

# Abdominoplastia Multifuncional

Carlos Del Piño Roxo<sup>2</sup>  
Orido Pinheiro<sup>1</sup>  
Dilia Almeida<sup>3</sup>

- 1] Chefe do Serviço de Cirurgia Plástica do Hospital do Andaraí do Rio de Janeiro – Membro Titular da Sociedade Brasileira de Cirurgia Plástica.
- 2] Membro Titular da Sociedade Brasileira de Cirurgia Plástica e Cirurgião Plástico do Hospital do Andaraí.
- 3] Membro Titular da Sociedade Brasileira de Cirurgia Plástica.

Trabalho realizado no Serviço de Cirurgia Plástica do Hospital do Andaraí no Rio de Janeiro, RJ.

Endereço para correspondência:

Carlos Del Piño Roxo

Av. Ayrton Senna, 1850 gpo. 352  
Rio de Janeiro – RJ  
22775-000

Fone: (21) 2430-3421  
e-mail: drcroxo@rjnet.com.br

**Descritores:** Abdominoplastia em avental; dermolipectomia abdominal para correção de avental; abdominoplastia pós-grandes perdas ponderais.

## RESUMO

*O presente artigo aborda a descrição de um procedimento que combina incisões mistas<sup>(1-4)</sup> e trações associadas, oblíquas, laterais e superiores, que se destinam a tratar pacientes que sofreram grandes perdas ponderais com grandes aventais, pós-métodos clínicos ou por cirurgia bariátrica vertical<sup>(5)</sup>.*

*A técnica vem sendo empregada desde setembro de 2002 e foi efetuada em 15 pacientes e as perdas ponderais variaram entre 50 e 145 kg.*

*Nos casos de cirurgia bariátrica vertical, a correção pela cirurgia plástica foi efetuada em um ano e meio a dois anos do pós-operatório. Já nos casos de perda ponderal por meios clínicos, esse tempo foi, em média, de um ano.*

*Quanto ao sexo dos pacientes, o procedimento foi feito em 7 homens e 8 mulheres. E, quanto às causas de perdas ponderais, 13 casos foram após cirurgia bariátrica vertical e 2 pós-métodos clínicos.*

*Neste procedimento tratamos do avental, realizamos as modelagens anterior e posterior do tronco, além da elevação do púbis e, em alguns casos, das coxas.*

## INTRODUÇÃO

A obesidade mórbida é uma patologia de etiologia conhecida que, recentemente, vem se transformando em ocorrência freqüente, quase epidêmica.

Com o advento das técnicas de gastroplastia<sup>(5)</sup>, finalmente a obesidade mórbida foi tratada de forma segura e eficaz, com resultados que chegam a 90% de redução no excesso de peso, fazendo com que os pacientes tenham perdas que variam de 60 a 150 kg

(nosso trabalho), criando então um novo problema: passa a haver uma grande deformidade graças ao excesso de pele ocasionado pela perda ponderal, na qual se observam enormes aventais com abundância de pele circunferencial, o que causa ao paciente sério conflito com a falta de aceitação pessoal da nova imagem que o corpo passa a apresentar.

As técnicas convencionais de abdominoplastia que utilizam incisões circunferenciais apresentam resultados que deixam a desejar no que se refere à aparência final do paciente, além de causarem intercorrências sérias, tais como: seromas, hematomas, deiscências, necroses, necessidade de transfusões sanguíneas, drenagens prolongadas, etc.

Observando os casos, imaginamos uma técnica que pudesse utilizar vetores de tração com efeitos multiplicadores, que modelassem não somente o abdome mas também flancos, dorso, púbis e até mesmo, muitas vezes, a parte superior das coxas, de maneira que não existisse descolamento de tecidos, reduzindo assim, sucessivamente, a perda sanguínea, os seromas, as deiscências, etc.

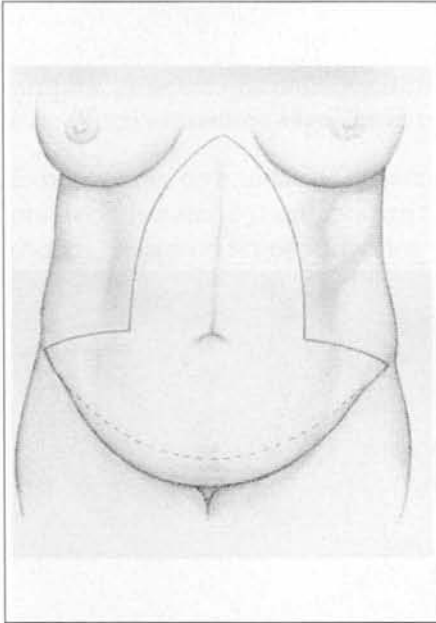


Fig. 1a - Desenho da técnica com ressecção em bloco. Vista frontal.

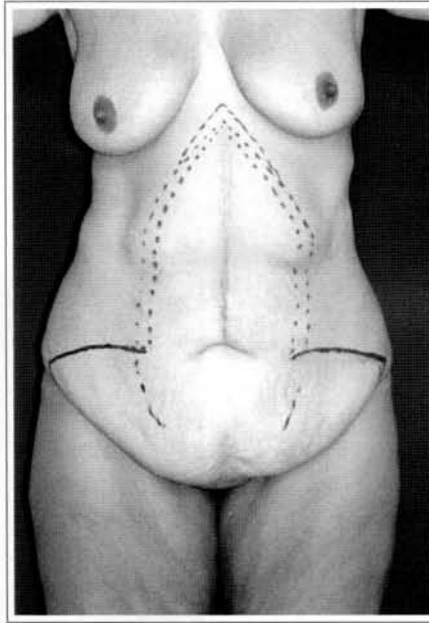


Fig. 1b - Marcação da técnica na paciente. Vista frontal.

