

Variantes de técnicas de abdominoplastias: abdominoplastia em âncora e circunferencial em bloco RP: relato de casos



**CAROLINA TAKAHASHI
RODRIGUES PINTO** ^{1*}

RONALDO PONTES ^{1,2,3,4}

GISELA HOBSON PONTES ^{1,2,4,5}

CESAR ANDRES BASTOS PLAZA ¹

MARIANO RAMON LEIVA PAREDES ¹

FERNANDO SERGIO MENDES CARNEIRO FILHO ¹

■ RESUMO

Introdução: A abdominoplastia apresenta diversas variantes de acordo com as características de cada paciente. As deformidades da parede abdominal, podendo ser funcionais e/ou estéticas, surgem devido a diversos fatores, como: diástase dos músculos reto abdominais, flacidez cutânea, entre outras. Esse dimorfismo corporal do paciente pode culminar com diversos efeitos negativos tanto no aspecto físico quanto psicológico. Nesses casos, existem algumas variantes de abdominoplastias que visam restaurar o contorno corporal, diminuir o tempo cirúrgico e possíveis complicações. A escolha da técnica a ser realizada deve ter como objetivo principal a melhoria da deformidade individual de cada paciente. **Método:** Serão apresentados três relatos de casos de pacientes que foram submetidos a abdominoplastia com técnicas específicas devido às características de cada um. As complicações presentes nas pacientes em questão são as consideradas menores, cuja predominância foi deiscência em locais de maior tensão. Os resultados estéticos foram satisfatórios. **Resultados:** É possível observar os resultados satisfatórios em casos de pacientes com diferentes indicações de técnicas de abdominoplastias. A boa indicação da técnica cirúrgica para cada caso é crucial no tratamento das deformidades abdominais após grandes emagrecimentos ou devido à presença de cicatrizes medianas por cirurgias prévias. **Conclusão:** As variantes das técnicas de abdominoplastias citadas têm o objetivo de restaurar o contorno corporal de alguns tipos específicos de pacientes, encurtar o tempo cirúrgico, diminuir morbidade, obter cicatrizes menores e, conseqüentemente, melhorar os resultados estéticos.

Descritores: Abdominoplastia; Abdome; Cirurgia bariátrica; Cicatriz; Lipodistrofia.

■ ABSTRACT

Introduction: Abdominoplasty presents several variants according to each patient characteristics. Abdominal wall deformities, which may be functional and/or aesthetic, appear due to several factors such as: rectus abdominis muscles diastasis, cutaneous flaccidity, among others. This patient's body dimorphism can culminate with several negative effects on both physical and psychological aspects. In these cases, there are some abdominoplasty variants that aim to restore body contour, shorten surgical time and possible complications. The choice of the technique to be performed should have as main objective the improvement of individual deformity of each patient. **Method:** Three case reports of patients who underwent abdominoplasty with specific techniques due to each one characteristics will be presented. The complications present in the patients in question are considered minor, whose predominance was dehiscence in places of greater tension. The aesthetic results were satisfactory. **Results:** It is possible to observe satisfactory results in cases of patients with abdominoplasty techniques different indications. The good indication of surgical technique for each case is crucial in abdominal deformities treatment after major weight loss or due to medium scars presence from previous surgeries. **Conclusion:** Variants of abdominoplasty techniques cited have the objective of restoring body contour on some specific types of patients, shorten surgical time, reduce morbidity, obtain smaller scars and, consequently, improve aesthetic results.

Keywords: Abdominoplasty; Abdomen; Bariatric surgery; Cicatrix; Lipodystrophy.

DOI: 10.5935/2177-1235.2018RBCP0132

¹ Hospital Niterói D'Or, Niterói, RJ, Brasil.

² Sociedade Brasileira de Cirurgia Plástica, São Paulo, SP, Brasil.

³ Universidade Federal Fluminense, Niterói, RJ, Brasil.

⁴ Sociedade Internacional de Cirurgia Plástica Estética.

⁵ American Society for Aesthetic Plastic Surgery. D'honneur de La Société Française de Chirurgie Esthétique.

