

Abdominoplastia após grandes perdas ponderais: análise crítica de complicações em 130 casos consecutivos

Abdominoplasty following massive weight loss: a critical analysis of complications in 130 consecutive cases

LADY WILSON CANAN JUNIOR¹

RESUMO

Introdução: As grandes perdas ponderais causadas pelas cirurgias bariátricas vêm aumentando consideravelmente a demanda por cirurgias plásticas, sendo a abdominoplastia o procedimento mais requisitado. Neste estudo é feita uma análise das complicações posteriores à abdominoplastia em pacientes após grandes perdas ponderais numa série consecutiva de 130 casos. **Método:** Foram estudados 130 pacientes submetidos a abdominoplastia, analisando-se diferenças entre gêneros, tipos de cirurgia (em âncora vs. convencional), utilização de drenos, pontos de adesão, peso perdido no emagrecimento e na abdominoplastia, além de complicações ocorridas, como seroma, hematoma e infecções. **Resultados:** Foram operados 10 homens e 120 mulheres (média de idade de 38,3 anos). A técnica de abdominoplastia em âncora foi realizada em 99 pacientes e convencional, em 31 pacientes. Seroma foi a complicação mais prevalente no gênero masculino ($P = 0,012$), nos pacientes dos grupos A e B (com dreno e menos de 30 pontos de adesão) em relação aos do grupo C (sem dreno e mais de 30 pontos de adesão), com valores de $P = 0,001$ e $0,075$, respectivamente, e nos pacientes que realizaram abdominoplastia pesando mais de 70 kg ($P = 0,002$). Hematoma foi mais prevalente nos homens ($P = 0,003$) e nos pacientes que realizaram abdominoplastia pesando mais de 70 kg ($P = 0,008$). Não houve diferenças significativas quanto a infecção entre os grupos testados nem entre as abdominoplastias em âncora ou convencional. **Conclusões:** O seroma foi a principal complicação, podendo ser evitado com uma quantidade adequada de pontos de adesão. Gênero masculino e pacientes pesando mais de 70 kg no momento da abdominoplastia tiveram mais complicações.

Descritores: Cirurgia bariátrica. Obesidade. Abdominoplastia.

ABSTRACT

Background: The massive weight losses caused by bariatric surgery have considerably increased the demand for plastic surgery, with abdominoplasty being the most requested procedure. In this study, an analysis of post-abdominoplasty complications was conducted in a consecutive series of 130 patients who experienced massive weight loss. **Methods:** One hundred and thirty patients who underwent abdominoplasty were studied, and the differences between the genders, surgery types (anchor-line vs. conventional), drain usage, adhesive sutures, and lost weight during the weight loss phase and at the time of abdominoplasty as well as the occurrence of complications such as seroma, hematoma, and infection were analyzed. **Results:** Ten men and 120 women underwent surgery (mean age, 38.3 years). The anchor-line abdominoplasty and conventional techniques were performed in 99 and 31 patients, respectively. Seroma was the most prevalent complication in men ($P = 0.012$) and was more frequent in group A and B patients (with drains and fewer than 30 adhesive

Trabalho realizado no Hospital Vitória, Curitiba, PR, Brasil.

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

Artigo recebido: 22/7/2012
Artigo aceito: 15/12/2013

1. Mestre em Clínica Cirúrgica, membro titular da Sociedade Brasileira de Cirurgia Plástica, cirurgião plástico do Hospital Regional Infantil Waldemar Monastier de Campo Largo, cirurgião plástico e craniofacial do Centro de Atendimento Integral ao Fissurado Lábio Palatal, Curitiba, PR, Brasil.

sutures, respectively) relative to group C patients (without drains and more than 30 adhesive sutures), with respective P values of 0.001 and 0.075, and in patients who underwent abdominoplasty and weighed more than 70 kg (P = 0.002). Hematoma was more prevalent in men (P = 0.003) and in patients who underwent abdominoplasty and weighed more than 70 kg (P = 0.008). There were no significant differences with respect to the infection incidence between the tested groups or between the anchor-line and conventional abdominoplasty procedures. **Conclusions:** Seroma was the main complication and could be avoided by using an appropriate number of adhesive sutures. Male patients weighting more than 70 kg at the time of abdominoplasty developed more complications.

Keywords: Bariatric surgery. Obesity. Abdominoplasty.

