

TÉCNICA PARA UMBILICOPLASTIA, EVITANDO-SE UM DOS PRINCIPAIS ESTIGMAS DAS ABDOMINOPLASTIAS

Technique for umbilicoplastie avoiding one of the most important stigma of abdominoplasties

Evaldo A. D'Assumpção¹

RESUMO

O autor faz um pequeno histórico das abdominoplastias, chamando a atenção para o seu maior estigma que é a cicatriz umbilical pós-cirúrgica, quase sempre pouco natural e com cicatrizes de pontos que a tornam bastante inestética. Outro estigma é a aparência plana do abdome, acima do umbigo. Para evitar estes problemas, apresenta sua técnica para umbilicoplastias em cirurgia plástica abdominal, onde a associação da lipoaspiração com cânulas de duplo lúmen, menos traumáticas, para formar o sulco supra-umbilical e a forma especial de incisar e fixar o umbigo com pontos internos proporcionam excelente resultado estético que reproduz toda a naturalidade destas estruturas anatómicas.

Descritores: Umbigo, cirurgia. Abdome, cirurgia. Músculos abdominais.

INTRODUÇÃO

As primeiras abdominoplastias foram realizadas em 1880, na França, por Demars e Marx¹. Em 1899, Kelly publicou sua técnica nos Estados Unidos, despertando o interesse dos cirurgiões para este procedimento². No Brasil, sem dúvida, foi Callia³ o grande nome desta cirurgia, tendo publicado em 1957 a técnica que até hoje é comumente realizada pela maioria dos cirurgiões plásticos. O trabalho sobre abdominoplastias publicado por Pitanguy⁴ deu grande impulso a estas cirurgias. Contudo, elas sempre tiveram, na reposição umbilical, o seu grande problema, especialmente se analisarmos o formato estético ideal de um abdome. Praticamente todos os abdoes operados se revelavam pelo aspecto do novo umbigo, que se constituía no seu mais visível estigma. Baroudi⁵, em 1975, publica sua conduta nas umbilicoplastias e Avelar⁶, em 1976, apresenta sua técnica, que

SUMMARY

The author makes a brief historical report of abdominoplasties, pointing its worst stigma: the unnatural umbilical scar with stitches marks and the flat abdomen over the umbilicus. To avoid these problems he presents his technique for umbilicoplasties where the association of liposuction with double lumen canula, with less trauma, and a proper way to cut and fixate the umbilicus with no external suture, gives better and more natural results.

Descriptors: Umbilicus, surgery. Abdomen, surgery. Abdominal muscles.

passou a ser amplamente adotada. Em nossa avaliação, porém, ainda não se obtinha um umbigo com a forma ideal.

Contudo, nem sempre este estigma é decorrente da técnica utilizada. Algumas complicações contribuem significativamente para o mal resultado (Figuras 1 e 2). Complicações em abdominoplastia já foi motivo de outra publicação nossa⁷. As mais freqüentes relacionadas ao umbigo são:

- a) Apagamento pós-necrose;
- b) Estreitamento por retração circular;
- c) Alargamento da circunferência;
- d) Falta de contornos anatómicos, especialmente no andar superior do abdome;
- e) Aspecto raiado em decorrência das marcas de sutura externa;
- f) Posicionamento lateralizado.

Diante disso, desenvolvemos uma nova maneira de reposicionar o umbigo, que apresentamos a seguir.

1. Titular Sênior da Sociedade Brasileira de Cirurgia Plástica, Membro da Academia Mineira de Medicina.

Correspondência para: Evaldo A. D'Assumpção
Rua Marquês de Marica, 284, Bairro Santo Antônio, Belo Horizonte, MG, Brasil – CEP: 30350-070 – Tel: 0xx31 3296-7420
E-mail: cirplast.evaldo@terra.com.br

MÉTODO

Descrição da técnica

A abdominoplastia é realizada dentro dos princípios clássicos, sendo que damos preferência à incisão do tipo Pfannestiel alargada. Se há indicação de lipoaspiração de flancos e ou do retalho abdominal, esta é feita antes da incisão, usando como via de acesso o espaço dentro da elipse de pele e tecido adiposo que deverá ser retirada. Neste momento, é feito o primeiro tempo da umbilicoplastia: a lipoaspiração de uma linha médio-vertical, na porção superior, começando entre 6 a 7cm acima da cicatriz umbilical, ainda em sua posição original (Figura 3). Seu objetivo é proporcionar um sulco vertical acima do novo umbigo, que mimetiza os abdomes bem delineados anatomicamente (Figura 4). Cuidar para não se fazer o mesmo na porção que ficará abaixo dele, a qual deverá ser plana.

