

# Cirurgia Plástica após a Gastroplastia Redutora: Planejamento das Cirurgias e Técnicas

Isaac Rocha Furtado<sup>1</sup>  
Carlos Henrique Nogueira<sup>2</sup>  
Edmar Maciel Lima Júnior<sup>3</sup>

- 1] Membro Titular da Sociedade Brasileira de Cirurgia Plástica, Médico do Serviço de Cirurgia Plástica da Santa Casa de Misericórdia de Fortaleza e do Instituto Dr. José Frota – IJF.
- 2] Membro Associado da Sociedade Brasileira de Cirurgia Plástica e Preceptor do Serviço de Cirurgia Plástica do Hospital Geral de Fortaleza.
- 3] Membro Titular da Sociedade Brasileira de Cirurgia Plástica, Presidente da SBCP – CE, Presidente da Sociedade Brasileira de Queimaduras e Cirurgião Plástico do Serviço de Queimados do Instituto Dr. José Frota. Preceptor das residências de cirurgia plástica do IJF e HGF.

## Núcleo do Obeso do Ceará

Endereço para correspondência:

Edmar Maciel Lima Júnior

Av. Sen. Virgílio Távora, 1901 sala 1103  
Fortaleza – CE  
60170-251

Fones: (85) 261-2028 / 261-9082  
e-mail: edmarmacielsbcp@secrel.com.br

**Descritores:** Gastroplastia redutora; abdominoplastia; lift; excesso de pele.

## RESUMO

*A cirurgia plástica tem como objetivo retirar o panículo dermogorduroso decorrente da grande perda de peso que ocorre após a gastroplastia redutora, tornando-se em alguns casos uma cirurgia higiênica. A planificação e a ordem das cirurgias devem ser seguidas conforme a indicação médica e a queixa do paciente. O procedimento mais realizado é a abdominoplastia. Esta cirurgia apresenta variações na técnica conforme o tipo de cicatriz anterior, a presença de hérnias e excesso de pele. Também são necessárias mastopexias com ou sem inclusão de prótese de silicone, lifting crural, toracobraquial e cervicofacial. Nos pacientes ex-obesos, algumas táticas devem ser empregadas para otimizar o resultado final. Estas cirurgias têm como objetivo retirar o último estigma da obesidade, permitindo ao paciente uma melhor qualidade de vida.*

## INTRODUÇÃO

A obesidade alcançou índices epidêmicos, sendo a gastroplastia redutora a mais recente e poderosa arma utilizada para o tratamento da obesidade mórbida. O Núcleo do Obeso do Ceará é composto por vinte e dois profissionais, sendo três cirurgiões plásticos, e foi fundado em 1996. Durante este período foram realizadas mais de duzentas e oitenta gastroplastias e quarenta e cinco cirurgias plásticas. A cirurgia de Capella é a opção preferencial de indicação da Sociedade Brasileira de Cirurgia Bariátrica, por proporcionar melhores resultados. Trata-se de uma gastroplastia vertical com banda (uma pequena bolsa vertical com aproximadamente 50 ml), envolta por um anel de Sylastic, que funciona como válvula, esfíncter ou ampulheta, associada a uma derivação gastrojejunal em Y de Roux. Promove uma perda ponderal, após um ano, de aproximadamente 45% do peso inicial do obeso. Outras técnicas são realizadas com o mesmo objetivo, dentre elas as cirurgias videolaparoscópicas (Gastroenteroanastomose), a cirurgia da Banda Gástrica Inflável e o uso do balão intragástrico, colocado por via endoscópica (e retirado após 6 meses aproximadamente). A cirurgia está indicada para pacientes com índice de massa corporal (peso/altura<sup>2</sup>) maior que 40 kg/m<sup>2</sup>. Existem os critérios de inclusão e de exclusão que são avaliados pelo cirurgião-geral que irá realizar o procedimento. É necessária uma avaliação multidisciplinar no pré e no pós-operatório (cirurgiões, nutricionistas, endocrinologistas, cardiologistas, fisioterapeutas, psicólogos, etc.).