INTRODUÇÃO

O abdome faz parte do cotidiano das consultas em cirurgia plástica, sendo que o abaulamento abdominal pode estar associado a diversos fatores, como flacidez muscular e cutânea, adiposidade, hérnias ou combinação delas. Atualmente, a obesidade é um dos grandes problemas da saúde mundial, desencadeando diversas outras doenças crônicas, como diabetes e hipertensão arterial.

Devido a isso e outros problemas, muitas pessoas acabam recorrendo a diversas formas para alcançar o emagrecimento desejado. Quando ocorre o insucesso refratário na perda ponderal, um número considerável de pacientes acabam por recorrer à cirurgia bariátrica, pois essa possibilita a redução de peso de forma duradoura em curto espaço de tempo.

Pacientes pós-bariátricos, que evoluem com flacidez corporal importante e excessos dermogordurosos na região de abdome anterior, torso e flancos, associados à ptose da região glútea e púbis, podem apresentar benefícios evidentes com a excisão circunferencial.

Um dos pontos críticos de deformidade pós-perda ponderal maciça é o abdome, pois pode gerar diversos transtornos cotidianos, como dificuldade na higiene pessoal, na interação no trabalho, social e até no âmbito pessoal.

Além disso, algumas pessoas possuem certas peculiaridades que impedem o uso da técnica habitual de abdominoplastia, como no caso de pacientes com cicatriz mediana devido a cirurgias prévias.

Nesses casos, existem algumas variantes de abdominoplastia que visam restaurar o contorno corporal, diminuir o tempo cirúrgico e possíveis complicações. A escolha da técnica a ser realizada deve ter como objetivo principal a melhoria da deformidade individual de cada paciente.

OBJETIVO

Demonstrar o uso de algumas variantes técnicas de abdominoplastias para ressecção do excesso de pele, como a abdominoplastia em âncora e a circunferencial em bloco RP, cuja escolha será definida de acordo com a individualidade e indicação específica de cada paciente.

MÉTODO

Serão apresentados três relatos de casos, sendo o “caso um” operado pela equipe da Dra. Gisela Hobson Pontes, o “caso dois” pela equipe do Prof. Ronaldo Pontes e o “caso três”, um paciente do serviço de especialização em cirurgia plástica, operado pela autora do trabalho, durante o segundo ano de especialização, supervisionada por um dos *staffs* do serviço. Todos os pacientes foram atendidos e operados no Hospital Niterói D’Or, sob anestesia geral, entre os anos de 2017 e 2018. São provenientes do estado do Rio de Janeiro, sendo duas mulheres e um do sexo masculino, e apresentam faixa etária entre 42 e 66 anos.

Caso 1

Paciente de 66 anos, do sexo feminino, casada, com dois filhos por parto cesárea, natural de Viçosa, residente no Rio de Janeiro. História prévia de uma laparotomia exploradora há 48 anos, devido a uma úlcera gástrica perfurada, com incisão mediana supraumbilical (Figura 1A). Procurou atendimento para cirurgia plástica em abdome, devido à flacidez abdominal associada à insatisfação com a cicatriz prévia (Figura 2A). Possuía também uma queixa de hipomastia com discreta flacidez mamária.

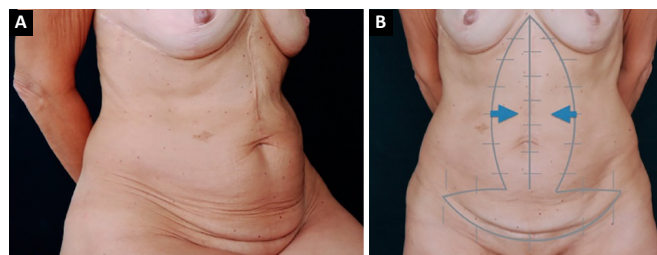


Figura 1. A: Paciente com cicatriz mediana supraumbilical após laparotomia exploradora devido a úlcera gástrica perfurada; B: Demonstração de marcação de abdome em “âncora” no pré-operatório.



Figura 2. A: Pré-operatório mostrando flacidez abdominal associada a cicatriz mediana supraumbilical; B: Pós-operatório de 3 meses.

