

Lipoabdominoplastia HD: marcação e técnica

HD Lipoabdominoplasty: Marking and Technique



CAIO PUNDEK GARCIA ^{1*}

CARLO MOGNON MATTIELLO ¹
 NATALIA BIANCHA RENDON ¹
 FERNANDO ZANOL ¹
 ZULMAR ANTONIO ACCIOLI DE
 VASCONCELLOS ^{1,2}
 JORGE BINS ELY ¹

DOI: 10.5935/2177-1235.2019RBCP0071

INTRODUÇÃO

A cirurgia de contorno corporal está entre os procedimentos cirúrgico mais solicitados em cirurgia estética. Desde o início da cirurgia do contorno corporal, avanços significativos na técnica têm sido descritos por diversos autores em todo o mundo, cada geração trazendo suas alterações culturais e evoluções científicas¹.

A abdominoplastia é um procedimento comumente solicitado por muitas razões, incluindo as preocupações de uma população mais velha determinada a manter um físico jovem, mulheres com a intenção de restaurar sua aparência pré-gestacional, o aumento de pacientes com perda de peso massiva que procuram remover os estigmas do excesso de pele residual da perda de peso (pós-bariátrica)².

A ideia geral é melhorar o contorno da parede abdominal por meio da plicatura da fásia do reto abdominal e remoção do excesso de pele e gordura da região. Tudo isso é conseguido usando uma incisão suprapúbica baixa que pode ser escondida sob a linha do biquíni ou roupa íntima. Refinamentos desse conceito nos últimos anos são as bases da inovação na abdominoplastia³.

A introdução da lipoplastia no arsenal cirúrgico por Illouz trouxe muitas mudanças nos procedimentos de abdominoplastia. Grande progresso na abordagem cirúrgica da região abdominal foi feito. Osvaldo Saldanha popularizou a lipoaspiração irrestrita do abdome em abdominoplastia, com limitadas dissecações supraumbilicais e preservação da fásia

RESUMO

Introdução: A abdominoplastia é um procedimento comumente solicitado por muitas razões, incluindo as preocupações de uma população mais velha determinada a manter um físico jovem. A introdução da lipoplastia no arsenal cirúrgico por Illouz trouxe muitas mudanças nos procedimentos de abdominoplastia. **Método:** Apresentamos marcação e técnica cirúrgica de lipoabdominoplastia HD. **Resultados:** Entre dezembro de 2018 e fevereiro de 2019 foram realizadas nove cirurgias de lipoabdominoplastia HD. **Conclusões:** A tendência atual é combinar abdominoplastia e lipoaspiração para melhorar a reprodutibilidade e produzir resultados esteticamente agradáveis.

Descritores: Lipectomia; Abdominoplastia.

ABSTRACT

Introduction: Abdominoplasty is a commonly requested procedure for many reasons, including the concerns of an older population determined to maintain a young physique. The introduction of lipoplasty into the surgical arsenal by Illouz has brought many changes in abdominoplasty procedures. **Method:** We present marking and surgical technique of HD lipoabdominoplasty. **Results:** Between December 2018 and February 2019, nine HD lipoabdominoplasty surgeries were performed. **Conclusion:** The current trend is to combine abdominoplasty and liposuction to improve reproducibility and produce aesthetically pleasing results.

Keywords: Lipectomy; Abdominoplasty.

de Scarpa. Nas técnicas de lipoaspiração, Henry Mentz e Alfredo Hoyos descreveram a remoção seletiva de gordura para recriar a aparência de um aspecto muscular e chamaram suas técnicas, condicionamento físico e lipoescultura de alta definição^{1,4-6}.

OBJETIVO

Apresentar nova abordagem para abdominoplastia apresentando marcação e técnica.

MÉTODO

Marcação

A marcação é realizada em posição ortostática, pois ao decúbito encontramos alteração das estruturas anatômicas. Pedimos para o paciente contrair o abdome, facilitando a marcação de estruturas abdominais e avaliação de possíveis hérnias ou diástase do reto abdominal.