INTRODUÇÃO

No Brasil, atualmente, existem cerca de 30 milhões de pessoas obesas, sendo 10% delas consideradas obesas mórbidas. A obesidade já pode ser considerada uma doença endêmica, que leva ao desenvolvimento de comorbidades como hipertensão e diabetes, tornando seu enfrentamento uma questão de saúde pública¹.

O tratamento cirúrgico da obesidade, realizado, na maioria das vezes, por meio da cirurgia de Fobi-Capella, com sua ação mista de emagrecimento (disabsortiva e restritiva), transformou-se, hoje, em um procedimento corriqueiro e eficaz^{2,3}. Estima-se que houve aumento de 275% dessas cirurgias nos últimos 7 anos, totalizando 60 mil cirurgias bariátricas só no ano de 2010, das quais 35% foram realizadas por via videolaparoscópica, reduzindo ainda mais a morbidade da operação¹.

As grandes perdas ponderais dos pacientes submetidos a cirurgia bariátrica geraram uma gama de problemas no contorno corporal, em decorrência das extensas sobras de pele. Isso gerou uma considerável demanda de pacientes à procura de cirurgias plásticas para a correção dessas deformidades. A abdominoplastia lidera como o procedimento mais requisitado por esses pacientes, dado o prejuízo emocional, funcional e estético causado pelo abdômen em aveludado⁴.

A abdominoplastia em pacientes após grandes perdas ponderais vem sendo foco de múltiplas publicações na literatura, com a demonstração de técnicas e estratégias para o adequado tratamento desses pacientes. Consequentemente, maior número de intercorrências e complicações tem sido notado nesse grupo específico de pacientes, considerando as diferenças com os procedimentos realizados nos pacientes convencionais⁵.

Este estudo tem como objetivo fazer uma análise crítica das complicações após abdominoplastia em pacientes que sofreram grandes perdas ponderais, especialmente relacionadas a seromas, hematomas e infecção, em avaliação consecutiva de 130 casos.

MÉTODO

Foram analisados, prospectivamente, 130 pacientes operados entre maio de 2009 e junho de 2012, todos pelo mesmo cirurgião (autor), no Hospital Vitória (Curitiba, PR). Todos os pacientes faziam parte do Protocolo de Cirurgia Bariátrica Amil-Paraná.

Os critérios de inclusão básicos para a realização da abdominoplastia foram estabilidade de peso por pelo menos 6 meses após o emagrecimento e liberação cirúrgico-anestésica após a realização dos exames pré-operatórios.

A avaliação pré-operatória incluiu consultas e liberação por nutricionista, psicóloga, endocrinologista e cirurgião bariátrico. Foram realizados exames de sangue (hemograma, coagulograma, creatinina, albumina e glicemia), radiografia de tórax, eletrocardiografia e avaliação pré-anestésica em todos os pacientes. Quando necessário, exames complementares e avaliação cardiológica foram realizados. Pacientes fumantes foram orientados a parar de fumar pelo menos 30 dias antes da cirurgia. Todos os pacientes leram e assinaram o termo de consentimento livre e esclarecido sobre os riscos inerentes aos procedimentos cirúrgico e anestésico.

As abdominoplastias realizadas foram classificadas em duas técnicas: abdominoplastia em âncora e abdominoplastia convencional. Em apenas um caso foi realizada abdominoplastia em âncora com extensão posterior tipo *belt lipectomy*⁶.

Anestesia peridural com sedação foi o método anestésico de escolha na maioria dos casos. Anestesia geral foi realizada nas situações de contraindicação ou dificuldade técnica à anestesia raquidiana e em alguns casos de cirurgia associada. Os pacientes receberam antibiótico profilático na indução anestésica (cefazolina 1 g).

As abdominoplastias em âncora foram indicadas nos pacientes cuja cirurgia bariátrica foi realizada por meio de laparotomia com incisão longitudinal supraumbilical mediana e em outros 3 casos, pela preferência das pacientes pela técnica, em decorrência da quantidade de estrias e da grande sobra de pele no sentido vertical na região epigástrica. A marcação é demonstrada na Figura 1.