Se o panículo adiposo do abdome for muito espesso, fazemos uma lipoaspiração cuidadosa em toda a sua extensão. E o fazemos porque utilizamos a nossa cânula de duplo-lumen que produz uma aspiração com baixa pressão e, portanto, muito pouco traumática (Figuras 5 e 6), não comprometendo a circulação do futuro retalho abdominal^{8,9}.

O descolamento do retalho é realizado com bisturi, enquanto o auxiliar faz uma eletrohemostasia criteriosa. Isso dispensa a utilização de drenos de qualquer tipo. Com o retalho descolado e feita a retirada do excesso de tecido cutâneo - adiposo, sua borda inferior é fixada ao púbis com um ponto provisório de Nylon 3-0, para que se faça a localização correta da projeção do umbigo neste retalho (Figura 7). Cerca de 1 a 2 cm acima deste ponto, marca-se o seu novo local, reproduzindo no retalho a mesma forma da incisão umbilical, que é feita em forma de escudo, tendo a

Figura 1 - Exemplo de mau resultado em abdominoplastia, especialmente com relação ao novo umbigo. A ilha cutânea periumbilical está demasiadamente larga. Trata-se de um antigo caso nosso, quando esta era a técnica geralmente usada.



Figura 2 - Cicatriz umbilical raiada em consequência de pontos externos que deixaram as suas marcas. Ausência de formato anatômico harmonioso na parte superior do abdome.



Figura 3 - A lipoaspiração sendo realizada na linha média, acima do umbigo.



Figura 4 - O sulco obtido, que irá proporcionar resultado bem mais harmônico.



Figura 5 – Comparação entre a cânula convencional de lipoaspiração, onde a formação de um contra-vácuo, em sua extremidade distal, exige uma pressão negativa cada vez maior, produzindo maior trauma pela forte tração de tecidos e a cânula de duplo-lúmen, onde a entrada de ar por um tubo bem fino, na parte superior da cânula, anula o contra-vácuo, reduzindo o trauma e aumentando sua velocidade de aspiração.



sua parte superior em linha reta e a parte inferior em forma de U. Com isso evita-se uma forma totalmente circular, muito propensa a retrações e conseqüente fechamento do umbigo. A abertura no retalho terá tamanho 1/3 menor, para compensar o seu natural alargamento posterior. Com isso procura-se evitar um umbigo muito aberto.

A marcação no retalho, um pouco acima da projeção, é feita porque, durante a sua ancoragem na aponeurose abdominal, ele tende a descer um pouco mais do que se espera. A incisão sobre o desenho é feita com lâmina 11, tracionando-se em seguida a peça que deverá sair. Introduz-se uma tesoura oblíqua e centrifugamente ao desenho, formando-se um cone dermo-adiposo que será removido, no qual a base adiposa é bem mais ampla do que o tecido cutâneo. Isso irá permitir a formação de uma depressão no retalho, no centro da qual ficará o umbigo, com um

Figura 6 – O jogo de cânulas de duplo-lúmen que utilizamos.



Figura 7 – Retirado o excesso de tecido abdominal, a borda do retalho é fixada na altura do púbis, simulando sua posição final. Faz-se a projeção do umbigo no retalho com a ponta dos dedos colocados sobre ele e marca-se este local com uma agulha de injeção que deve sair exatamente sobre o umbigo.



Figura 8 – Um a dois centímetros acima da marca faz-se a incisão em forma de um "escudo". Tracionando-se este "escudo", com bisturi de lâmina 11 e depois com tesoura, um cone de tecido adiposo vai sendo formado para ser removido, criando-se o novo local do umbigo.



Figura 9 – Com o retalho levantado, completa-se a retirada do cone.