Um ano após a gastroplastia, o paciente atingiu uma perda ponderal que determina um excesso de pele considerável. A avaliação pelo cirurgião plástico e o correto planejamento das etapas cirúrgicas, considerando-se as queixas dos pacientes, são fundamentais no resultado final e na minimização das complicações. A região mais afetada e a principal queixa da paciente é o abdome (70% dos casos), seguindo-se de mamas e coxas e posteriormente dorso, braços, culotes e face. Normalmente são necessárias três a quatro intervenções cirúrgicas, com um intervalo médio ideal de seis meses, variando em cada caso conforme o estado clínico do paciente e as complicações de cirurgias anteriores. O objetivo deste trabalho é apresentar uma rotina para melhor acompanhamento das cirurgias, minimizando o número de complicações. São pacientes com maiores possibilidades de complicações devido principalmente

a amplitude dos retalhos descolados e ao estado nutricional comprometido, como anemia ferropriva e hipovitaminoses e outras patologias inerentes ao paciente obeso.

## MATERIAL E MÉTODO

Foi realizado um estudo retrospectivo de 26 pacientes submetidos a 45 operações no período de novembro de 1999 a janeiro de 2003 (Tabelas I e II). A média de idade foi de 36 anos, predominando o sexo feminino, com 75% dos casos. O maior volume retirado do retalho de pele e gordura do abdome foi de 10 kg e o menor de 1,2 kg. Com relação ao número de operações, foram realizadas 20 abdominoplastias, 9 mamoplastias, duas com aposição de próteses de silicone texturizado de 200 cc, 2 ginecomastias, 3 *lifts* crurais, 3 *lifts* braquiais, 2 *lifts* cervicofaciais e 4 lipoaspirações. Foi necessário suturar novamente pequenas áreas de deiscências e necroses de ponta de retalho em quatro pacientes. Uma paciente foi reoperada para retirada de bolsa pós-seroma em abdome. As complicações mais frequentes no abdome são seroma (30% dos casos), hematomas (10%), necrose (4%) e esteatonecrose em dois pacientes (7%).

Como rotina no pré-operatório preconizamos, além de todos exames, o ferro sérico, proteínas totais e albumina. É sempre feita uma avaliação prévia pelo clínico e cirurgião-geral, que podem solicitar exames extras, como ultra-som abdominal, e afastar a possibilidade de hérnias incisionais. Os cuidados locais com relação à higiene são importantes, para afastar dermatites de contato e infecções locais, principalmente em coxas internas e na dobra do abdome em avental.

Na avaliação do abdome, devemos observar a localização da cicatriz da gastroplastia, que pode ser longitudinal supra-umbilical ou transversal bicostal. Preferimos fazer a correção da cicatriz em um segundo tempo cirúrgico, quando a paciente se submeter a outra operação, evitando assim a união com a cicatriz da abdominoplastia. Conforme a qualidade dessa cicatriz e a vontade do paciente podemos retirá-la ou não. A ressecção pode ser subdérmica ou total, retirando todo o panículo dermogorduroso. Os pacientes podem apresentar dois ou três aventais, que denominamos avental abdominal e suprapúbico. O terceiro avental, encontrado em um paciente, era decorrente de uma hérnia incisional (Fig. 1). Não achamos pertinente a utilização de cintas abdominais

no pré-operatório como forma de constrição abdominal, com exceção da presença de grandes hérnias abdominais, que após a correção podem causar restrição respiratória.

A anestesia geral está indicada em pacientes acima de 100 kg ou com patologias que contra-indiquem outra opção. Entretanto, alguns pacientes podem se submeter a anestesia peridural com bupivacaína ou ropivacaína. Deixamos a escolha inteiramente a critério do anestesista, bem como todas as informações, que são passadas ao paciente durante a consulta anestésica. A marcação da técnica cirúrgica é semelhante às tradicionais, excedendo-se o comprimento nas laterais, devido ao grande excesso de pele nos flancos. Evitamos

grandes descolamentos, que normalmente são em “V” invertido, apenas para permitir a plicatura de músculos retoabdominais (Fig. 2). Em grandes aventais ou em pacientes portadores de doenças que contra-indiquem um tempo cirúrgico prolongado, pode ser realizada apenas uma cirurgia higiênica, isto é, sem descolamento ou plicatura (Fig. 3). A correção cirúrgica das hérnias deve ser realizada junto com a abdominoplastia e, em alguns casos, pode ser necessária a presença do cirurgião-geral (Fig. 4). A incisão para transposição do umbigo deve ser realizada pela técnica de preferência do cirurgião, lembrando-se que o pedículo dele é longo e devemos estar atentos em relação a plicatura na aponeurose. Plicaturas em excesso dificultam o posicionamento do umbigo em