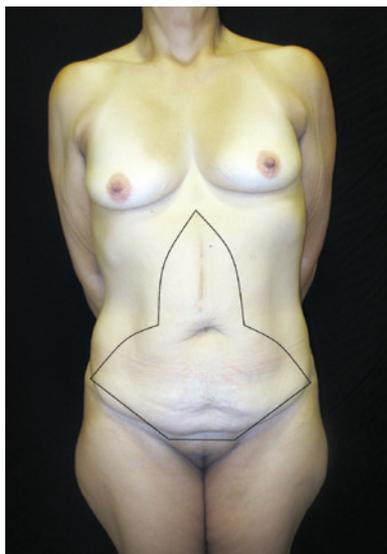


Figura 1 – Marcação da abdominoplastia em âncora.

Foi realizada infiltração com solução de adrenalina a 1:250.000 superficialmente nas marcações e no umbigo. A dermolipectomia foi realizada em monobloco, incisando-se a pele com bisturi a frio e a gordura e o descolamento da aponeurose com bisturi elétrico, preservando-se o umbigo e sua inserção. Os pacientes com vasos mais calibrosos (artérias e veias epigástricas superficiais, circunflexas ilíacas superficiais e perfurantes periumbilicais) foram submetidos a ligadura com fio de algodão 3-0 e o restante da hemostasia foi realizado com coagulação elétrica. Procedeu-se à dissecação de eventuais hérnias da parede abdominal com sepultamento do saco herniário e plicatura dos músculos retos abdominais com fio de náilon 2-0 em dois planos (separados em “x” e chuleio contínuo ancorado). Não foram utilizadas telas de reforço e as já existentes, resultantes de herniorrafias prévias, foram mantidas. O umbigo foi fixado na parede abdominal com pontos de náilon 3-0, deixando-o com uma altura correspondente à metade da altura do retalho dermogorduroso abdominal na região mesogástrica. Após sua fixação, os bordos cutâneos do umbigo foram seccionados em formato triangular com base superior.

Considerando os pontos de adesão e a utilização de drenos a vácuo, o estudo foi dividido em três fases: primeira fase – grupo A, composto por pacientes operados entre maio de 2009 e junho de 2010, nos quais se utilizaram drenos a vácuo em todos os casos e foram dados poucos pontos de adesão (até 15 pontos); segunda fase – grupo B, composto por pacientes operados entre julho de 2010 e junho de 2011, nos quais se utilizaram drenos a vácuo em todos os casos e foram dados mais pontos de adesão comparativamente ao grupo A (entre 15 e 30 pontos); e terceira fase – grupo C, composto por pacientes operados entre julho de 2011 e junho de 2012, nos

quais não foram utilizados drenos e foram dados mais de 30 pontos de adesão. Para os pontos de adesão, utilizou-se fio de náilon 3-0. Os drenos a vácuo de dupla haste foram exteriorizados por contraincisão na região pubiana e fixados à pele com fio de náilon 3-0.

A síntese dos retalhos foi efetuada por planos, eliminando-se os espaços mortos. Fios de poliglicaprone (Monocryl®) 3-0 foram utilizados para síntese da gordura e pontos subdérmicos profundos. O mesmo fio 4-0 foi utilizado para os pontos subdérmicos superficiais e intradérmicos. Pontos simples de náilon 5-0 foram dados na região do T invertido e no umbigo.

Na síntese do segmento vertical foi deixado um intervalo sem sutura de cerca de 3 cm na projeção do umbigo, onde foi confeccionada zetaplastia com transposição dos retalhos. Foi então realizada a ressecção de um dos retalhos dessa zetaplastia em formato triangular, deixando um orifício de mesma forma com base superior para a síntese do umbigo previamente preparado com disposição semelhante (Figura 2).

Por fim, foi realizado curativo com micropore, gaze e chumaços de algodão, além de imediata colocação de faixa elástica compressiva com velcro no abdômen.

As abdominoplastias convencionais foram indicadas nos casos de pacientes submetidas a cirurgia bariátrica por videolaparoscopia e orientadas sobre possível sobra de pele no sentido vertical do abdômen. A marcação pode ser observada na Figura 3.

Os procedimentos realizados nas abdominoplastias convencionais (Callia-Pitanguy-Regnault)⁷ foram semelhantes aos realizados nas abdominoplastias em âncora. A única exceção refere-se à exteriorização do umbigo, que foi feita com incisão na pele em Y no retalho abdominal parcialmente desengordurado nessa região, fixando suas pontas com pontos de adesão mais superficiais e permitindo o aprofundamento do retalho na inserção umbilical.

