

Tratamento da deformidade abdominal de Nahas tipo II através do sulco inframamário associado à fixação do retalho através da rede de Auesrvald

Treatment of Abdominal Deformity Nahas Type II Through the Inframammary Incision Associated with the Flap Fixation Through the Auesrvald Net



**PAULO EDUARDO MACEDO
CARUSO** ^{1*}

MIGUEL ENRIQUE RIVERA GOMEZ ¹
 JOSÉ HENRIQUE GUIMARÃES FLORIANI ¹
 MARCELO LOPES DIAS KOLLING ¹
 ADRIANA ELNECAVE HERSCOVITZ ²
 MARCOS RICARDO DE OLIVEIRA JAEGER ¹

DOI: 10.5935/2177-1235.2019RBCP0036

INTRODUÇÃO

A diástase dos músculos retos abdominais é motivo de grande queixa nos consultórios de cirurgia plástica, uma vez que produz abaulamento característico na região epigástrica, sobretudo com o aumento da pressão intra-abdominal. Usualmente, o tratamento consiste de abordagem pela região inferior do abdome, por meio de uma incisão que em muito se assemelha à incisão de Pfannenstiel, mas se estende em direção às cristas ilíacas. Em muitos casos de abdome com flacidez menor (tipos I e II de Nahas)¹, a abordagem infraumbilical pode mesmo tornar-se desnecessária.

OBJETIVO

Demonstrar a utilização da rede hemostática de Auesrvald[®] como forma de fixação do retalho cutâneo utilizado na abordagem reversa para a correção da diástase supraumbilical dos músculos retos abdominais.

MÉTODO

Relato do caso

ANF, 34 anos, sem comorbidades, 1,63 m, 55 kg, IMC 20,7, duas gestações prévias por via baixa, com queixa de abaulamento

RESUMO

Introdução: A diástase dos músculos retos abdominais é motivo de grande queixa. Em abdomes com flacidez menor, a abordagem infraumbilical pode mesmo tornar-se desnecessária. Demonstramos a utilização da rede hemostática de Auesrvald para fixação do retalho cutâneo na abordagem reversa para a correção da diástase dos retos abdominais. **Caso:** ANF, 34 anos, sem comorbidades, IMC 20,7, duas gestações prévias, com queixa de abaulamento da região supraumbilical e ptose das mamas. A cirurgia proposta foi a mastopexia com colocação dos implantes no plano submuscular parcial, associada à correção da diástase dos músculos retos abdominais por abordagem reversa. Realizamos sutura contínua com fio Mononylon 3-0 transdérmico em toda a extensão descolada do retalho. A sutura transfixante foi removida 48 horas após o procedimento. **Discussão:** Propusemos uma variação da abordagem reversa e utilização da sutura de fixação transcutânea que permitiu a fixação do retalho cutâneo à região da correção da diástase dos músculos retos.

Descritores: Abdominoplastia; Mamoplastia; Seroma; Hematoma; Implante mamário; Parede abdominal.

ABSTRACT

Introduction: Diastasis of the rectus muscles is a major complaint. In abdomens with smaller flaccidity the infraumbilical approach may even become unnecessary. We demonstrate the use of the hemostatic net of Auesrvald for fixation cutaneous flap in the reverse approach for the correction of diastasis of the rectus muscles. **Case:** ANF, 34 years old, without comorbidities, BMI 20.7, two pregnancies, complaining of bulging of the supraumbilical region and ptosis of the breasts. The proposed surgery was mastopexy with placement of the implants in the partial submuscular plane, associated with diastasis correction by reverse approach. We perform continuous suture with 3-0 transdermal Mononylon thread throughout the detachable flap extension. The transfixing suture was removed 48 hours after the procedure. **Discussion:** We proposed a variation of the reverse approach and use of the transcutaneous fixation suture that allowed the fixation of the cutaneous flap to the region where the diastasis of the rectus muscles was corrected.

Keywords: Abdominoplasty; Breast implants; Seroma; Hematoma; Rectus abdominis.

¹ Pontifícia Universidade Católica do Rio Grande do Sul, Porto Alegre, RS, Brasil.

² Instituto Novoplastia de Cirurgia Plástica, Porto Alegre, RS, Brasil.