consequência da tensão, alargam a cicatriz e deixam um aspecto desgracioso. Após a ressecção dos retalhos procedemos à sutura por planos. A plicatura e correção da hérnia é feita com náilon 0 duplo. A fixação do umbigo é feita com Mononylon 3-0, a sutura subdérmica e a intra-dérmica com Monocryl 4-0 de 70 cm. O abdome é drenado por um sistema de aspiração fechado, por um período médio de 5 dias, isto é, quando temos 20 a 30 ml de drenagem diário, retiramos o dreno. Em três casos, além do dreno de aspiração, colocamos dois drenos de penrose n.l. nas extremidades da cicatriz, pois o grande descolamento nas laterais e a ação da gravidade não permitem a sucção nessa região. Este dreno de capilaridade foi retirado com 48 horas de pós-operatório. O curativo é realizado com cinta abdominal por um período de dois meses.

Com relação às demais cirurgias, a mamoplastia nas mulheres é realizada pela técnica de preferência do cirurgião, podendo em alguns casos ser utilizada prótese de silicone para uma melhor projeção das mamas. Nos homens, a ressecção de pele prolonga-se até a linha axilar posterior, tendo-se o cuidado de preservar

Tabela I

Pacientes	Sexo	Idade	Gastroplastia	Imc Anterior	Imc Atual	Cirurgias	Peso do Retalho	Complicações
A.L.A.	M	41	07/11/00	50	31	Abdominoplastia	4,3 kg	Hematoma
H.T.F.N.	M	35	26/02/99	63,4	32	Abdominoplastia + Correção de hérnia	6,0 kg	Necrose Gordurosa, Seroma
J.J.N.	M	38	26/02/99	53,2	29	Abdominoplastia	6,2 kg	Seroma
S.D.C.	F	23	09/10/99	42,7	17	Mama, Prótese, Abd., Lift Braquial e Crural, Lipoaspiração	2,0 kg	Retirada de Bolsa pós-seroma
G.S.C.P.	F	30	09/10/99	42,6	27,9	Abdominoplastia, Mamoplastia, Lift Braquial, Crural e Cervicofacial, Lipoaspiração	4,0 kg	Seroma
M.L.F.G.	F	42	07/09/99	41,5	28,9	Abdominoplastia	3,0 kg	-
S.C.F.	F	43	12/01/01	37,6	24	Abdominoplastia	1,2 kg	-
F.W.D.S.	M	41	28/05/99	57,7	36,9	Abdominoplastia + Correção de hérnia	10,0 kg	Seroma, Esteatonecrose
A.S.M.	F	45	10/07/00	45	27,5	Abdominoplastia + Lipo + Lift Crural	3,2 kg	-
M.F.M.T.	F	39	06/02/01	43,2	30	Abdominoplastia + Lipo + Lift Braquial	2,6 kg	Hematoma
J.G.S.	F	37	27/03/01	47	32	Abdominoplastia	2,8 kg	-
M.F.G.S.	F	43	02/10/00	54	34,4	Abdominoplastia	7,1 kg	Seroma
C.R.	F	32	10/04/01	44	29	Mamoplastia	Só pele	-
M.D.L.E.	F	34	23/01/01	42,3	25	Mamoplastia	Só pele	-
S.M.C.F.	F	43	17/01/01	38,6	24	Mastopexia+ Abd. Reverso	13 kg	-
M.V.A.M.	F	47	17/04/01	36	22	Ritidoplastia+ Blefaroplastia	-	-
S.M.C.	F	30	03/11/00	33,9	18,7	Abd. Reverso +Miniabdome	Só pele	-
A.C.B.	F	40	10/04/00	31,2	17,6	Prótese+ Correção de hérnia	-	-
M.A.C.B.	F	52	27/11/01	35,7	25,9	Abdominoplastia	3,4 kg	Seroma + Abscesso
D.A.A.	F	37	20/03/01	33	20	Mama, Prótese, Abd.	Só pele	-
F.L.R.	M	20	14/07/01	43,9	23,6	Ginecomastia +Abdominoplastia	1,3 kg	Hematoma de mama
S.S.C.	F	28		52	39	Mama + Abdome	3,2 kg	
M.R.C.C.	F	54		39	31,7	Mama	1,75 kg	Seroma
M.M.T.	F	22		40	30	Mama + Abdome	1,8 kg	
P.U.C.	M	50		42	31,7	Abdome + Ginecomastia	2,8 kg	
F.S.C.F.	F		01/08/01	41	30	Pálpebra		

Total de pacientes: 26.