Todos os pacientes foram mantidos internados na noite do pós-operatório imediato em posição de Fowler, com sondagem vesical de demora até a manhã seguinte, orientados a realizar flexão e extensão dos pés repetidamente enquanto acamados, sendo auxiliados a deambular e a sair do leito na manhã seguinte. Medicamentos analgésicos, sintomáticos, antibiótico profilático e heparina de baixo peso molecular foram prescritos para todos os pacientes tanto durante a internação como depois da alta.

O primeiro retorno foi realizado entre 5 dias e 7 dias de pós-operatório, com cerca de 3 retornos adicionais no primeiro mês na dependência do débito do dreno a vácuo, o qual foi retirado somente com drenagem < 20 ml. Os retornos seguintes foram mensais até terem sido completados 3 meses de pós-operatório e trimestrais a partir de então. Cinta elástica foi mantida até o segundo mês de pós-operatório e cuidados referentes às cicatrizes foram tomados sistematicamente.

Nas consultas de revisão foram identificadas e tratadas as complicações inerentes à abdominoplastia. Foram consi-



Figura 2 – Sequência da técnica de onfaloplastia.

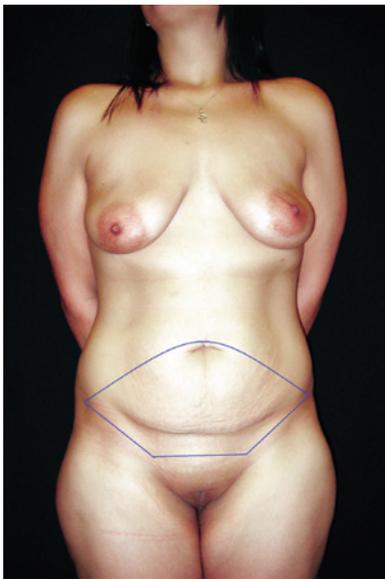


Figura 3 – Marcação da abdominoplastia convencional.

derados pacientes com seroma aqueles que tiveram diagnóstico clínico, os quais foram submetidos a punção por agulha com drenagem de líquido predominantemente seroso após a retirada do dreno a vácuo ou nos casos sem dreno. Foram considerados pacientes com hematoma aqueles que apresentaram drenagem sanguinolenta no dreno a vácuo > 500 ml nas primeiras 24 horas. Nos casos em que não foram utilizados drenos, consideraram-se as grandes equimoses de pele com conseqüente formação de coleção sanguinolenta, submetidas, posteriormente, a punção com agulha. Foram considerados pacientes com infecção aqueles em que houve necessidade do uso de antibiótico terapêutico em decorrência de abscessos, de celulite ou de infecções de ferida maiores. Infecções pequenas e superficiais foram tratadas com curativos e antibióticos tópicos, não sendo contabilizadas nos dados coletados.

Os dados referentes a cada cirurgia foram coletados e tabulados em planilha do *software* Microsoft Office Excel

2010. Os resultados obtidos foram comparados e tratados estatisticamente, admitindo-se $P < 0,05$ ou 5% como nível de rejeição da hipótese de nulidade.

Na Figura 4 estão apresentadas imagens pré e pós-operatórias de alguns pacientes desta casuística submetidos a abdominoplastia em âncora.

RESULTADOS

Foram operados 130 pacientes entre maio de 2009 e junho de 2012, sendo 120 do gênero feminino (92,3%) e 10 do gênero masculino (7,7%). A média de idade foi de 38,3 anos (faixa etária de 19 anos a 66 anos). As complicações relacionadas ao seroma e ao hematoma, comparadas entre os gêneros, estão demonstradas nas Tabelas 1 e 2.

A cirurgia bariátrica foi realizada entre 12 meses e 108 meses (9 anos) antes da abdominoplastia, numa média de 32 meses (2 anos e 8 meses): em 96 (73,8%) pacientes foi realizada cirurgia bariátrica aberta, ou seja, com laparotomia mediana supraumbilical; em 33 pacientes (25,4%), por videolaparoscopia; e 1 (0,8%) paciente emagreceu sem tratamento cirúrgico. A Tabela 3 mostra a via de acesso utilizada para a cirurgia bariátrica nos grupos A, B e C.