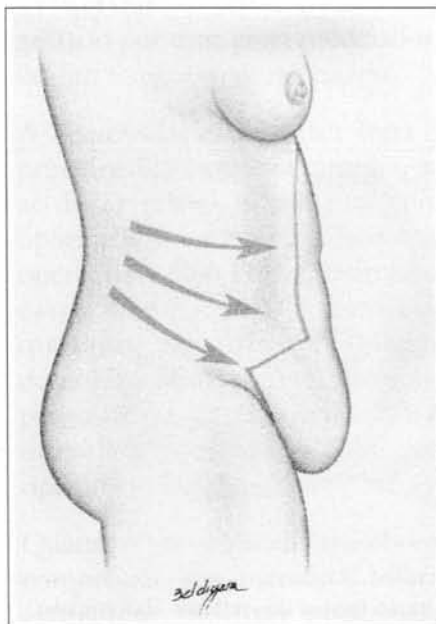


Fig. 1c - Desenho da vista lateral mostrando as trações.

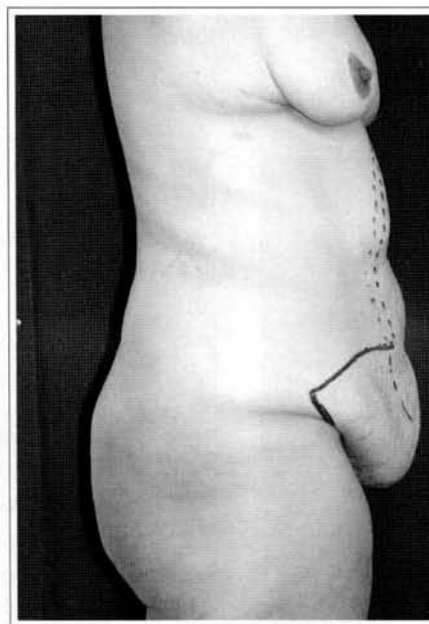


Fig. 1d - Paciente em vista lateral.

## PLANEJAMENTO CIRÚRGICO

### MARCAÇÃO DAS INCISÕES PARA A RETIRADA DO GRANDE AVENTAL

Com o paciente de pé, confeccionamos uma linha, cujo ponto de início é o apêndice xifóide (ponto "A"). Daí partem duas outras, convexas, em direção às linhas hemiclaviculares. Estas seguem para baixo, até um ponto que é determinado por manobras bimanuais, semelhantes às empregadas para a marcação da mamoplastia utilizada na técnica de Pitanguy<sup>(6)</sup>. Esses serão os pontos "B" e "C".



Fig. 2a - Manobra bidigital delimitando a ressecção do retalho.

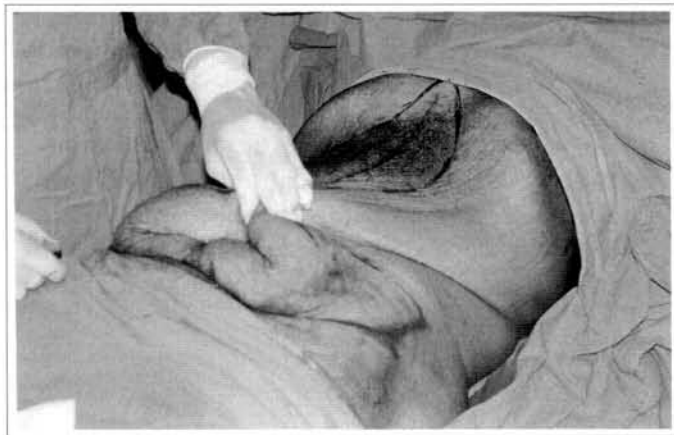


Fig. 2b - Demonstração da tração dos retalhos.



Fig. 2c - Desenho da retirada em monobloco.

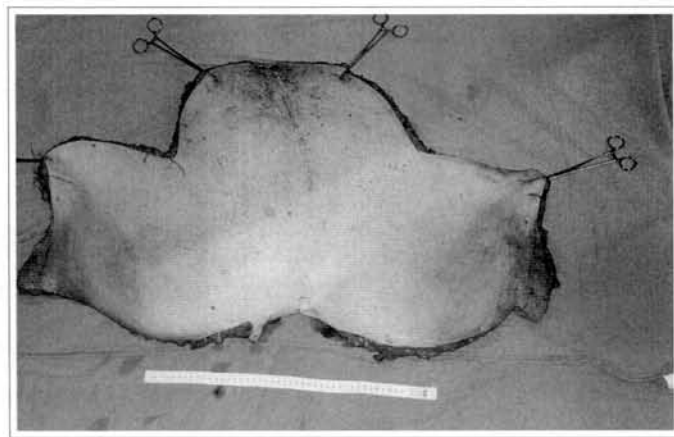


Fig. 2d - Peça cirúrgica ressecada em monobloco, pesando 14,25 kg.



Fig. 2e - Área cruenta resultante da ressecção, antes da plicatura medial.

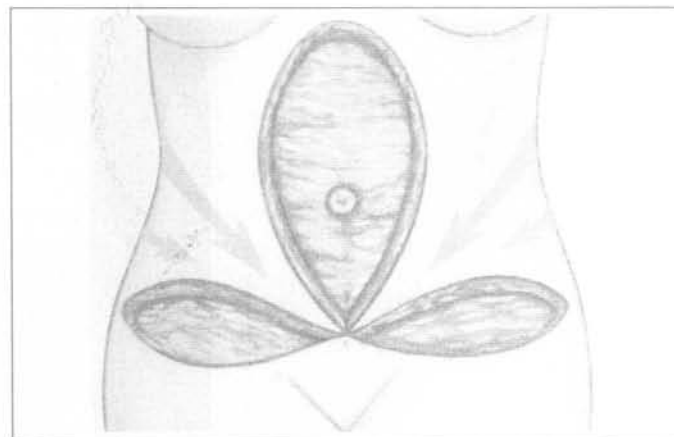


Fig. 2f - Desenho da rotação medial dos retalhos abdominais.

- a) Marcação de outra linha, esta justapúbica, ponto "D", que segue bilateralmente até as espinhas ilíacas ântero-superiores.