Tabela II

Cirurgias	Abdominoplastia	Mamoplastia	Prótese de Mama	Lift Braquial	Lift Crural	Lift Facial	Blefaroplastia	Lipoaspiração
Mulher	14	8	2	3	3	2	2	4
Homem	6	1	-	-	-	-	-	-

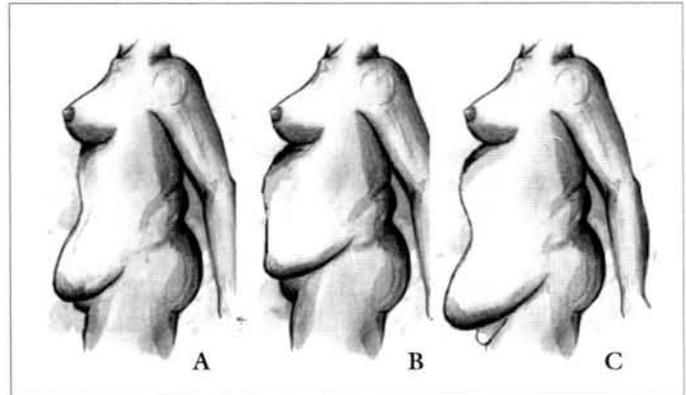
Total de operações (tipos de cirurgias/sexo): 45.

o complexo areolomamilar. Esta cirurgia pode ser realizada em conjunto com o *lift* braquial, sendo denominada de *lift* toracobraquial. Nos *lifts* de coxa, dorso, braço e quadril devemos procurar colocar as cicatrizes em locais pouco visíveis ou nas dobras naturais. O deslocamento deve ser superficial, evitando-se os vasos linfáticos, que quando lesados causam edema prolongado. Utilizamos a sutura subdérmica e a intradérmica com Monocryl 4-0 de 70 cm. No *lift* cervicofacial o enfoque deve ser maior no terço inferior da face e pescoço, utilizando a plicatura do SMAS. O tempo de internação desses pacientes não ultrapassou dois dias. A antibioticoterapia profilática está indicada conforme preconizado pela Comissão de Infecção Hospitalar: 1ª dose meia hora antes da incisão da pele, repetindo-se a cada 3 horas de duração da cirurgia e no pós-operatório a cada 8 horas, não excedendo as 24 h (kefazol 2 g).

## DISCUSSÃO

A classificação da forma humana em termos de somatótipos: mesomórfico, ectomórfico e endomórfico<sup>(1)</sup>, irá determinar as regiões mais afetadas após o emagrecimento corporal. Nos endomórficos, que apresentam excesso de gordura em abdome e têm extremidades curtas, o excesso de pele se restringe mais ao abdome e membros inferiores. Os mesomórficos e os ectomórficos apresentam flacidez cutânea também no segmento superior após a perda ponderal, com mais acometimento de braços, face e tronco. Naturalmente existe alto grau de variabilidade dentro dos três tipos. Com relação ao abdome, Lewis<sup>(2-5)</sup> descreve a flacidez cutânea de três formas diferentes: pendular, globosa, e flácida. O abdome pendular apresenta acúmulo de gordura no abdome inferior e ao redor do umbigo, e com o emagrecimento a pele dobra-se sobre o púbis, formando um avental, devido ao excesso de peso (Fig. 1A). O abdome globoso é arredondado, com distensão generalizada, havendo uma quantidade variável de gordura, com ou sem flacidez do sistema musculoponeurótico, e apresenta mais de um avental após a perda de peso (Fig. 1B). O abdome flácido apresenta pele redundante e fina, encontrando-se com frequência estrias e grande flacidez em flancos e epigástrio (Fig. 1C), possibilitando uma abdominoplastia em “âncora” ou invertida. Pitanguy<sup>(6, 7)</sup> divide as deformidades abdominais conforme alterações estéticas e funcionais. Os defeitos estéticos devem-se principalmente à flacidez da parede abdominal, com acúmulo de gordura e sistema musculoponeurótico enfraquecido. No aspecto