A complicação mais frequente da cirurgia bariátrica foi a hérnia incisional, diagnosticada no pré-operatório em 17 pacientes e no intraoperatório em outros 32 pacientes nos quais havia pequenas hérnias provenientes da laparotomia mediana prévia. Todas as hérnias ocorreram nos pacientes submetidos a cirurgia bariátrica aberta, perfazendo um índice de 61,5% dessa complicação por essa via de acesso.

O tempo médio de estabilização do peso no momento da realização das abdominoplastias foi de 12,1 meses. O peso, em quilogramas, antes da cirurgia bariátrica, o peso perdido no emagrecimento e o peso no momento da abdominoplastia, em ambos os gêneros, são visualizados na Tabela 4, com o respectivo tratamento estatístico.

A mediana de peso perdido foi de 40 kg. Não houve diferença significativa nas complicações seroma, hematoma ou infecção, comparando os pacientes que perderam até 40 kg



Figura 4 – Imagens pré e pós-operatórias de pacientes submetidos a abdominoplastia em âncora.

Tabela 1 – Distribuição da complicação seroma entre os gêneros.

Seroma	Gênero	
	Feminino n (%)	Masculino n (%)
Não	95 (79,17)	4 (40)
Sim	25 (20,83)	6 (60)
Total	120 (100)	10 (100)

P = 0,012.

Tabela 2 – Distribuição da complicação hematoma entre os gêneros.

Hematoma	Gênero	
	Feminino n (%)	Masculino n (%)
Não	114 (95)	6 (60)
Sim	6 (5)	4 (40)
Total	120 (100)	10 (100)

P = 0,003.

àqueles que perderam acima desse valor, com valores de P = 1, P = 0,324 e P = 1, respectivamente. Considerando-se o peso atual, o valor mediano foi de 70 kg. Comparando o

Tabela 3 – Distribuição do acesso cirúrgico entre os grupos A, B e C.

Cirurgia bariátrica	Grupo		
	A n (%)	B n (%)	C n (%)
Aberta	41 (93,18)	33 (76,74)	22 (52,38)
Por videolaparoscopia	3 (6,82)	10 (23,26)	20 (47,62)
Total	44 (100)	43 (100)	42 (100)

Valores de P: A x B = 0,042; A x C < 0,001; B x C = 0,021.

Grupo A = pacientes operados entre maio de 2009 e junho de 2010; Grupo B = pacientes operados entre julho de 2010 e junho de 2011; Grupo C = pacientes operados entre julho de 2011 e junho de 2012.

grupo de pacientes que estavam no momento da abdominoplastia com até 70 kg em relação àqueles com peso acima desse valor, houve maior número de complicações após abdominoplastia relacionadas a seroma (12,12% vs. 35,94%; P = 0,002) e hematoma (14,06% vs. 1,52%; P = 0,008). Já com relação à infecção, não houve diferença significativa (3,03% vs. 7,81%; P = 0,270).

As complicações mais frequentes (seromas e hematomas) relacionadas à utilização de drenos e pontos de adesão dentro dos grupos A, B e C estão demonstradas nas Tabelas 5 e 6.

Os tipos de abdominoplastia (em âncora ou convencional) dentro dos grupos A, B e C estão demonstrados na Tabela 7. Relacionando os tipos de abdominoplastia com as compli-

Tabela 4 – Peso, em quilogramas, antes da cirurgia bariátrica, peso perdido com o emagrecimento e peso atual (na abdominoplastia).

Peso	Gênero	n	Média	Mediana	Mínimo	Máximo	Desvio padrão
Antes	Feminino	120	111,2	110	86	159	12,4
	Masculino	10	147,6	148,5	111	186	19,6
Perdido	Feminino	120	41,5	40	20	80	10,1
	Masculino	10	58,1	56	32	80	13,7
Atual	Feminino	120	70,2	69,5	50	98	9,5
	Masculino	10	90,8	86,5	78	136	17,1

Tabela 5 – Distribuição da complicação seroma entre os grupos A, B e C.

Seroma	Grupo		
	A n (%)	B n (%)	C n (%)
Não	26 (59,09)	33 (76,74)	40 (93,02)
Sim	18 (40,91)	10 (23,26)	3 (6,98)
Total	44 (100)	43 (100)	43 (100)

Valores de P: A x B = 0,047; A x C = 0,001; B x C = 0,075.