As estruturas anatômicas que devem ser ressaltadas na marcação para posterior lipoaspiração são a linha alba (linha média) e as linhas semilunares. Nas linhas semilunares devemos marcar o ponto de encontro com o gradil costal, onde iremos lipoaspirar mais superficialmente na tentativa de criar depressão gordurosa local.

A região de flancos é local de lipoaspiração. Os autores utilizam uma marcação topográfica na tentativa de apresentar os locais de maior projeção e presença de tecido subcutâneo. As linhas topográficas reforçam os locais de maior necessidade de lipoaspiração no paciente em decúbito. Outras regiões corpóreas

¹ Hospital Universitário, Universidade Federal de Santa Catarina, Florianópolis, SC, Brasil.

² Sociedade Brasileira de Cirurgia Plástica, Santa Catarina, SC, Brasil.

que necessitam de lipoaspiração são marcadas da mesma maneira de acordo com o planejamento cirúrgico (Figura 1).

Para a abdominoplastia colocamos a linha de incisão entre 5-7 cm do introito vaginal. Nesse ponto, na linha média marcamos uma horizontal de 10-14 cm, utilizando a dobra cutânea inguinal como parâmetro de simetria. O tamanho da extensão da incisão deve ser, pelo menos, até o limite da dobra lateral do avental dermolipeico. Realizar a marcação com a paciente sentada ajuda a mostrar o local correto da dobra lateral. Não limitar a extensão da incisão lateral; assimetrias de cicatrizes são encontradas pela necessidade de estender a incisão no transoperatório. Cuidado deve existir para que a incisão passe abaixo da crista ilíaca anterossuperior, na tentativa de esconder a cicatriz dentro da roupa íntima/biquíni.

Devemos marcar a provável região do novo umbigo no retalho cutâneo abdominal, mesmo alterando posteriormente sua posição no transoperatório. Lembrar que a marcação da lipoaspiração em linha média deve ser somente acima da posição do novo umbigo (Figura 2).

Técnica cirúrgica

Iniciamos o procedimento pela lipoaspiração. Utilizamos solução de soro fisiológico com adrenalina (1:500.000), na proporção de 1 a 1,5 para 1 de lipoaspirado. Importante iniciar a lipoaspiração em plano gorduroso profundo para posteriormente avançar em plano superficial. Os autores utilizam tecnologia associada a lipoaspiração, com aspirador (miniturbo Coelho) e por vezes com auxílio de equipamento de vibração (Vibrofit Faga). As cânulas utilizadas são de 3.0 ou 3.5 com cinco furos de padrão Mercedes.

Utilizamos cinco pontos de incisão para introdução das cânulas: dois pontos no retalho dermogorduroso abdominal que retiraremos em momento futuro cirúrgico, um ponto em região umbilical e dois pontos em região de sulco mamário.

Realizamos lipoaspiração profunda em região lateral/flancos com maior agressividade e em região abdominal superior com parcimônia, ato que facilita a posterior confecção

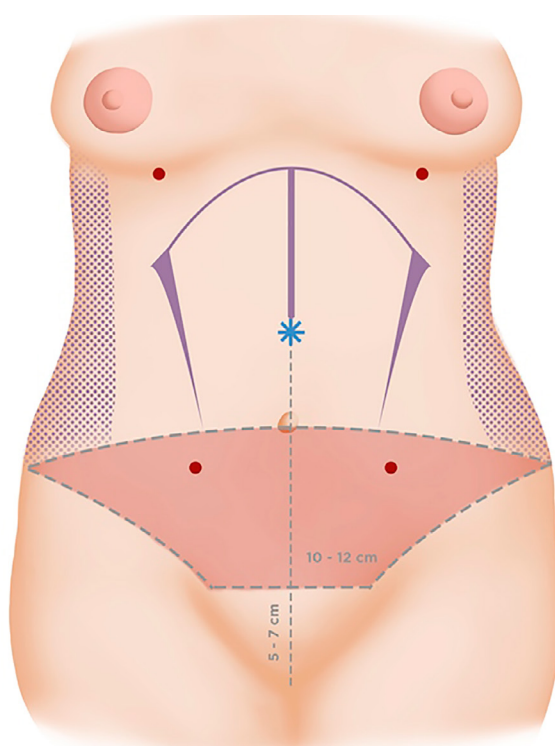


Figura 1. Marcação pré-operatória.