funcional da parede abdominal, são analisadas as diástases acentuadas, com eventrações, e as hérnias naturais (umbilicais, supra-umbilicais) e incisionais. A abdominoplastia no ex-obeso apresenta também um aspecto higiênico em razão da existência de dermatites e intertrigos decorrentes do grande excesso de pele nas dobras naturais. Podem ocorrer mais freqüentemente deiscências de suturas durante as primeiras fases do processo cicatricial (do 1º ao 21º dia pós-operatório), devido a hematomas, infecções, falhas na produção do tecido colágeno e aumento da



Figs. 1A-C – Tipo de avental em abdome de ex-obeso.

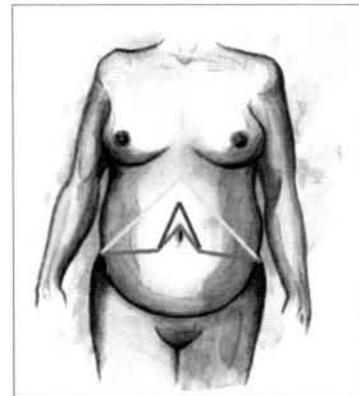


Fig. 2 – Níveis de descolamento da abdominoplastia no ex-obeso.

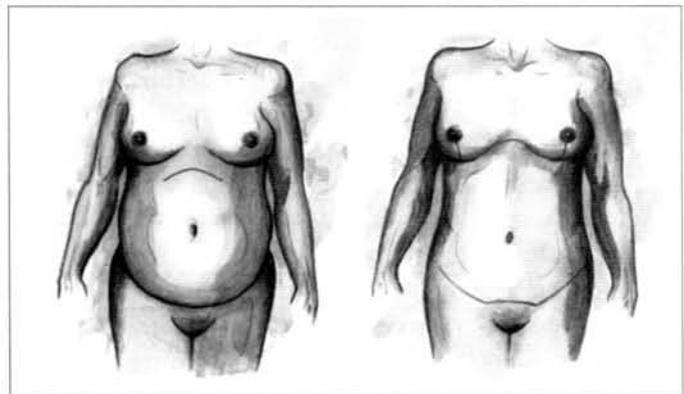


Fig. 3 – Abdome reverso + abdominoplastia com descolamento mínimo.

pressão intracavitária, provocando ruptura da linha incisional e determinando uma solução de continuidade, o que leva à instalação de uma hérnia incisional. Essas deiscências são também passíveis de se instalar mais tardiamente, mesmo após o 1º mês do pós-operatório, pelas mesmas razões, sendo mais comuns as ligadas à perda da resistência cicatricial diante de um súbito e agudo aumento da pressão intracavitária (esforços indevidos no pós-operatório). Outras seqüelas, como as cicatrizes de posicionamento inadequado de incisões ou após infecções, conferem um aspecto desagradável e inestético ao abdome<sup>(7)</sup>.

Os cuidados com o paciente ex-obeso são maiores, não apenas por características locais e clínicas, como também pelo aspecto psicológico. O desgaste com tratamentos anteriores, traumas pessoais, familiares e sociais tornam esses pacientes mais lábeis e rebeldes

no pós-operatório. O pós-operatório da gastroplastia é diferente das cirurgias plásticas, que demandam maior repouso, por tempo mais prolongado. A possibilidade de seroma<sup>(8)</sup>, o que pode acontecer em até 30% dos casos, exige por parte do cirurgião maior veemência nas orientações. Na região dos pêlos pubianos, já que é um local de maior ocorrência das deiscências e necroses, preferimos pontos separados, possibilitando também a drenagem de coleções. Optamos pela retirada tardia do dreno em casos de secreção sanguinolenta escura que denuncia a existência de coágulos e hematomas. Concordamos com Nurkin e Pedro Martins<sup>(9)</sup> que os drenos de sucção realizam uma prevenção eficaz de hematomas e seromas através de uma drenagem ativa prolongada. O dreno no pós-operatório por mais de 8 dias é tempo excessivo, podendo aumentar o risco de infecção e causar desconforto nos pacientes. Acreditamos que um