Grupo A = pacientes operados entre maio de 2009 e junho de 2010, com dreno e até 15 pontos de adesão; grupo B = pacientes operados entre julho de 2010 e junho de 2011, com dreno e entre 15 e 30 pontos de adesão; grupo C = pacientes operados entre julho de 2011 e junho de 2012, sem dreno e com mais de 30 pontos de adesão.

Tabela 6 – Distribuição da complicação hematoma entre os grupos A, B e C.

Hematoma	Grupo		
	A n (%)	B n (%)	C n (%)
Não	40 (90,91)	41 (95,35)	39 (90,70)
Sim	4 (9,09)	2 (4,65)	4 (9,30)
Total	44 (100)	43 (100)	43 (100)

Valores de P: A x B = 0,242; A x C = 0,826; B x C = 0,186.

Grupo A = pacientes operados entre maio de 2009 e junho de 2010, com dreno e até 15 pontos de adesão; grupo B = pacientes operados entre julho de 2010 e junho de 2011, com dreno e entre 15 e 30 pontos de adesão; grupo C = pacientes operados entre julho de 2011 e junho de 2012, sem dreno e com mais de 30 pontos de adesão.

cações seroma, hematoma e infecção, não houve diferença significativa entre os grupos, com valores de P = 0,146, P = 0,702 e P = 1, respectivamente.

Vinte e dois e pacientes (16,9%) foram submetidos a cirurgias associadas à abdominoplastia, sendo a mais comum a mamoplastia, em 15 pacientes (68,2%). Não houve complicações tromboembólicas nem necroses do retalho abdominal. Houve 14 reoperações, sendo 7 delas (50%) para revisões de cicatriz, 2 por deiscências, 2 por sobre de pele, 2 para reparação do umbigo e 1 caso para o tratamento de seroma crônico.

Tabela 7 – Distribuição da técnica de abdominoplastia entre os grupos A, B e C.

Técnica	Grupo		
	A n (%)	B n (%)	C n (%)
Em âncora	42 (95,45)	33 (76,74)	24 (54,76)
Convencional	2 (4,55)	10 (23,26)	19 (45,24)
Total	44 (100)	43 (100)	43 (100)

Valores de P: A x B = 0,022; A x C < 0,001; B x C = 0,043.

Grupo A = pacientes operados entre maio de 2009 e junho de 2010; grupo B = pacientes operados entre julho de 2010 e junho de 2011; grupo C = pacientes operados entre julho de 2011 e junho de 2012.

Considerando as complicações na onfaloplastia, houve 1 necrose total do umbigo, 3 deiscências totais e 4 parciais, 4 casos de estenose, e 2 casos de epidermólise. O índice de complicações no umbigo foi de 10,7%, das quais 78% ocorreram nas abdominoplastias em âncora.

DISCUSSÃO

Uma amostra de 130 indivíduos operados pelo mesmo cirurgião é significativa para a detecção das complicações mais frequentes em pacientes submetidos a abdominoplastia após grandes perdas ponderais, sendo essa a maior casuística brasileira publicada até o momento^{5,8-11}. A avaliação prospectiva e o tratamento estatístico colaboraram para a precisão da análise, cujos resultados são reprodutíveis e de caráter científico.

A média de idade dos pacientes operados e a distribuição entre os gêneros são semelhantes às da literatura^{8,11}. Chama a atenção a menor proporção de homens que realizam abdominoplastia, levando-se em consideração que a prevalência de homens submetidos a cirurgia bariátrica é em torno de 20%. Essa questão pode ser atribuída ao valor tanto estético como funcional do abdômen para a mulher, que, além da obesidade prévia, muitas vezes tem histórico de gestações que acarretaram deformidade abdominal. É perceptível, clinicamente,

que os homens parecem ter uma retração de pele mais acentuada e, muitas vezes, as queixas são mais focadas na ptose da região pubiana em relação ao abdômen em avental.

As complicações seroma e hematoma foram significativamente maiores nos homens. Isso se deve à maior tendência de sangramento dos pacientes do gênero masculino por questões hormonais na coagulação, à maior perda ponderal e ao maior peso no momento da cirurgia, fatores esses que contribuíram para o aumento da morbidade^{5,8-11}.