Figura 10 – O umbigo é ancorado na aponeurose, e faz-se a correção da diastase.



formato bastante natural (Figuras 8 e 9). A correção da diastase, em quase todos os casos, é realizada com pontos em X de Vicryl 1. Em casos de diastase exagerada, utilizamos num segundo plano uma sutura contínua da aponeurose, usando o mesmo fio.

Neste tempo, é feita a fixação do umbigo na aponeurose dos músculos retos abdominais, impedindo a ocorrência de uma futura hérnia (Figura 10).

O retalho abdominal é levantado, a hemostasia refeita e pontos de ancoragem do retalho à aponeurose abdominal, preconizados por Lockwood¹⁰ e Baroudi¹¹, são dados com Monocryl 3-0, tracionando-se ligeiramente o retalho para baixo. Com isso é feita a compensação do 1 ou 2 cm da incisão do retalho acima da implantação do umbigo como foi descrito (Figura 11 e 12).

Figura 11 – O retalho abdominal é tracionado para baixo e ancorado na aponeurose abdominal com pontos tipo Baroudi.

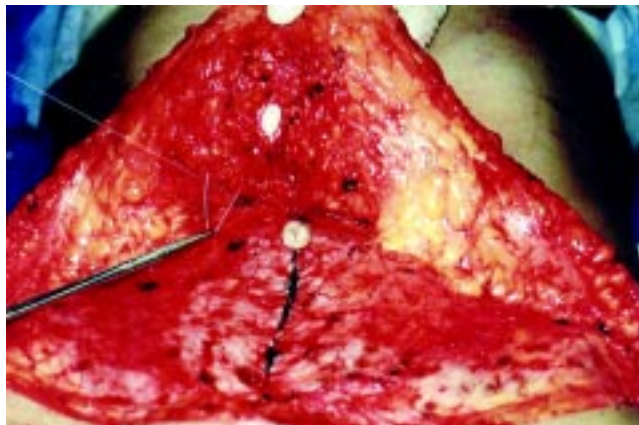


Figura 12 – Alguns pontos são dados acentuando o sulco vertical supra-umbilical.

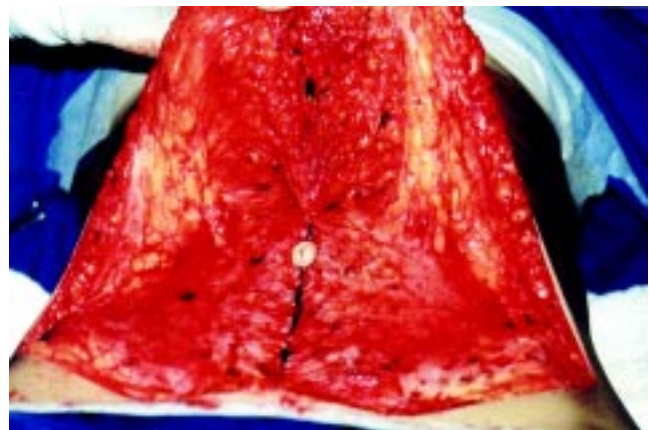


Figura 13 – O auxiliar coloca o orifício cutâneo do retalho junto ao umbigo já ancorado e são dados pontos de Vicryl 4-0 contornando-o e fixando-o ao retalho.



Figura 14 – Está concluída a fixação do umbigo ao retalho.

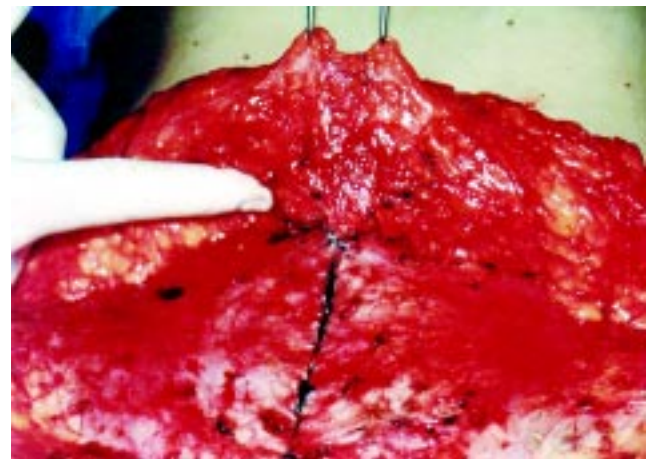


Figura 15 – Vista do umbigo já suturado ao retalho, sem qualquer ponto externo. Observa-se a fossa umbilical criada, assim como o sulco supra-umbilical esboçado.