A técnica de abdominoplastia vertical em bloco (âncora) é indicada quando há presença de uma cicatriz mediana e quando o custo-benefício favoreça a existência de uma cicatriz vertical pouco disfarçável.

Técnica cirúrgica

Para realizar a técnica em bloco RP, deve-se avaliar previamente o retalho com a paciente sentada, para que possa verificar a possibilidade de fechamento do abdome após a retirada do bloco previamente marcado (Figura 1A). Após isso, é feita marcação da técnica com a paciente em pé, levando em consideração o excesso de tecido a ser removido com estimativas feita por *pinch-tests*.

O ponto superior da marcação é realizado próximo ao processo xifoide e, a partir daí, é traçada uma linha reta mediana que irá auxiliar no restante do desenho. O diâmetro horizontal é demarcado por sensibilidade, sendo realizado por prensão bimanual do retalho a ser ressecado em bloco. Baseado nesse princípio, é confeccionada uma curva discretamente mais acentuada no centro, assinalada pelas setas, e que irá em direção à região púbica (Figura 1B).

No maior diâmetro transversal onde a forte tração bilateral para a parte medial irá promover a efetiva correção de todo o tronco. Segue-se, então, com a marcação inferior, onde haverá a compensação suprapúbica. Na demarcação

da pele, pode ser necessária a compensação a junção dos retalhos com as cicatrizes da mamoplastia, se porventura existirem.

Em sequência, é realizada a infiltração de todo retalho com uma solução previamente preparada com diluição de adrenalina em soro fisiológico 0,9% de 1:1.000.000, para que, se caso houver algum sangramento, ainda seja percebido e solucionado no intraoperatório. A seguir, é feita a incisão e a ressecção em bloco de todo retalho, sem necessidade de um descolamento lateral.

A plicatura da musculatura do reto abdominal é realizada após a marcação prévia e visa diminuir a área cruenta do abdome. Após, é realizada a neo-onfaloplastia no retalho, a colocação de um dreno Hemovac, que permanece por cerca de 7 dias e finaliza a cirurgia com a sutura de rotina. Nesse caso também foi realizada a mastopexia com inclusão de implantes, cuja técnica não será relatada nesse estudo.

No pós-operatório, a paciente evoluiu satisfatoriamente, sem complicações maiores e com um bom resultado estético (Figura 2B).

Caso 2

Paciente de 42 anos, do sexo feminino, solteira, médica, com um filho por parto cesárea, natural do Rio de Janeiro e residente em Macaé. Realizou cirurgia bariátrica do tipo *Fobi-Capella* há dois anos, com perda ponderal de 102 quilos, mantendo peso estável há quase um ano (Figura 3A).

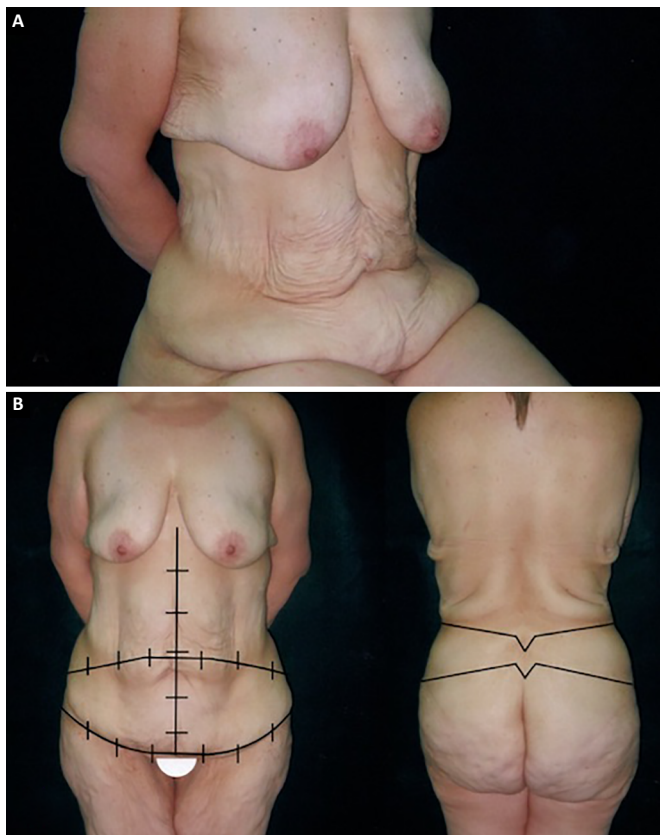


Figura 3. A: Pré-operatório. Paciente sentada para avaliação do retalho e da possibilidade de realizar a ressecção em bloco RP; **B:** Marcação anterior e posterior da torsoplastia circular em bloco RP. Detalhe para as laterais onde as marcações irão se encontrar.