período de no máximo sete dias ou drenagem serosa inferior a 30 ml/24h sejam critérios pertinentes para a decisão de retirada do dreno de sucção. Os cuidados locais no pós-operatório se devem principalmente ao curativo que, devido à extensão e à localização das cicatrizes (normalmente grandes e em locais de difícil acesso), favorecem a descuidos com a assepsia<sup>(10)</sup>. O quadro clínico desses pacientes, normalmente com hipovitaminoses e anemia ferropriva, favorece a má cicatrização, com maior risco de necrose nos retalhos e infecção.

Por esses motivos optamos por cirurgias mais conservadoras, com menor descolamento dos retalhos e evitando quando possível a união das cicatrizes (Fig. 5), como no caso da técnica em “âncora” no abdome. Em alguns casos de pacientes magros, pode ser feita a retirada exclusiva da pele em várias regiões afetadas (com descolamento subdérmico) e principalmente no abdome, associando a uma lipoaspiração profunda se necessário<sup>(11, 12)</sup>. Para alguns pacientes em que a flacidez é restrita

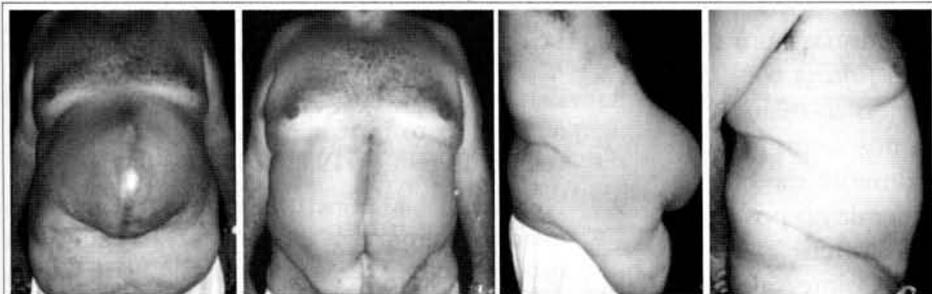


Fig. 4 – Paciente com grande hérnia incisional, sendo retirado retalho de 10 kg. Pós-operatório de dois meses.



Fig. 5 – Retalho de 120 cm e 7,1 kg. Foto de PO imediato.

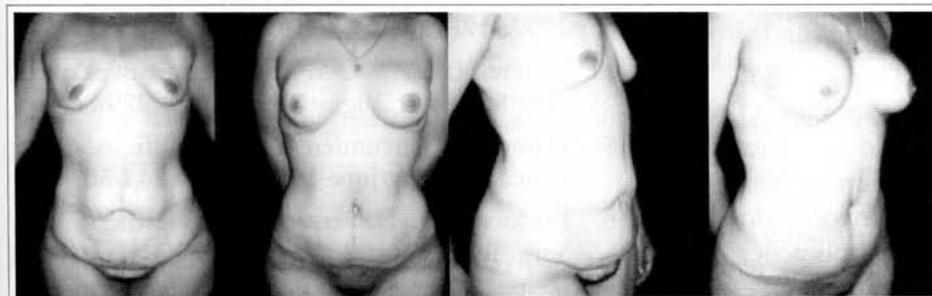


Fig. 6 – Paciente submetida a 5 cirurgias: prótese de mama, abdominoplastia, lifting braquial, lifting crural e lipoaspiração.

a região do púbis, técnicas alternativas podem ser úteis<sup>(13)</sup>. Acreditamos que o uso da sutura intradérmica contínua com o Monocryl 4-0 facilita o curativo com a manutenção do micropore sobre a sutura, diminuindo as dermatites e granulomas decorrentes dos nós da sutura separada, tanto externa como interna e, finalmente, o fato de não ter que retirar os pontos é mais aceito pelo paciente, além de facilitar a vida do cirurgião. No pós-operatório tardio, como existe a absorção do Monocryl com aproximadamente três meses, evita-se a retirada de granulomas de corpo estranho, comuns na sutura com náilon.