Figura 16 – Fechamento da ferida cirúrgica com pontos na fáscia de Scarpa e subcutâneo.



Figura 17 – Cirurgia concluída com o fechamento da pele com cola de cianoacrilato.



O auxiliar faz a aproximação das bordas da incisão cutânea da nova localização umbilical e das bordas umbilicais; pontos de Vicryl 4-0 são dados pegando somente o derma dessas duas bordas e fixando-as na aponeurose dos músculos retos (Figura 13 e 14). Geralmente são dados 3 pontos na linha reta superior do escudo, formado pelo novo umbigo e 5 pontos na parte curva do escudo. Com isso obtém-se uma aproximação adequada das bordas cutâneas e o afundamento da pele do retalho abdominal, produzindo-se uma cavidade extremamente natural para a cicatriz umbilical. E também não deixará qualquer ponto externo que marcará a pele ou irá causar incômodo para sua retirada no pós-operatório (Figura 15).

A fixação do retalho à aponeurose é completada abaixo do umbigo e a sutura de suas bordas é feita em dois planos, fáscia de Scarpa e subderma com Monocryl 3-0, logrando-se um aproxinamento exato das bordas cutâneas, o qual será completado com cola de cianoacrilato (Figuras 16 e 17).

Uma pequena bola de gaze úmida é colocada dentro do umbigo para ajudar na manutenção de sua forma e será trocada durante um mês, tempo de utilização da cinta-curativo pós-operatória. Esta gaze pode ser substituída por uma bolinha de isopor a partir do sétimo dia, se não houver qualquer área cruenta nas bordas do umbigo.

RESULTADOS

Foram estudadas as 100 (cem) últimas pacientes submetidas a abdominoplastias com pós-operatório superior a 3 meses, nas quais a consistência de resultados está apresentada no Quadro 1. Nas Figuras de 18 a 26 estão alguns destes casos, podendo-se observar a qualidade do resultado obtido, não só quanto ao aspecto natural do umbigo, mas especialmente no contorno abdominal acima dele, onde o sulco vertical bem anatômico tira o estigma do abdome plano, comum nas abdominoplastias. Em dois casos tivemos uma contratura circular do novo umbigo que, com o uso de dilatadores e massagens melhoraram razoavelmente, não havendo queixas das pacientes. Contudo, para nós o resultado final ainda foi considerado insatisfatório.

Figura 18 – Paciente de 41 anos, vista de frente: abdome bastante protruso e adiposidade de flancos.

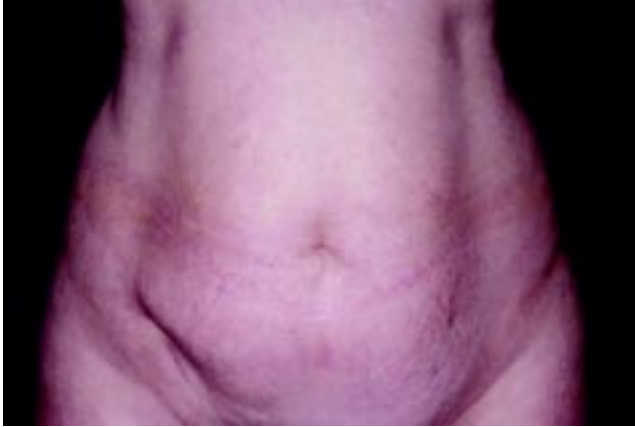


Figura 19 – Vista de perfil da mesma paciente.



Figura 20 – Vista de frente, um ano após a cirurgia, observando-se a ausência de um estigma umbilical.



Figura 21 – Vista de perfil, mostrando a correção da protrusão abdominal.



Figura 22 – Mesma paciente, observando-se em detalhe o seu umbigo que é bastante natural e sem cicatrizes aparentes.



Quadro 1 – Avaliação subjetiva do resultado em 100 (cem) pacientes submetidas a abdominoplastia utilizando-se a presente técnica.