O pós-obesidade mórbida resulta em perda de grande volume de gordura, sobretudo na tela subdérmica, ocasionando flacidez corporal global generalizada, notadamente em tronco, coxas e braços, sendo a técnica de abdominoplastia circunferencial em bloco RP uma importante opção nesses casos (Figura 3B). Apesar de possuir indicação para corrigir várias áreas corporais, inicialmente, a paciente referia preferência em realizar avaliação de dorso e abdome.

Técnica cirúrgica

Inicia-se com a marcação cuidadosa de toda área a ser ressecada em bloco, com o paciente em pé, para recuperar a forma normal do tronco. Primeiramente, é feita a marcação posterior, onde é confeccionado o desenho da linha inferior, geralmente um pouco abaixo da espinha ilíaca pósterio-superior. Por sensibilidade (*pinch test*), delimita-se a porção a ser ressecada. A região medial, próximo a coluna, é onde ficam os ângulos de encontro superior e inferior, que podem ter sua ponta voltada para baixo ou para cima, de acordo com a preferência do cirurgião.

Nesse caso, a distância entre as duas pontas mediais foi de 6 cm. Em seguida, marca-se a parte anterior com a paciente em decúbito dorsal horizontal. É feita a marcação de abdominoplastia em bloco do tipo RP1, onde o arco cranial passa rasando a borda superior da cicatriz umbilical, desce suavemente para os lados, onde vai encontrar a incisão posterior. A parte inferior possui três segmentos, dois laterais de concavidade cranial que parte da incisão prévia posterior, indo encontrar o arco suprapúbico.

Os dois arcos laterais inferiores devem ser igualmente curvos, com curvatura oposta aos superiores, para dar como consequência uma cicatriz ligeiramente encurvada, de concavidade superior. Após a marcação de um lado, são transferidas todas as medidas para o outro lado com a ajuda de um compasso cirúrgico (Figura 3B). A distância cranial da fúrcula vaginal até a linha desenhada do púbis deve ser entre 5-6 cm, variando em cada caso.

Inicialmente, realiza-se infiltração com solução padrão de adrenalina em soro fisiológico 0,9% em uma proporção de 1:1.000.000. A cirurgia começa com o paciente em decúbito dorsal ventral com a incisão para ressecção em bloco RP e, posteriormente, é feita a dissecação lateral do retalho. É realizado o mesmo procedimento do lado contralateral.

Após, segue-se com a sutura de toda região lombar para, então, trocar a posição do paciente para decúbito dorsal horizontal. Prossegue-se com a infiltração com a mesma solução e a incisão em bloco RP de todo retalho abdominal previamente marcado e a dissecação lateral. A seguir, é confeccionado o túnel aponeurótico, a plicatura da musculatura reto abdominal para diminuir a área cruenta. Segue-se com a produção dos pontos de Baroud, a neo-onfaloplastia, a colocação de dreno Hemovac, a sutura de rotina e o curativo compressivo.

No pós-operatório, a paciente evoluiu bem, sem intercorrências e com melhora global da flacidez em dorso e abdome (Figura 4A-D). Foi submetida a um novo procedimento cirúrgico de *lifting* de coxas no sexto mês de pós-operatório.