da região supraumbilical, sobretudo no período pós-prandial. A paciente também queixava-se de ptose das mamas – havia sido submetida à colocação, há 8 anos, de implantes mamários de 320 cc no plano subglandular. Ao exame físico notava-se a diástase dos músculos retos abdominais na região supraumbilical durante a flexão do tronco, mas sem excesso dermo adiposo na região infraumbilical. Apresentava também pequena hérnia umbilical que foi confirmada à ultrassonografia. Nas mamas, apresentava ptose mamária grau III de Regnault², com implantes muito superficiais, facilmente palpáveis, esboçando o *rippling* no contorno superior e medial das mamas. A cirurgia proposta foi a mastopexia com colocação dos implantes no plano submuscular parcial (*dual-plane*)⁴, associada à correção da diástase dos músculos retos abdominais por abordagem reversa através dos sulcos inframamários, sem a continuidade da incisão na linha média. O retalho cutâneo foi descolado em direção ao umbigo, onde o orifício herniário de 0,5 cm foi reparado com o auxílio de pequena incisão semilunar na parte superior da cicatriz umbilical. A seguir foi corrigido o defeito de 6 cm da diástase dos músculos retos abdominais com sutura contínua de fio Prolene 2-0, o que produziu certo abaulamento da pele sobre a região, exigindo descolamento adicional do retalho cutâneo em direção às laterais do abdome. O retalho foi a seguir tracionado superiormente com a paciente posicionada em 45 graus de flexão do tronco, de forma que aproximadamente 10 cm de pele do retalho cutâneo superior foram retirados. A fim de promover a fixação do retalho cutâneo ao plano muscular, realizamos uma sutura contínua com fio Mononylon 3-0 transdérmico em toda a extensão descolada do retalho.

RESULTADOS

A mamoplastia consistiu da na troca das próteses antigas por outras de 240 cc texturizadas, em plano duplo submuscular e subglandular (*dual-plane*) (Figura 1). A sutura transfixante foi removida 48 horas após o procedimento (Figura 2). No pós-operatório não houve formação de seroma. Não foi observada recidiva da diástase dos retos abdominais até os 8 meses de acompanhamento (Figura 3). A paciente demonstrou-se satisfeita com o procedimento realizado, sobretudo pela ausência de cicatriz suprapúbica.



Figura 1. Transoperatório. Aspecto da rede hemostática.

DISCUSSÃO

A abordagem do defeito combinado das mamas e do abdome em consequência das gestações prévias deve ser individualizada. A ausência de excesso dermo adiposo na região abdominal inferior inibe a indicação de abordagem da diástase dos músculos retos acima do umbigo pela via tradicional da abdominoplastia⁷. Por outro lado, a abordagem reversa pode deixar em consequência cicatriz na linha esternal, que



Figura 2. 48 h de pós-operatório. Retirada precoce dos pontos transfixantes.



Figura 3. Pós-operatório de 8 meses. Resultado satisfatório tardio.

pode conferir certo descontentamento estético nos pacientes, sobretudo com graus menores de defeito musculoaponeurótico abdominal. A paciente não desejava cicatriz na região esternal, tampouco a cicatriz na região inferior do abdome. Propusemos então uma variação da abordagem reversa, por meio de dupla incisão pelos sulcos inframamários, sem a continuidade pré-esternal da incisão. Essa mesma incisão seria utilizada para correção da ptose mamária.

CONCLUSÃO

A utilização da sutura de fixação transcutânea – rede hemostática de Auersvaldt – permitiu-nos a fixação do retalho cutâneo à região da correção da diástase dos músculos retos, possivelmente também diminuindo a probabilidade de formação de fluidos – seroma – naquela área^{5,6}. Esse tipo de fixação, entretanto, não deve permanecer em tempo maior que 48 h, sob o risco de deixar marcas perceptíveis ao nível da pele.

REFERÊNCIAS

1. Nahas FX. An aesthetic classification of the abdomen based on the myoaponeurotic layer. *Plast Reconstr Surg*. 2001; 108:1787-95. doi:10.1097/00006534-200111000-00058. DOI: <https://doi.org/10.1097/00006534-200111000-00058>
2. Regnault P. Breast ptosis. Definition and treatment. *Clin Plast Surg*. 1976; 3(2):193-203.
3. Auersvald A, Auersvald LA, Biondo-Simões MLP. Hemostatic net: an alternative for the prevention of hematoma in rhytidoplasty. *Rev*

- Bras Cir Plást. 2012; 27:22-30. DOI: <https://doi.org/10.1590/S1983-51752012000100006>
4. Tebbetts, JB. plane breast augmentation: Optimizing implant-soft-tissue relationships in a wide range of breast types. *Plast Reconstr; 2001. Dual Surg*1071255
 5. Baroudi R, Ferreira CA. Seroma: how to avoid it and how to treat it. *Aesthet Surg J.* 1998; 18(6):439-41. DOI: [https://doi.org/10.1016/S1090-820X\(98\)70073-1](https://doi.org/10.1016/S1090-820X(98)70073-1)
 6. Nahas FX, Ferreira LM, Ghelfond C. Does quilting suture prevent seroma in abdominoplasty? *Plast Reconstr Surg.* 2007; 119(3):1060-6
 7. Nahas FX, Ferreira LM. Concepts on correction of the musculoaponeurotic layer in abdominoplasty. *Clin Plast Surg.* 2010; 37(3):527-38. DOI: <https://doi.org/10.1016/j.cps.2010.03.001>

Endereço Autor:*Paulo Eduardo Macedo Caruso**

Av. Ipiranga, nº 6681 - Partenon, Porto Alegre, RS, Brasil

CEP 90619-900

E-mail: pauloemcaruso@gmail.com