A segmentação dos grupos A, B e C de uma forma temporal, relacionando o uso de drenos e pontos de adesão, ocorreu com uma curva natural de aprendizado e implemento da técnica cirúrgica. No grupo B, realizando um número intermediário de pontos de adesão, percebeu-se queda expressiva do débito do dreno a vácuo já nos primeiros dias e menor quantidade de dias para sua retirada. Com os pontos de adesão a cada 4 cm ou 5 cm de distância um do outro, conforme prerrogativas de Baroudi & Ferreira¹², somando-se mais de 30 pontos em abdômen em âncora e cerca de 15 minutos a mais no tempo cirúrgico, foi possível significativa diminuição nos casos de seroma, resultados esses condizentes com os da literatura¹²⁻¹⁴.

Há uma tendência natural à realização mais frequente de cirurgias bariátricas por videolaparoscopia, conforme observado por este estudo. O treinamento dos cirurgiões bariátricos, a implantação crescente dessa via de acesso nos pacientes de convênios e do Sistema Único de Saúde, as evidentes vantagens na recuperação cirúrgica e o menor número de complicações relacionadas à parede abdominal são fatores que explicam esses resultados¹.

A abdominoplastia em âncora ou similarmente chamada “em flor de lis” ou aquelas com um componente vertical de ressecção são constantes indicações na literatura para pacientes com cicatrizes medianas supraumbilicais^{9,15}. Neste estudo, optamos por essa técnica em 3 pacientes que não tinham cicatrizes medianas; porém, pelo grande excesso de pele no sentido vertical ou pelo grande dano na pele, essa escolha foi tomada em conjunto com a paciente como a melhor opção. Com o decréscimo do número de cirurgias abertas, as indicações da abdominoplastia em âncora devem diminuir, dando lugar às cirurgias convencionais e circunferenciais⁶; entretanto, a flacidez residual no sentido vertical com essas técnicas sempre será um desafio.

Observou-se neste estudo que não houve alterações significativas do número de hematomas ou sangramentos, seja pelo uso de dreno ou pontos de adesão, seja pela técnica em âncora ou convencional. Acreditamos que isso se deva a sangramentos provenientes dos vasos epigástricos superficiais ou ilíacos circunflexos superficiais, presentes na incisão horizontal, sem interferência dos pontos de adesão. Nos pacientes do presente estudo foi visível o maior calibre desses vasos em relação ao dos pacientes “convencionais”, sendo, muitas vezes, necessária sua ligadura com fios de algodão.

No entanto, a conduta conservadora em todos os casos de hematoma deste estudo, mesmo naqueles pacientes sem dreno a vácuo, só foi possível por causa dos pontos de adesão, que não permitiram a expansão de coleções sero-hemáticas.

A segmentação dos pacientes em relação à mediana do peso perdido e do peso no momento da abdominoplastia pôde confirmar os dados presentes na literatura. A morbidade é maior nos pacientes com maior peso e deve ser considerada na avaliação pré-operatória, nos cuidados com hemostasia, no procedimento cirúrgico, e nas profilaxias antibiótica e antitrombótica no pós-operatório^{5,10}.

A indicação de cirurgias associadas à abdominoplastia deve ser criteriosa. Tempo cirúrgico > 6 horas, índice de massa corporal > 30, comorbidades clínicas e alterações hematológicas na concentração de hemoglobina, muito comuns nesse grupo de pacientes⁸, devem consistir em contraindicações aos procedimentos associados. A ausência de complicações maiores nesse estudo, como eventos tromboembólicos, necroses de retalho e baixo número de reoperações, se deve à rigorosidade dos cuidados operatórios e dos critérios das indicações cirúrgicas.

Há uma tendência bastante forte na literatura à realização de neo-onfaloplastias na abdominoplastia em pacientes após grandes perdas ponderais; entretanto, consideramos baixo o número de complicações referentes à onfaloplastia descritas neste estudo com a preservação do umbigo, além de bons resultados estéticos e funcionais^{16,17}.

A abdominoplastia após grandes perdas ponderais não pode ser comparada àquela realizada em pacientes “convencionais”. Isso deve ficar claro tanto para o cirurgião como para os pacientes, pois a técnica, os resultados e as complicações diferem substancialmente das abdominoplastias estéticas habituais.