Caso 3

Paciente de 48 anos, do sexo masculino, casado, natural de Búzios. Procurou o serviço de pós-graduação

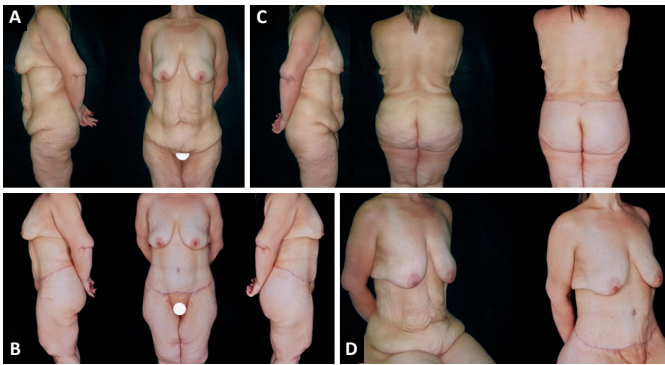


Figura 4. A: Pré-operatório mostrando flacidez global devido à perda ponderal importante; **B:** Pós-operatório de 3 meses; **C e D:** Melhora da flacidez anterior e posterior no pós-operatório de 3 meses.

prof. Ronaldo Pontes com queixa de lipodistrofia difusa e insatisfação com cicatriz mediana prévia (Figura 5A). Aos 8 anos, foi submetido a uma laparotomia exploradora devido à queda de nível, resultando em esplenectomia. Apresentava-se com cicatriz xifopúbica desviada da linha mediana para esquerda e, também, com cicatriz umbilical fora da linha média (Figura 5A).



Figura 5. A: Pré-operatório mostrando flacidez abdominal associada a cicatriz mediana xifopúbica; **B:** Pós-operatório de 45 dias.

Técnica cirúrgica

O ponto superior da marcação é realizado próximo ao processo xifoide e, a partir daí, é traçada uma linha reta mediana que irá auxiliar no restante do desenho. O diâmetro horizontal é demarcado por sensibilidade, sendo realizado na mesa por prensão bimanual do retalho a ser ressecado em bloco. Baseado nesse princípio, é confeccionada uma curva discretamente mais acentuada no centro, e que irá em direção à região pubiana (Figura 6A).

No maior diâmetro transversal é onde a forte tração bilateral para a parte medial, como já comentado anteriormente. Inicia-se a cirurgia pela infiltração de flancos e do retalho com solução previamente preparada com diluição de adrenalina em soro fisiológico 0,9% de 1:1.000.000. Realiza-se, então, a lipospiração complementar de flancos, com saída de 200 ml de cada lado. Em seguida, realiza-se a ressecção em bloco do retalho previamente

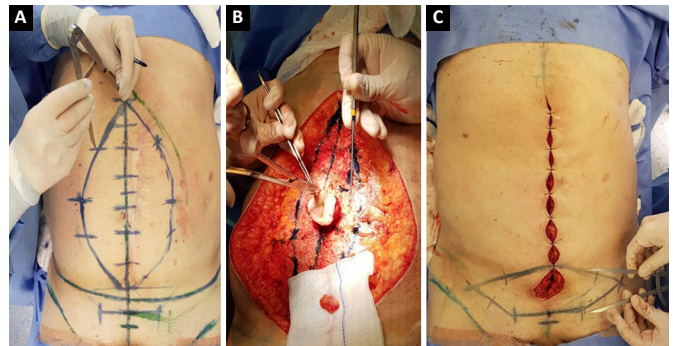


Figura 6. A: Conferência da marcação realizada no intraoperatório; **B:** Marcação da plicatura da musculatura reto abdominal após retirada do retalho em bloco RP; **C:** Marcação da compensação inferior é realizada posteriormente.

marcado, sem descolamento lateral, com retirada de um retalho com peso de 1600 gramas.

Durante o descolamento, notou-se uma hérnia epigástrica importante, que foi corrigida no mesmo tempo cirúrgico e logo após foi feita a plicatura dos músculos reto abdominal visando diminuir a área cruenta abdominal (Figura 6B). Segue-se, então, com a marcação inferior, onde haverá a compensação suprapubiana, dando um aspecto de “âncora” ao desenho (Figura 6C).

Após, é realizada a fixação da própria cicatriz umbilical do paciente no retalho já aproximado com pontos de nylon. Nesse paciente também foi realizada a correção da cicatriz prévia do dreno utilizado na cirurgia feita na infância. Finaliza-se com a sutura de rotina e a colocação de um dreno Hemovac, que permanece por cerca de 7 dias.