A partir desse procedimento, encontrados os pontos, faz-se uma complementação com uma linha convexa, unindo-a então às extremidades das espinhas ilíacas ântero-superiores correspondentes (Figs. 1a-d).

## DESCRIÇÃO CIRÚRGICA

A ressecção da peça cirúrgica deve ser iniciada pela parte superior da marcação. Este procedimento é mais simples, uma vez que o manejo de até 14 kg de avental é de difícil execução (Figs. 2a-i).

É necessário ter cuidado, durante a dissecação, com possíveis hérnias e com a cicatriz umbilical<sup>(7)</sup>, que é tratada, assim como os músculos retos anteriores, de forma convencional.

Terminada essa etapa, unimos os pontos "B", "C" e "D" com uma sutura feita por planos, sem descolamento, colocando-se um dreno grosso, a vácuo, que será retirado quando a drenagem for inferior a 50 ml/dia, o que, normalmente, ocorre nas primeiras 48 horas do pós-operatório.

Usamos, então, curativo gessado com crepom, que se mostrou muito útil, tanto pela boa modelagem quanto pelo baixo custo. Essa bandagem é retirada na primeira troca de curativos, o que se dá nas 24 horas subseqüentes. Nesta etapa, substituímos o curativo gessado por uma cinta modeladora com velcro, o que facilita a regulagem necessária.

A deambulação deve ser feita precocemente, nas primeiras 24 horas da cirurgia, tomando-se cuidado ao fazer sentar o paciente, pois podem ocorrer lipotímias, intercorrência freqüente em qualquer pós-operatório. Não houve, entretanto, em nenhum dos casos, necessidade de transfusão de sangue nem qualquer distúrbio respiratório, pois o não descolamento dos retalhos e a grande capacidade respiratória desenvolvida durante o período de obesidade mórbida acabam por favorecer o pós-operatório.

Quanto à prevenção da tromboembolia, utilizamos a compressão dos membros inferiores durante o ato cirúrgico, rodilhas poplíteas e massagem nas panturrilhas no pós-operatório imediato, seguindo-

se a esses procedimentos a deambulação precoce.

## DISCUSSÃO

Além das dificuldades de execução que são observadas nas abdominoplastias por incisões circunferenciais em pacientes com grandes perdas ponderais, o resultado



Fig. 2g – Rotação medial dos retalhos abdominais sem descolamentos.

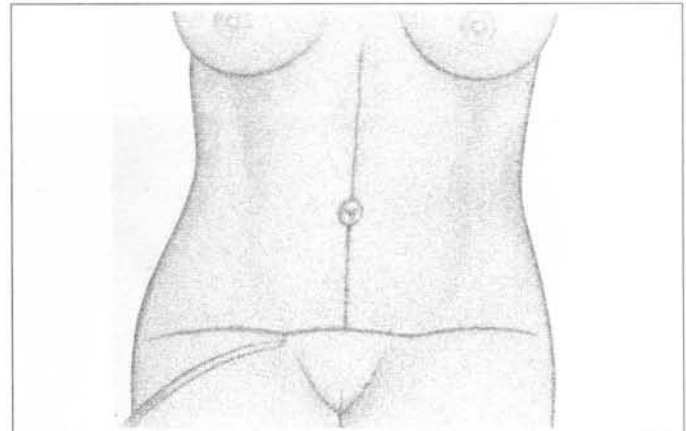


Fig. 2h – Desenho mostrando a conclusão da sutura em forma de "T" invertido com drenagem por aspiração.

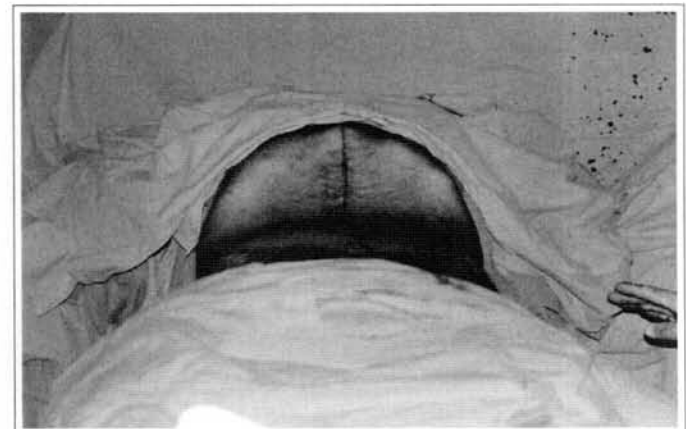


Fig. 2i – Cirurgia concluída após sutura em três planos.

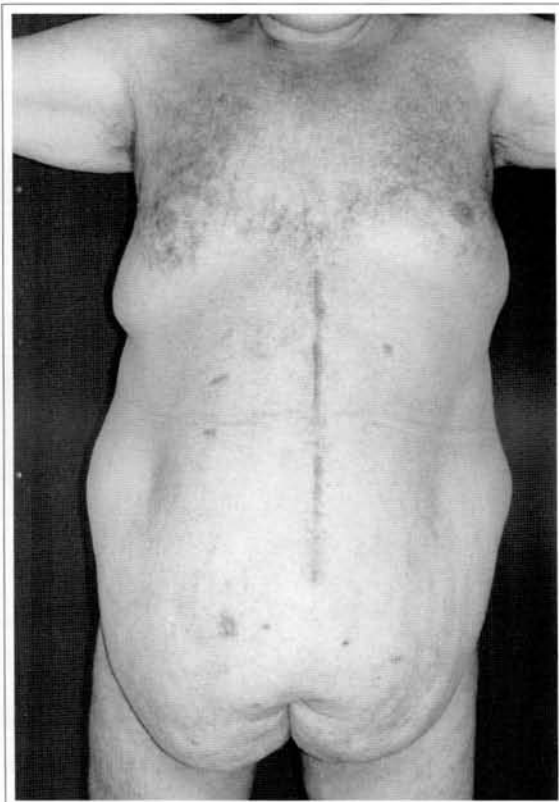


Fig. 3a - Pré-operatório após perda ponderal de 100 kg. Vista frontal.