Com relação aos resultados, acreditamos que a satisfação do paciente é maior que a do cirurgião. O alívio pela retirada dos excessos de pele é maior que a presença das cicatrizes resultantes. Os homens, na nossa experiência, são mais acomodados e se contentam apenas com a dermolipectomia abdominal. As mulheres desejam um tratamento mais completo, realizando maior número de cirurgias e um tratamento de todo o contorno corporal (*lifting* corporal circunferencial)<sup>(15-18)</sup> (Fig. 6). Devido ao maior número de complicações, não realizamos cirurgias combinadas nesses pacientes, especialmente na 1ª etapa, principalmente pelo quadro de anemia no pós-operatório. Os pacientes são orientados em relação à complementação vitamínica e de ferro. O intervalo médio entre as cirurgias é de seis meses, podendo ser antecipado de acordo com as condições clínicas do paciente e do tipo de cirurgia. Algumas cirurgias necessitam de um segundo tempo pós-operatório, especialmente no abdome, como revisão de cicatriz, ressecção de orelhas e lipoaspiração.

## CONCLUSÃO

A cirurgia plástica nos pacientes ex-obesos que realizaram a gastroplastia redutora permite melhores condições de vida, facilitando a higienização e boa deambulação, reforçando a sua auto-estima, restaurando a auto-imagem, a satisfação pessoal e reintegrando esses indivíduos à sociedade, episódio tão sonhado por ele e por seus familiares. Os resultados são satisfatórios, principalmente para os pacientes. O ponto mais importante é o tratamento do abdome, que nos homens muitas vezes é suficiente. Nas mulheres o tratamento é mais abrangente, envolvendo a face e todo o contorno corporal. As complicações são maiores que a média, mas são de caráter local e todas passíveis de correção.

## BIBLIOGRAFIA

1. Sheldon WH. The variety of human physique. New York: Hafner; 1963.
2. Lewis Jr. Atlas of Aesthetic Plast Surg. Boston: Little, Brown; 1973.
3. Lewis Jr. Miniabdominoplasty. Aesthetic Plast Surg. 1979; 3:195-9.
4. Lewis Jr. The Art of Aesthetic Plastic Surgery. Boston: Little, Brown; 1989.
5. Theimourian B, Marofat S. Cirugía del contorno de la parte media del tronco. In: Coiffman F, Cirugía Plástica Reconstructiva Estética. Barcelona: Masson-Salvat; 1994. IV, p. 3117.
6. Pitanguy I, et al. Evaluation of body contouring surgery today: a 30-year perspective. Plast Reconstr Surg. Apr 2000; 105(4):1499-514.
7. Jaimovich CA, Mazzarone F, Parra JFN, Pitanguy I. Semiologia da parede abdominal: seu valor no planejamento das abdominoplastias. Rev Soc Bras Cir Plást. 1999; 14(3):21-50.
8. Baroudi R, Ferreira CAA. Seroma: how to avoid it and how to treat it Aesthetic Plast Surg. November/December 1998; 18(6):439-41.
9. Nurkim MV, Martins P, et al. Incidência de hematoma e seroma em abdominoplastia com e sem uso de drenos. Rev Soc Bras Cir Plást. 2002; 17(1):69-74.
10. Matarasso A. Awareness and avoidance of abdominoplasty complications. Aesthetic Plast Surg. 1997; 17(4):256-61.
11. Avelar J. Abdominoplasty without panniculus undermining and resection: Analysis and 3-year follow-up of 97 consecutive cases. Aesthetic Plast Surg. 2002; 22(1):76-87.
12. Saldanha OR, Souza P, Bolivar E, et al. Lipoabdominoplasty without undermining. Aesthetic Plast Surg. November/December 2001; 21(6):518-26.
13. Moufarrège R. The Moufarrège horseshoe abdominoplasty. Aesthetic Plast Surg. March/April 1997; 17(2):91-6.
14. Ramirez, Oscar M. U-M Abdominoplasty. Aesthetic Plast Surg. July/August 1999; 19(4):279-86.
15. Hamra ST. Circumferential body lift. Aesthetic Plast Surg. May/June 1999; 19(3):244-50.
16. Lockwood T. Lower-body lift. Aesthetic Plast Surg. July/August 2001; 21(4):355-70.
17. Lockwood T. Medial thigh surgery. Aesthetic Plast Surg. Summer 1996; 16(2):94-6.