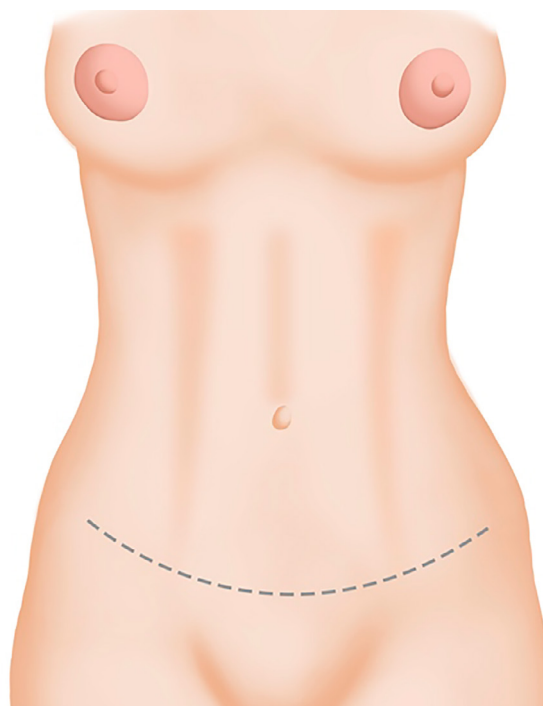


Figura 2. Resultado pós-operatório.

do túnel em região de abdome superior com cautério elétrico por dissecação prévia pelas cânulas.

Realizamos lipoaspiração em região das linhas semilunares tanto em região profunda como superficial, na tentativa de marcação da mesma por visão direta, criando um resultado mais atlético para a paciente. O ponto predefinido do encontro das semilunares com as costelas flutuantes é local de reforço da lipoaspiração na tentativa de criar depressão local e conseqüente sombra na presença de luz. A linha média deve ser lipoaspirada em plano superficial, criando o desenho da linha alba. Somente devemos lipoaspirar e criar essa depressão da linha média acima do local onde consideramos futuro local do umbigo.

Iniciamos a abdominoplastia ao término da lipoaspiração. Realizamos uma abdominoplastia clássica com ressecção do coto umbilical para posterior neo-onfaloplastia. Confeccionamos túnel dermocutâneo em abdome superior estreito (máximo de 7 cm diâmetro) na tentativa de preservar o angiossomo que vasculariza o retalho cutâneo abdominal. Caso encontremos diástase dos retos abdominais, plicatura dos mesmos é realizada com náilon 0 duplo laçado. Realizam-se pontos de Baroudi com vicryl 3.0 em linha média e em região de linhas semilunares; além de diminuir o espaço morto, conseguimos fazer um reforço nas marcações visuais pegando profundo na fáscia de Scarpa do retalho.

A escolha dos autores é realizar neo-onfaloplastia como rotina. A técnica de escolha é em X, com braços de 1 cm. A fixação dos retalhos é feita com náilon 2.0, o retalho superior e lateral direito é fixado na aponeurose do reto abdominal em posição superior. O retalho inferior e lateral esquerdo é fixado na aponeurose do reto abdominal e posição inferior.

A posição do neumbigo é avaliada diante da anatomia de cada paciente. A região de escolha é entre as linhas de divisão de $\frac{1}{2}$ e $\frac{1}{3}$ do abdome. Para pacientes jovens, com porte atlético, consideramos um umbigo em posição mais alta. Nunca colocamos o umbigo a menos de 7 cm da borda inferior do retalho (Figura 3).

Utilizamos dreno portovac 3.2 com retirada quando a drenagem foi inferior a 50 mL/24 h.



Figura 3. Pós-operatório de neo-onfaloplastia.