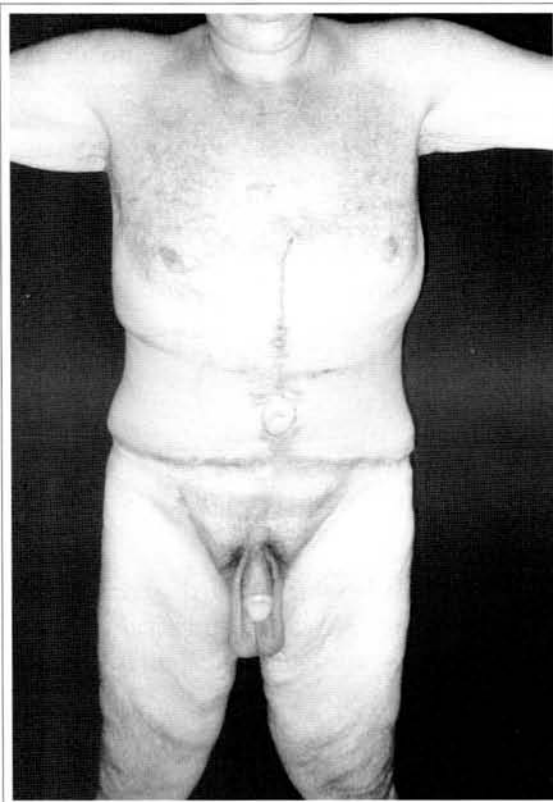


Fig. 3b - Pós-operatório (21 dias) após ressecção de 14,25 kg. Vista frontal.

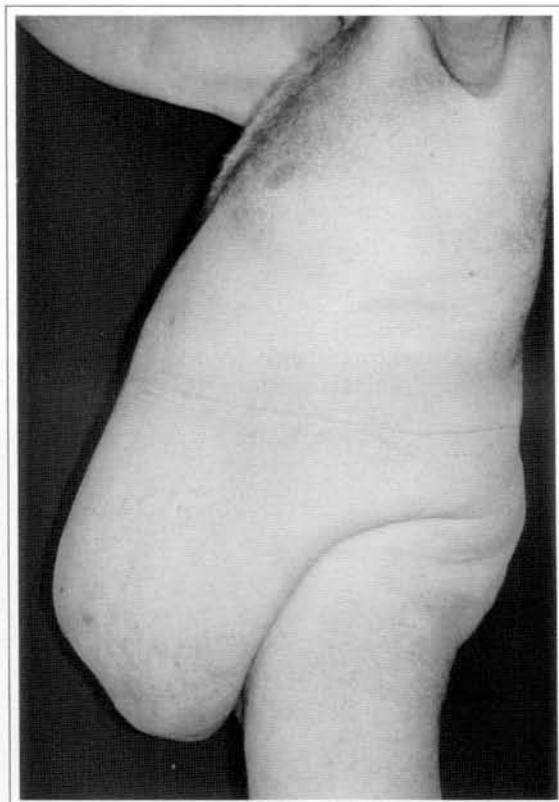


Fig. 3c - Pré-operatório. Vista lateral.



Fig. 3d - Pós-operatório (21 dias) após ressecção de 14,25 kg. Vista lateral.

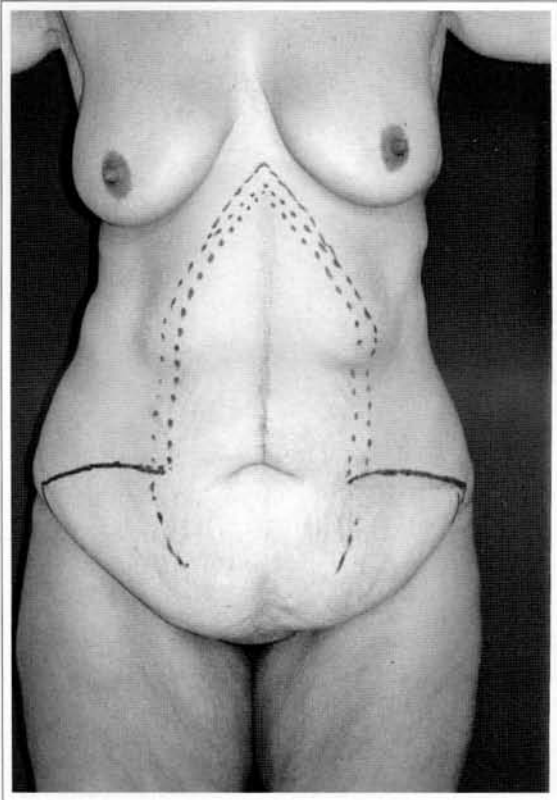


Fig. 4a - Pré-operatório após perda de 78 kg. Vista frontal.

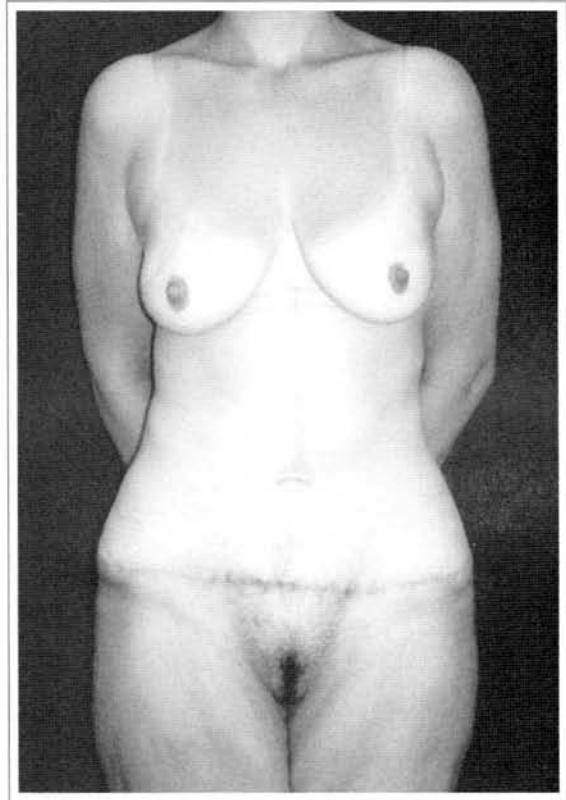


Fig. 4b - Pós-operatório (60 dias) após ressecção de 3,20 kg. Vista frontal.