Satisfação plena da paciente	89 casos	89%
Satisfação plena do cirurgião	85 casos	85%
Satisfação razoável da paciente	11 casos	11%
Satisfação razoável do cirurgião	13 casos	13%
Insatisfação da paciente	----	----
Insatisfação do cirurgião	2 casos	2%

Figura 23 – Paciente de 49 anos, vista de frente: abdome adiposo e protruso, apagamento de cintura.



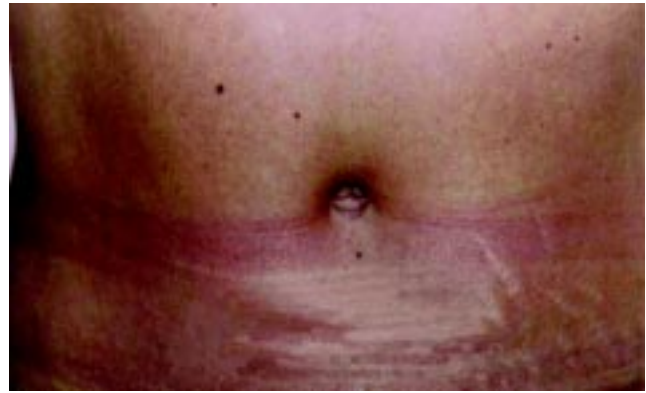
Figura 24 – Mesma paciente vista em meio perfil.



Figura 25 – Paciente em pós-operatório de três meses, vista em meio-perfil. Observa-se o umbigo e o seu sulco superior bastante naturais.



Figura 26 – Detalhe do umbigo que não apresenta cicatrizes e está bastante natural.



COMENTÁRIOSE CONCLUSÕES

Diversas são as técnicas utilizadas para umbilicoplastias, contudo, muitas delas deixam estigmas bastante significativos, criando um grande receio dos pacientes em submeterem-se à uma cirurgia plástica abdominal. Depois de ter percorrido diversas técnicas, acabamos por desenvolver este conjunto de detalhes cirúrgicos, os quais nos têm proporcionado ótimos resultados, especialmente no que diz respeito à avaliação dos pacientes que se sentem gratificados pela correção do seu perfil corporal inestético, sem, contudo, ficarem com o aspecto típico de um abdome operado.

REFERÊNCIASBIBLIOGRÁFICAS

1. Hakme F. Evolução histórica das abdominoplastias e contribuição pessoal. In: Anais do Simpósio Brasileiro de Abdominoplastias. São Paulo: Sociedade Brasileira de Cirurgia Plástica;1982. p.3-8.
2. Bozola AR, Bozola AC Abdominoplastias. In: Mélega JM,ed. Cirurgia plástica: fundamentos e arte. Cirurgia Estética. Rio de Janeiro:Medsi;2003. p. 609-28.
3. Callia W. Uma plástica para a cirurgia geral. Méd Hosp. (São Paulo) 1967;1:40-1.
4. Pitanguy I. Abdominoplastias. O Hospital. 1967; 71:1.541-56.
5. Baroudi R. Umbilicoplasty. Clin Plast Surg. 1975; 2:431-48.
6. Avelar JM. Abdominoplasty: systematization of a technique without external umbilical scar. Aesthetic Plast Surg. 1978; 2:141.
7. D'Assumpção EA. Complicações locais em abdominoplastias. Rev Bras Cir. 2002;92:21-8.
8. D'Assumpção EA. Cannula for liposuction. Plast Reconstr Surg. 1984;74(5):731-2.
9. D'Assumpção EA. Lipoaspiração com mínima depleção do paciente. Rev Bras Cir. 1993;83:229-35.
10. Lockwood TE. Fascial anchoring technique in medial thighs lifts. Plast Reconstr Surg. 1988;82(2):299-304.
11. Baroudi R, Ferreira CA. Seroma: how to avoid and how to treat it. Aesthetic Surg J. 1998;18:439-41.

Trabalho realizado na CIRPLAST – Clínica de Cirurgia Plástica D'Assumpção – Hospital Pace, Belo Horizonte.
Artigo recebido: 12/07/2005
Artigo aprovado: 02/08/2005