RESULTADOS

Entre dezembro de 2018 e fevereiro de 2019 foram realizadas nove cirurgias de lipoabdominoplastia HD pelos autores do estudo. Todas as pacientes eram femininas com média de idade de 37 anos (21 a 51).

As pacientes realizaram acompanhamento pós-operatório semanal com a equipe médica, sendo orientadas a iniciar a drenagem linfática no 2º dia de pós-operatório. O uso da malha e meia compressiva foi de 1 mês no mínimo.

Entre as complicações encontradas tivemos: seroma em x paciente, perda da fixação na aponeurose do neo-onfalo em um paciente.

Apresentamos as fotos dos resultados nas Figuras 4 a 6.

DISCUSSÃO

O refinamento das técnicas cirúrgicas em busca de melhores e mais naturais resultados é uma tendência da cirurgia plástica. Numerosos estudos publicados contribuíram para uma compreensão mais completa da anatomia vascular de toda a unidade abdominal, fornecendo diretrizes críticas para técnicas mais avançadas^{7,8}.



Figura 4. Paciente feminina 35 anos, 1 mês pós-operatório.



Figura 5. Paciente feminina 48 anos, 1 mês de pós-operatório. Mastopexia associada.



Figura 6. Paciente feminina 21 anos, 1 mês de pós-operatório.

Na lipoaspiração, técnica relativamente recente, a busca por procedimentos cada vez mais seguros e esteticamente mais agradáveis não é diferente. As publicações mais recentes e eventos científicos de cirurgia plástica vêm destacando a lipoaspiração de alta definição, ou lipo HD⁹.

Mentz, em 1993, foi o primeiro a relatar o uso de técnicas convencionais de lipoaspiração para melhor contorno abdominal em pacientes do sexo masculino, com lipoaspiração superficial das linhas alba, semilunar e interseções tendíneas transversais, conferindo aspecto mais natural pela valorização do contorno da musculatura abdominal¹⁰.

As taxas de satisfação do paciente para o procedimento de lipoabdominoplastia combinada mostraram-se melhores quando comparadas à abdominoplastia tradicional sozinha. Em uma análise retrospectiva de 114 pacientes de pacientes submetidos a procedimentos de contorno abdominal, foram encontradas menores taxas de complicações em pacientes submetidos à lipoabdominoplastia em comparação com a abdominoplastia tradicional. No entanto, modificações cuidadosas na técnica devem ser seguidas para preservar com segurança o suprimento vascular dos retalhos cutâneos. Além disso, a lipoaspiração geralmente é realizada profundamente na fáscia de Scarpa, exceto no abdome inferior na área de *pannus* a ser extirpada. Os túneis profundos de lipoaspiração criam um plano deslizante para a aba da parede abdominal, interrompendo os ligamentos de retenção da pele, mas poupando grandes vasos perfurantes essenciais, necessários para a circulação³.

Um estudo comparando lipoaspiração, lipoabdominoplastia e abdominoplastia encontrou alta satisfação do paciente em todos os três procedimentos; os

pacientes com lipoabdominoplastia tinham um nível semelhante de desconforto em comparação com a abdominoplastia sozinha, ao mesmo tempo que tinham o nível mais alto de satisfação. Dois estudos usando imagens de fluorescência de laser não encontraram diferença na perfusão do retalho abdominal entre a abdominoplastia padrão e a técnica de dissecação limitada¹¹.

Não foram encontradas diferenças estatisticamente significativas nas taxas de complicações quando se comparou a abdominoplastia com lipoaspiração com equipamento de sucção assistida à abdominoplastia isolada. Além disso, a quantidade e localização da lipoplastia, idade, IMC e tempo de cirurgia não afetaram significativamente a morbidade do paciente¹².

Kim e Stevenson examinaram o efeito da lipoaspiração na incidência de seroma após abdominoplastia e verificaram que não havia uma taxa mais alta de seroma quando a lipossucção foi adicionada à abdominoplastia¹³.

A incidência de complicações do nosso estudo é coerente com a literatura vigente.