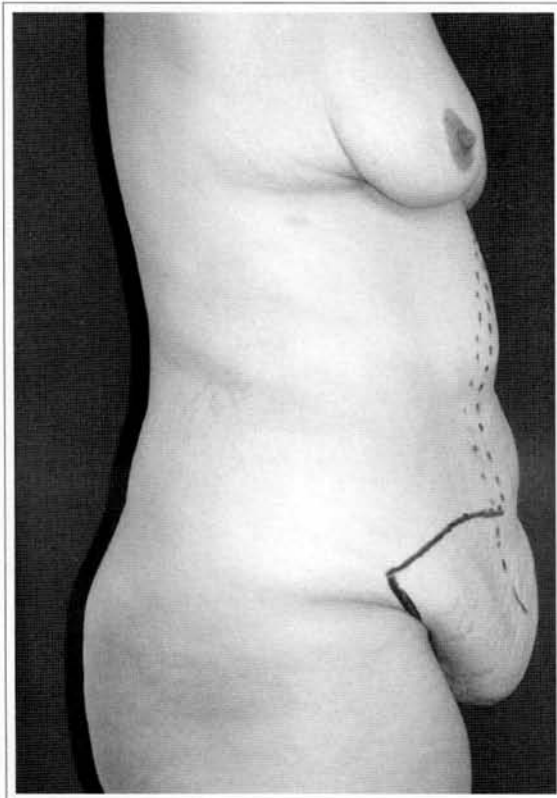


Fig. 4c - Pré-operatório. Vista lateral.



Fig. 4d - Pós-operatório (60 dias) após ressecção de 3,20 kg. Vista lateral.

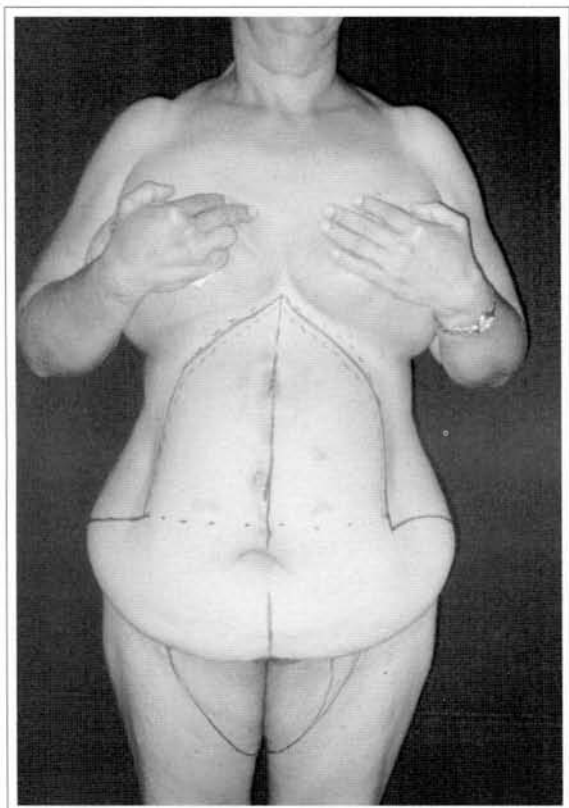


Fig. 5a - Pré-operatório após perda ponderal de 60 kg. Vista frontal.



Fig. 5b - Pós-operatório (60 dias) após ressecção de 3,1 kg. Vista frontal.

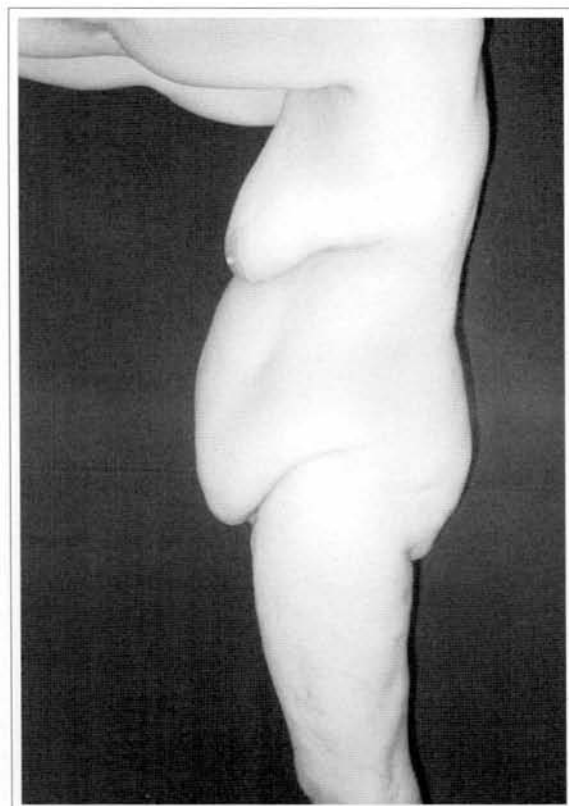


Fig. 5c - Pré-operatório após perda ponderal de 60 kg. Vista lateral.