CONCLUSÕES

O seroma é a complicação mais frequente da abdominoplastia após grandes perdas ponderais, sendo mais prevalente nos homens, naqueles com menos de 30 pontos de adesão e pesando mais de 70 kg. O hematoma é mais comum em homens e em pacientes pesando mais de 70 kg. O tipo de abdominoplastia (em âncora ou convencional) não foi significativo nas complicações seroma, hematoma ou infecção.

AGRADECIMENTOS

Agradeço ao amigo e incansável colega de cirurgias Wagner Allan Bertolotte.

REFERÊNCIAS

1. Sociedade Brasileira de Cirurgia Bariátrica e Metabólica. Pesquisa obesidade 2010. Disponível em: www.sbcbr.org.br. Acesso em 10/6/2012.

2. Capella JF, Capella RF. The weight reduction operation of choice: vertical banded gastroplasty or gastric bypass. *Am J Surg*. 1996;171:74-9.
3. Marema RT, Buffington CK, Perez MA. Surgical treatment of morbid obesity. In: Aly A, ed. *Body contouring after massive weight loss*. St Louis: QMP; 2006. p. 20-47.
4. Mitchell JE, Crosby RD, Ertelt TW, Marino JM, Sarwer DB, Thompson JK, et al. The desire for body contouring surgery after bariatric surgery. *Obes Surg*. 2008;18:1308-12.
5. Cavalcante HA. Abdominoplastia após perda de peso maciça: abordagens, técnicas e complicações. *Rev Bras Cir Plást*. 2010;25(1):92-9.
6. Aly A. Belt lipectomy. In: Aly A, ed. *Body contouring after massive weight loss*. St Louis: QMP; 2006. p. 72-145.
7. Pitanguy I. Evaluation of body contouring surgery today: a 30-year perspective. *Plast Reconstr Surg*. 2000;105(4):1499-514.
8. Andrade IF, Meira AAM, Ferreira FPM. Abdominoplastia após a cirurgia bariátrica: aspecto laboratorial. *Rev Bras Cir Plást*. 2007;22(3):158-61.
9. Lage RR, Amado BN, Sizenando RP, Heitor BS, Ferreira BM. Dermolipectomia abdominal pós-gastroplastia: avaliação de 100 casos operados pela técnica do "peixinho". *Rev Bras Cir Plást*. 2011;26(4):675-9.
10. Tardelli HC, Vilela DB, Schwartzmann GLE, Azevedo MA, Mello Júnior AC, Farina Júnior JA. Padronização cirúrgica das abdominoplastias em âncora pós-gastroplastia. *Rev Bras Cir Plást*. 2011;26(2):266-74.
11. Orpheu SC, Coltro PS, Scopel GP, Saito FL, Ferreira MC. Body contour surgery in the massive weight loss patient: three year-experience in a secondary public hospital. *Rev Assoc Med Bras*. 2009;55(4):427-33.
12. Baroudi R, Ferreira CA. Seroma: how to avoid it and how to treat it. *Aesthet Surg J*. 1998;18(6):439-41.
13. Nahas FX, Ferreira LM, Ghelfond C. Does quilting suture prevent seroma in abdominoplasty? *Plast Reconstr Surg*. 2007;119(3):1060-6.
14. Arantes HL, Rosique RG, Rosique MJF, Mélega JMA. Há necessidade de drenos para prevenir seroma em abdominoplastias com pontos de adesão? *Rev Bras Cir Plást*. 2009;24(4):521-4.
15. Wallach SG. Abdominal contour surgery for the massive weight loss patient: the fleur-de-lis approach. *Aesthet Surg J*. 2005;25(5):454-65.
16. Cavalcanti ELF. Neoumbilicoplastia como opção de reconstrução umbilical nas dermolipectomias abdominais em âncora pós-gastroplastia. *Rev Bras Cir Plást*. 2010;25(3):509-18.
17. Silva FN, Oliveira EA. Neo-onfaloplastia na abdominoplastia vertical. *Rev Bras Cir Plást*. 2010;25(2):330-6.

Correspondência para:

Lady Wilson Canan Junior
Travessa Ferreira do Amaral, 45 – 3º andar – Água Verde – Curitiba, PR, Brasil – CEP 80620-090
E-mail: lwcananjr@gmail.com