- Furtado IR, Nogueira CH, Lima Jr EM. Cirurgia plástica após a gastroplastia redutora: planejamento das cirurgias e técnicas. *Rev Soc Bras Cir Plást.* 2004;19(2):35-40.
- Avelar JM. Cicatriz umbilical: da sua importância e técnica de confecção nas abdominoplastias. *Rev Bras Cir.* 1979;69(1/2):41-52.
- Ribeiro L, Muzy S, Accorsi A. Omphaloplasty. *Ann Plast Surg.* 1991;27(5):457-75.
- Nogueira DSC. Neo-onfaloplastia de rotina em abdominoplastias. *Rev Bras Cir Plást.* 2008;23(3):207-13.
- Baroudi R, Carvalho C. Neumbilicoplastias. Un procedimiento eclético en el transcurso de las abdominoplastias. *Cir Plast Iberolatinoam.* 1981;7(4):391-401.
- Silva FN, Oliveira EA. Neo-onfaloplastia na abdominoplastia vertical. *Rev Bras Cir Plást.* 2010;25(2):330-6.
- Cavalcanti ELF. Neumbilicoplastia como opção de reconstrução umbilical nas dermolipectomias abdominais em âncora pós-gastroplastia. *Rev Bras Cir Plást.* 2010;25(3):509-18.
- Pfulg M, Van de Sijpe K, Blondeel P. A simple new technique for neumbilicoplasty. *Br J Plast Surg.* 2005;58(5):688-91.
- Franco T, Franco D. Neomphaloplasty: an old and new technique. *Aesthetic Plast Surg.* 1999;23(2):151-4.
- Franco D, Medeiros J, Farias C, Franco T. Umbilical reconstruction for patients with a midline scar. *Aesthetic Plast Surg.* 2006;30(5):595-8.
- el-Dessouki NI, Shehata SM, Torki AM, Hashish AA. Double half-cone flap umbilicoplasty: a new technique for the proboscoid umbilical hernia in children. *Hernia.* 2004;8(3):182-5.
- Tardelli HC, Vilela DB, Schwartzmann GLE, Azevedo M, Mello Jr AM, Farina Jr JA. Padronização cirúrgica das abdominoplastias em âncora pós-gastroplastia. *Rev Bras Cir Plást.* 2011;26(2):266-74.

Correspondência para:

Brenda Artuzi Reno
Rua Jasmim, 750 – ap. 52 – Chácara Primavera – Campinas, SP, Brasil – CEP 13087-460
E-mail: beartuzi@yahoo.com.br