No pós-operatório, o paciente evoluiu satisfatoriamente, sem complicações importantes e com um bom resultado estético (Figura 5B). Segue ainda em acompanhamento ambulatorial.

RESULTADOS

Os três casos apresentaram boa evolução clínica, com resultados estéticos satisfatórios e melhora global da flacidez corporal. As complicações presentes podem ser definidas como menores, já que foram presença de deiscência de sutura em alguns pontos. Os pacientes seguem em acompanhamento ambulatorial de rotina, mantendo-se constante até o final do primeiro ano, após, as consultas continuam existentes, porém, tornam-se mais espaçadas.

DISCUSSÃO

A abdominoplastia é um dos procedimentos estéticos mais comumente realizados, cujo objetivo consiste em melhorar não apenas aspectos estéticos, mas também a reconstrução da estrutura da parede abdominal¹.

A técnica de ressecção em bloco foi originalmente direcionada exclusivamente para as abdominoplastias e suas variantes, porém, evoluiu para tração de coxas e, em alguns casos específicos, circundando todo tronco, sempre obedecendo o princípio da retirada em bloco².

A escolha pela técnica de abdominoplastia em âncora no caso de abordagem prévia por laparotomia ocorreu por dois fatores: a possibilidade de ressecção da cicatriz supraumbilical mediana prévia, que em muitos casos apresentava-se com alargamento ou hipertrofia, e a possibilidade de neo-onfaloplastia.

Além disso, o paciente é alertado com bastante clareza quanto ao procedimento cirúrgico, pois, apesar de haver

uma existência prévia de uma cicatriz vertical abdominal, deve-se indicar nos casos em que o custo-benefício favoreça flagrantemente a existência pouco disfarçável de uma nova cicatriz vertical².

As grandes perdas ponderais pós cirurgia bariátrica resultam deformidades significativas do contorno corporal³⁻⁵. Alguns autores usam um limite de Índice de Massa Corporal (IMC) 30 kg/m² para inclusão de pacientes em estudo do contorno abdominal⁴.

Várias técnicas de abdominoplastia foram relatadas, buscando um melhor tratamento para restaurar o contorno abdominal⁵⁻⁷.

No presente estudo, foi relatado um caso de abdominoplastia vertical em bloco (âncora), devido à cicatriz mediana supraumbilical pré-existente, um caso de torsoplastia associado à dermolipectomia crural em paciente com queixa de celulite e flacidez importante em coxas e, por fim, um caso de abdominoplastia circunferencial associado a *lifting* de coxas em paciente pós-bariátrica, com perda ponderal importante.

As complicações presentes nos pacientes em questão são as consideradas menores, cuja predominância foi deiscência em locais de maior tensão. A maioria dos autores apresentou uma preponderância de complicações menores sendo as cicatriciais, os seromas e as pequenas deiscências as mais frequentes^{5,7-10}. Alguns autores relataram complicações maiores como necroses parciais de retalhos e atelectasia consequente de pneumonia¹¹.

A alta hospitalar das pacientes aconteceu após 2 dias de internação no pós-operatório, similar a outros estudos que, em geral, também determinaram alta dos pacientes com 2 a 3 dias após a intervenção cirúrgica¹².

No pós-operatório foi prescrito anticoagulante (heparina de baixo peso molecular) para uso diário, por pelo menos sete dias, além de orientações gerais para profilaxia de complicações maiores, como o tromboembolismo pulmonar.

Os pacientes seguem em acompanhamento ambulatorial de rotina, mantendo-se constante até o final do primeiro ano, após, as consultas continuam existentes, porém, tornam-se mais espaçadas.

A eficácia de um tratamento das deformidades abdominais por diferentes causas, seja devido a grandes perdas ponderais ou cicatrizes prévias, deve-se à boa indicação de uma determinada técnica cirúrgica. No caso da técnica em âncora, a cicatriz mediana não deve ser fator de exclusão para sua escolha, porém sua presença facilita a preferência por essa variante.