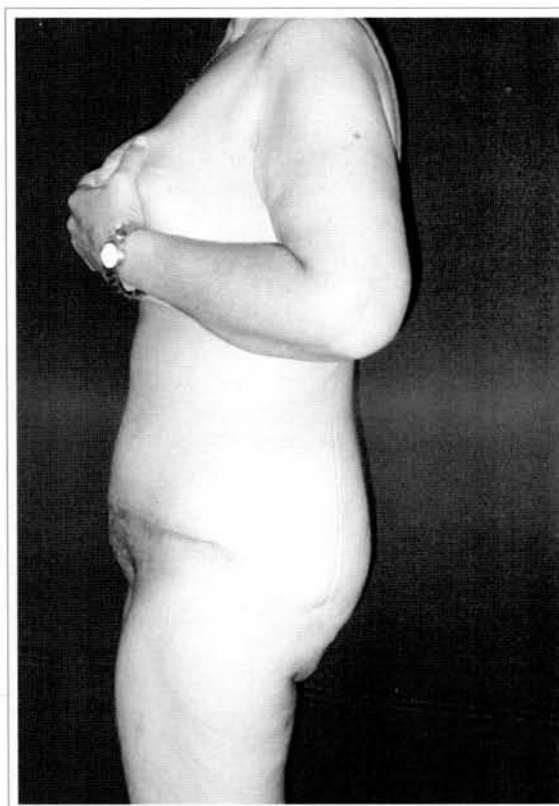


Fig. 5d - Pós-operatório (60 dias) após ressecção de 3,1 kg. Vista lateral.

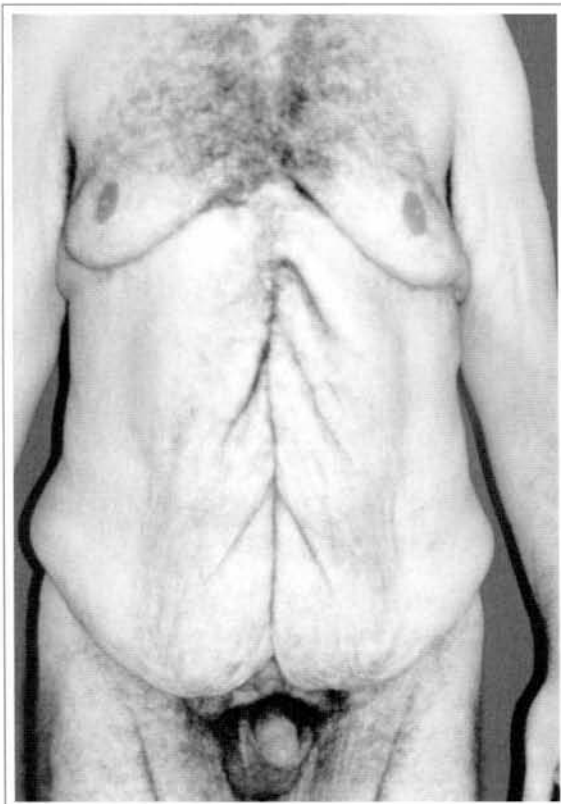


Fig. 6a - Pré-operatório após perda ponderal de 145 kg. Vista frontal.

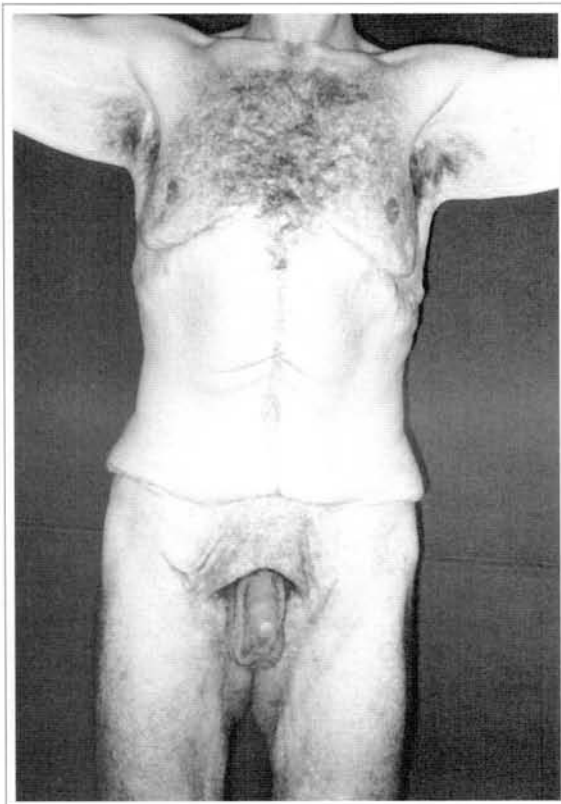


Fig. 6b - Pós-operatório (60 dias) após ressecção de 3,50 kg. Vista frontal.

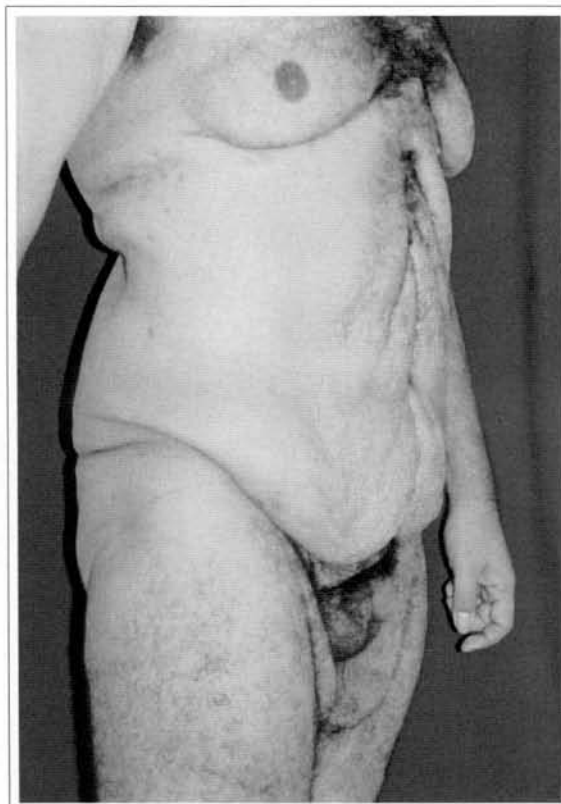


Fig. 6c - Pré-operatório. Vista lateral.



Fig. 6d - Pós-operatório (60 dias) após ressecção de 3,50 kg. Vista lateral.