CONCLUSÃO

Apresentamos a descrição da marcação e técnica de lipoabdominoplastia HD. A tendência atual é combinar abdominoplastia e lipoaspiração para melhorar a reprodutibilidade e produzir resultados esteticamente agradáveis. Além disso, há evidências aceitáveis da segurança da combinação desses procedimentos.

REFERÊNCIAS

- Danilla S. Rectus Abdominis Fat Transfer (RAFT) in Lipoabdominoplasty: A New Technique to Achieve Fitness Body Contour in Patients that Require Tummy Tuck. *Aesthet Plast Surg*. 2017; 41(6):1389-99. DOI: <https://doi.org/10.1007/s00266-017-0909-9>
- Matarasso A, Matarasso DM, Matarasso EJ. Abdominoplasty: classic principles and technique. *Clin Plast Surg*. 2014; 41(4):655-72. DOI: <https://doi.org/10.1016/j.cps.2014.07.005>
- Hurvitz KA, Olaya WA, Nguyen A, Wells JH. Evidence-based medicine: Abdominoplasty. *Plast Reconstr Surg*. 2014; 133(5):1214-21.
- Saldanha OR, Pinto EB, Matos WN Jr, Lucon RL, Magalhães F, Bello EM. Lipoabdominoplasty without undermining. *Aesthet Surg J*. 2001; 21(6):518-26. PMID: 19331937 DOI: <https://doi.org/10.1067/maj.2001.121243>
- Hoyos A, Perez ME, Guarin DE, Montenegro A. A Report of 736 High-Definition Lipoabdominoplasties Performed in Conjunction with Circumferential VASER Liposuction. *Plast Reconstr Surg*. 2018; 142(3):662-75. DOI: <https://doi.org/10.1097/PRS.00000000000004705>
- Trussler AP, Kurkjian TJ, Hatf DA, Farkas JP, Rohrich RJ. Refinements in abdominoplasty: a critical outcomes analysis over a 20-year period. *Plast Reconstr Surg*. 2010; 126(3):1063-74. DOI: <https://doi.org/10.1097/PRS.0b013e3181e60537>
- Patronella CK. Redefining abdominal anatomy: 10 key elements for restoring form in abdominoplasty. *Aesthet Surg J*. 2015; 35(8):972-86. DOI: <https://doi.org/10.1093/asj/sjv112>
- Trussler AP, Kurkjian TJ, Hatf DA, Farkas JP, Rohrich RJ. Refinements in abdominoplasty: a critical outcomes analysis over a 20-year period. *Plast Reconstr Surg*. 2010; 126(3):1063-74. DOI: <https://doi.org/10.1097/PRS.0b013e3181e60537>
- Illouz YG. *Body Sculpturing by Lipoplasty*. New York: Churchill-Livingstone; 1989.
- Mentz H, Gilliland M, Patronella C. Abdominal Etching: Differential Liposuction to Detail Abdominal Musculature. *Aesthet Plast Surg*. 1993; 17(4):287-90. DOI: <https://doi.org/10.1007/BF00437100>
- Gutowski KA. Evidence-Based Medicine: Abdominoplasty. *Plast Reconstr Surg*. 2018; 141(2):286e-99e.
- Stevens WG, Cohen R, Vath SD, Stoker DA, Hirsch EM. Does lipoplasty really add morbidity to abdominoplasty? Revisiting the controversy with a series of 406 cases. *Aesthet Surg J*. 2005; 25(4):353-8. DOI: <https://doi.org/10.1016/j.asj.2005.05.003>
- Kim J, Stevenson TR. Abdominoplasty, liposuction of the flanks, and obesity: Analyzing risk factors for seroma formation. *Plast Reconstr Surg*. 2006; 117:773-9. DOI: <https://doi.org/10.1097/01.prs.0000200056.57357.3f>

*Endereço Autor:

Caio Pundek Garcia

Rua Professora Maria Flora Pausewang, s/nº, Trindade, Florianópolis, SC, Brasil
CEP 88036-800

E-mail: caio_pgarcia@hotmail.com