CONCLUSÃO

É possível observar os resultados satisfatórios em casos de pacientes com diferentes indicações de técnicas de abdominoplastia. A boa indicação da técnica cirúrgica para cada caso é crucial no tratamento das deformidades abdominais após grandes emagrecimentos ou devido à presença de cicatrizes medianas por cirurgias prévias.

As abdominoplastias circunferenciais em bloco RP proporcionam aos pacientes ex-obesos um tratamento eficiente de diferentes locais do corpo e com cicatrizes aceitáveis devido à melhora significativa do contorno corporal. Sendo assim, as variantes das técnicas de abdominoplastia citadas têm o objetivo de restaurar o contorno corporal de alguns tipos específicos de pacientes, encurtar o tempo cirúrgico, diminuir morbidade, obter cicatrizes menores e, conseqüentemente, melhorar os resultados estéticos.

REFERÊNCIAS

1. Neligan PC, Warren RJ. Cirurgia plástica: Estética. 3ª ed. Rio de Janeiro: Elsevier; 2015.
2. Pontes R. Abdominoplastia: Ressecção em bloco e sua aplicação em Lifting de coxa e torsoplastia. 1ª ed. Rio de Janeiro: Revinter; 2004.
3. 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. DOI: <http://dx.doi.org/10.1590/S1983-51752011000400024>
4. Reno BA, Mizukami A, Calaes IL, Staut JG, Claro BM, Baroudi R, et al. Neo-onfaloplastia no decurso das abdominoplastias em âncora em pacientes pós-cirurgia bariátrica. Rev Bras Cir Plást. 2013;28(1):114-8 DOI: <http://dx.doi.org/10.1590/S1983-51752013000100019>
5. Tardelli HC, Vilela DB, Schwartzmann GLES, Azevedo M, Mello Júnior AM, Farina Júnior JA. Padronização cirúrgica das abdominoplastias em âncora pós-gastroplastia. Rev Bras Cir Plást. 2011;26(2):266-74. DOI: <http://dx.doi.org/10.1590/S1983-51752011000200013>
6. Rocha RI, Gemperli R, Modolin MLA, Cintra Junior W, Ferreira MCPVMC. Cirurgias plásticas para readequação de contorno corporal de pacientes submetidos a cirurgia bariátrica durante a adolescência. Rev Bras Cir Plást. 2012;27(4):588-93. DOI: <http://dx.doi.org/10.1590/S1983-51752012000400020>
7. Tuma Jr P, Batista BPSN, Milan LS, Faria GEL, Milcheski DA, Ferreira MC. Abdominoplastia vertical para tratamento do excesso de pele abdominal após perdas ponderais maciças. Rev Bras Cir Plást. 2012;27(3):445-9. DOI: <http://dx.doi.org/10.1590/S1983-51752012000300020>
8. Staalesen T, Olsén MF, Elander A. Complications of abdominoplasty after weight loss as a result of bariatric surgery or dieting/postpregnancy. J Plast Surg Hand Surg. 2012;46(6):416-20. PMID: 23088637 DOI: <http://dx.doi.org/10.3109/2000656X.2012.717898>
9. Karthikesalingam A, Kitcat M, Malata CM. Abdominoplasty in patients with and without pre-existing scars: a retrospective comparison. J Plast Reconstr Aesthet Surg. 2011;64(3):369-74. PMID: 20663730 DOI: <http://dx.doi.org/10.1016/j.bjps.2010.05.025>
10. Zuelzer HB, Ratliff CR, Drake DB. Complications of abdominal contouring surgery in obese patients: current status. Ann Plast Surg. 2010;64(5):598-604. PMID: 20354426 DOI: <http://dx.doi.org/10.1097/SAP.0b013e3181cf9f9e>
11. André F'S. Abdominoplastia e lifting do púbis. Rev Bras Cir Plást. 2009;24(3):35-50.
12. Cavalcante HA. Abdominoplastia após perda de peso maciça: abordagens, técnicas e complicações. Rev Bras Cir Plást. 2010;25(1):92-9.

*Endereço Autor:

Carolina Takahashi Rodrigues Pinto

Avenida Sete de Setembro, nº 301, 5º Andar - Bairro Santa Rosa - Niterói, RJ, Brasil
CEP 24230-252

E-mail: carolina_takahashi@hotmail.com