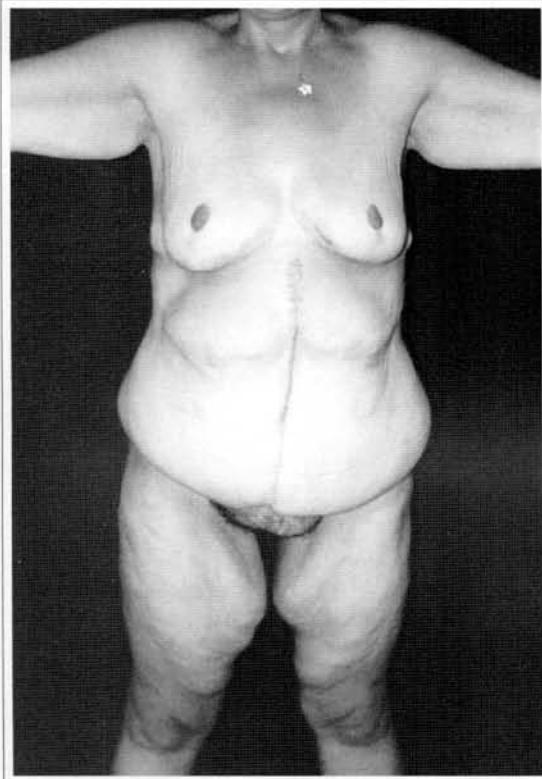


Fig. 7a - Pré-operatório após perda ponderal de 65 kg. Vista frontal.

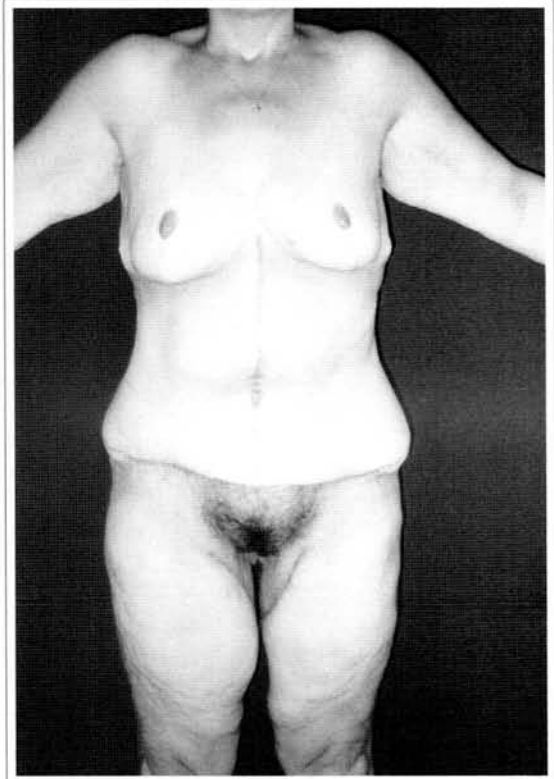


Fig. 7b - Pós-operatório (60 dias) após ressecção de 4,10 kg de abdome e lifting de coxas com 2,40 kg de ressecção (tempo único). Vista frontal.

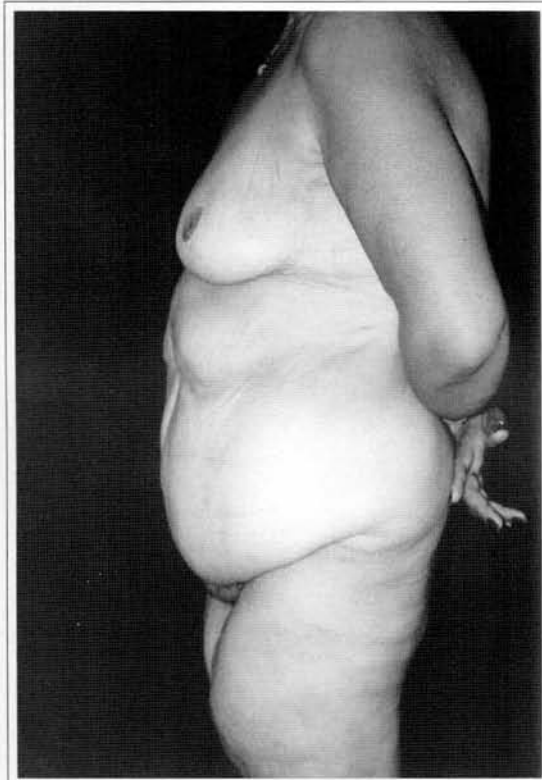


Fig. 7c - Pré-operatório. Vista lateral.

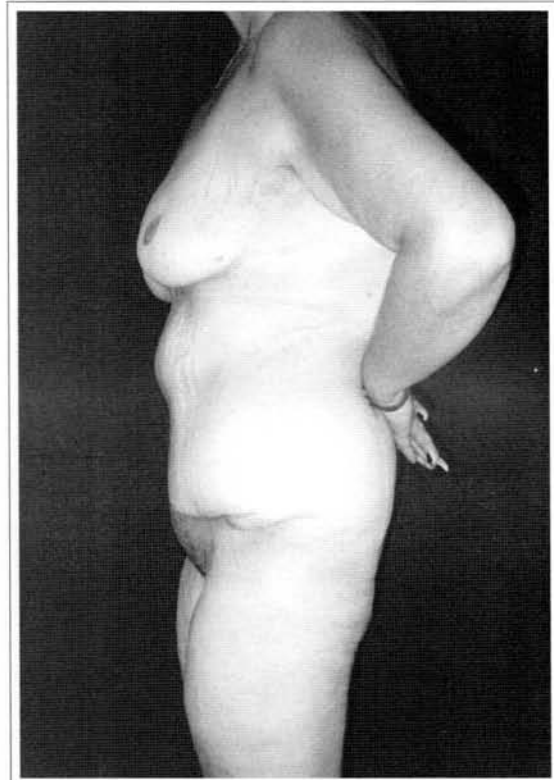


Fig. 7d - Pós-operatório (60 dias) após ressecção de 4,10 kg de abdome e lifting de coxas com 2,40 kg de ressecção (tempo único). Vista lateral.

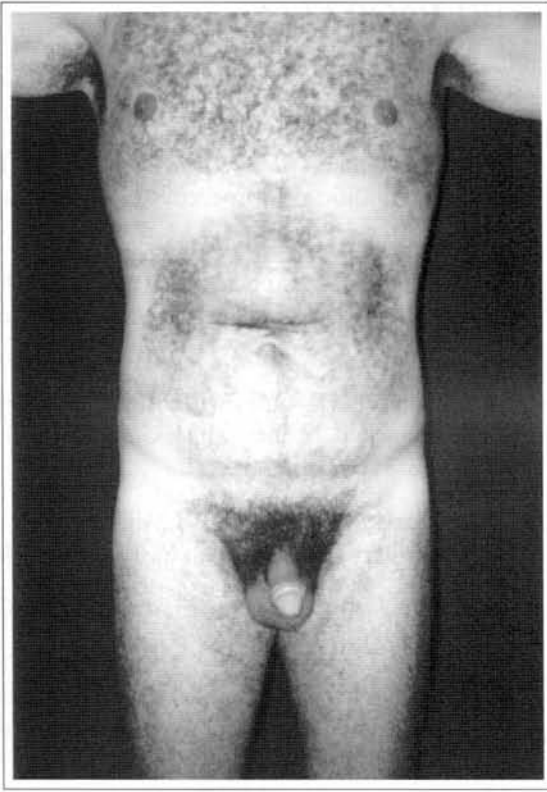


Fig. 8a - Pré-operatório após perda ponderal de 80 kg. Vista frontal.

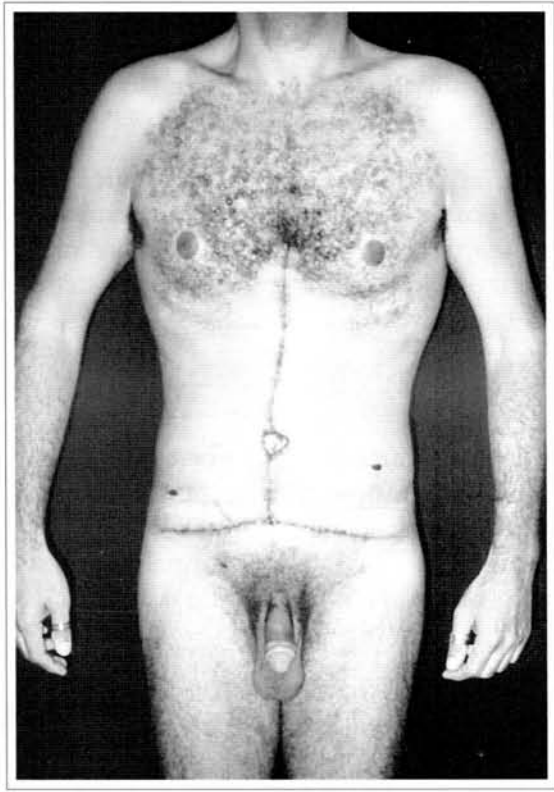


Fig. 8b - Pós-operatório (01 semana) após ressecção de 2,70 kg. Vista frontal.



Fig. 8c - Pré-operatório, observar volumosa hérnia epigástrica incisional. Vista lateral.



Fig. 8d - Pós-operatório (01 semana) após ressecção de 2,70 kg e correção de hérnia epigástrica incisional. Vista lateral.

acaba por gerar também uma grande insatisfação dos pacientes com a forma física resultante, além do difícil pós-operatório devido a hematomas, seromas e deiscências.

Assim sendo, acreditamos que nossa técnica virá simplificar a execução do procedimento com resultados bastante satisfatórios, tanto do ponto de vista clínico-cirúrgico quanto pelos aspectos psicológico e estético (Figs. 3a-d, 4a-d, 5a-d, 6a-d, 7a-d, 8a-d).

## CONCLUSÕES

Este trabalho busca trazer uma nova perspectiva para a abordagem das grandes perdas ponderais que produzem deformidades circunferenciais<sup>(8-10)</sup>, uma vez que o problema é de difícil tratamento pelas técnicas convencionais, que acabam por manter o aspecto do tronco do paciente em tonel.

Outra vantagem é não haver descolamento, o que reduz consideravelmente a morbidade.

Apesar dos grandes volumes de ressecção, não há seqüestros significativos e, por conseguinte, não há necessidade de transfusão sanguínea.

Além dos fatos expostos, não foram observadas necroses, uma vez que os vetores são distribuídos de maneira harmônica, com o aproveitamento de forças opostas, o que devolve enfim ao paciente o almejado aspecto longilíneo.

## BIBLIOGRAFIA

1. Weihold S. Bauchdeck en plastik. Zentralb F Gynak 1909; 38:1332-4.
2. Castañares S. Goethel, J. Abdominal Lipectomy: A modification in technique. Plast Reconstr Surg 1967; 40:378-83.
3. Malbec E. Lipectomia Abdominal – Técnica Operatoria. La Prensa Médica Argentina. Vol XXXV: 243-6.
4. Kuster H. Operation bei Hängebrust und Hängeleib, Monatsschr F Geburtshilfe Gynak 1926; 73:316-9.
5. Garrido JR, Arthur B. Video Atlas of Obesity Surgery. 1 ed. Guanabara Koogan; 2002.
6. Pitanguy I. Mamoplastia. 1 ed. Guanabara Koogan; 1978. p. 72-6.
7. Avelas JM. Cicatriz Umbilical – da sua importância e da técnica de confecção nas abdominoplastias. Rev Bras Cir 1979; 69:41-3.
8. Somalo M. Dermolipetomia abdominal. In: Anales del primero Congreso Latinoamericano de Cirugía Plástica; 1941. São Paulo; 2:2104-6.
9. Gonzales-Ulloa M. Circular lipectomy with transposition of the umbelicus and the aponeurotic technic. Cirurj y Cirurj. 1959; 27:394-409.
10. Pitanguy I. Dermolipetomy of the abdominal wall, thighs buttocks and upper extremity. In: Converse JM. Reconstructive Plastic Surgery. 2 ed. W. B. Saunders; 1977. v. 7, p. 3800-23.