

Lipoabdominoplastia – Técnica Saldanha

Oswaldo Ribeiro Saldanha¹
Ewaldo Bolivar de Souza Pinto²
Wilson Novaes Matos Jr.³
Reynaldo Luís Lucon⁴
Felipe Magalhães⁴
Erika Mônica Lopes Bello⁴
Madeleine Ramos dos Santos⁴

- 1] Regente do Serviço de Cirurgia Plástica “Dr. Ewaldo Bolivar de Souza Pinto” – Santos – SP.
- 2] Diretor do Curso de Pós-Graduação em Cirurgia Plástica da UNISANTA – Santos – SP.
- 3] Prof. Assistente do Serviço de Cirurgia Plástica “Dr. Ewaldo Bolivar de Souza Pinto”.
- 4] Residentes do Serviço de Cirurgia Plástica “Dr. Ewaldo Bolivar de Souza Pinto”.

Endereço para correspondência:

Oswaldo Ribeiro Saldanha

Av. Washington Luiz, 142 – Encruzilhada
Santos – SP
11050-200
e-mail: clinica@clnicasaldanha.com.br

Descritores: Lipoaspiração; abdominoplastia; lipoabdominoplastia.

RESUMO

O objetivo deste trabalho é apresentar um novo conceito cirúrgico para o tratamento estético da região abdominal, utilizando os princípios da lipoaspiração e da abdominoplastia tradicional, sem descolamento do retalho.

Seguindo a idéia de não se fazer o descolamento tradicional da região supra-umbilical e utilizando a lipoaspiração superficial, os autores executam a lipoabdominoplastia, preservando, assim, os vasos perfurantes abdominais, diminuindo o comprometimento vascular da pele do retalho abdominal.

Atentam ainda para a melhoria da forma, com a aparência mais jovem do abdome, e a uniformidade do retalho com o púbis.

INTRODUÇÃO

A partir de 1980, com o advento da lipoaspiração introduzida por Illouz⁽¹⁾, houve um grande progresso na abordagem da região abdominal, com mudanças na indicação das abdominoplastias, subdividindo-as em lipoaspiração, lipoaspiração com pequena ressecção

de pele suprapúbica e abdominoplastia tradicional com lipoaspiração complementar do dorso e flancos.

Em 1985, Hakme⁽²⁾ descreveu a miniabdominoplastia, associando-a à técnica de lipoaspiração, com ressecção

de excesso de pele da região suprapúbica, para casos selecionados.

Recentemente, no ano de 2000, Avelar⁽³⁾ apresentou um trabalho em que retira pele parcial da região suprapúbica, semelhante a Hakme, sem descolamento do retalho infra-umbilical e sem ressecção do panículo e tecido conectivo, preservando a cicatriz umbilical.

Dentro dessa evolução, um grande avanço foi a lipoaspiração superficial descrita por Souza Pinto^(4,5), na qual se preconiza-se o tratamento da gordura superficial e profunda, promovendo maior retração da pele.

Apesar do avanço técnico em relação ao tratamento da região abdominal, a abdominoplastia clássica^(6,7) ainda é um procedimento cirúrgico que apresenta, estatisticamente, um grande número de complicações, tais como hematoma, seroma, epiteliose e necrose de pele, além de reintervenções para correção de cicatrizes e “orelhas” no pós-operatório tardio. O amplo descolamento do retalho abdominal é, sem dúvida, o grande responsável pela alta incidência de seroma, epiteliose e necrose de pele, principalmente nos pacientes fumantes.

Alguns cirurgiões⁽⁸⁾ praticam a lipoaspiração e abdominoplastia em um mesmo tempo cirúrgico, embora a grande maioria utilize dois tempos distintos para esses dois procedimentos (geralmente com um intervalo de seis meses entre ambos), devido ao risco de comprometimento vascular.

Em 1992, Illouz⁽⁹⁾ publicou uma técnica de abdominoplastia sem descolamento, indicada para pacientes com abdome em avental ou abdominoplastias supra-umbilicais, em que se realizava ressecção em bloco acima da cicatriz umbilical, seguida de lipoaspiração superior e neo-onfaloplastia, podendo ainda ser feita uma plicatura limitada dos músculos retos abdominais.

A lipoabdominoplastia, como a preconizamos, acrescenta àquela técnica uma seleção mais ampla de pacientes, sendo que, atualmente, a utilizamos em todos os casos de indicação de abdominoplastia clássica. A ressecção se restringe à pele infra-umbilical, preservando a circulação linfática e os tecidos conectivos e aspirando-se a gordura. Observamos ainda a diferença no tratamento da cicatriz umbilical, que fazemos do modo tradicional, técnica em estrela⁽¹⁰⁾, e, em casos com diástase dos músculos retos abdominais, a

plicatura é realizada na linha média desde o púbis ao apêndice xifóide.

O objetivo deste trabalho é apresentar um novo conceito cirúrgico para o tratamento estético da região abdominal, utilizando os princípios da lipoaspiração e da abdominoplastia tradicional, sem descolamento do retalho. O deslizamento da pele supra-umbilical ao encontro da região púbica é feito de maneira ampla e natural, devido aos túneis produzidos pelas cânulas de lipoaspiração. Dessa forma, são preservados os vasos perfurantes abdominais, diminuindo o comprometimento vascular da pele do retalho abdominal.

CASUÍSTICA E MÉTODO

Foram operados, no período de janeiro de 2000 a fevereiro de 2002, sessenta e cinco pacientes, com idade entre 28 e 52 anos, todos do sexo feminino.

Os pacientes que apresentavam indicação para a abdominoplastia clássica foram selecionados para a utilização da lipoabdominoplastia, inclusive os pacientes com diástase dos músculos retos abdominais.

TÉCNICA OPERATÓRIA

Feita a marcação, a região abdominal é infiltrada com solução fisiológica com adrenalina a 1:1.000.000 (Fig. 1).

Inicia-se a aspiração pela região supra-umbilical (Fig. 1), continuando-se com os flancos e a região infra-umbilical (Fig. 2). Terminada a lipoaspiração, isola-se o umbigo e resseca-se exclusivamente a pele infra-umbilical (Fig. 3) (semelhante a abdominoplastia clássica), preservando-se porém o panículo remanescente de fina espessura, tecido conectivo e vasos linfáticos, arteriais e venosos (Fig. 4). Se necessário, é feita uma lipoaspiração complementar, a céu aberto. Nesse momento, são utilizados dois ganchos para se elevar o retalho para completar a lipoaspiração do abdome superior, uniformizando os túneis (Fig. 4). Para melhor ascensão do umbigo, divulsiona-se a gordura da região supra-umbilical.

Em pacientes em que haja indicação de plicatura dos retos abdominais, realiza-se a divulsão ou descolamento do tecido subcutâneo sobre a linha média, evitando-se ultrapassar as bordas internas desses músculos, preservando-se assim os vasos perfurantes abdominais (Fig. 5). Na parte infra-umbilical, resseca-se o tecido gorduroso na linha média,

realizando-se, a seguir, a plicatura da aponeurose do modo convencional.

Efetua-se a “onfaloplastia em estrela”, que consiste em uma marcação “em cruz” na pele do abdome.

O umbigo é, então, exteriorizado e pinçado pelos pontos cardeais, sendo então feitas pequenas ressecções triangulares entre esses pinçamentos, de modo que o umbigo se encaixe na incisão cruciforme da pele, fixando-o em seguida com pontos subdérmicos de Nylon 5-0.

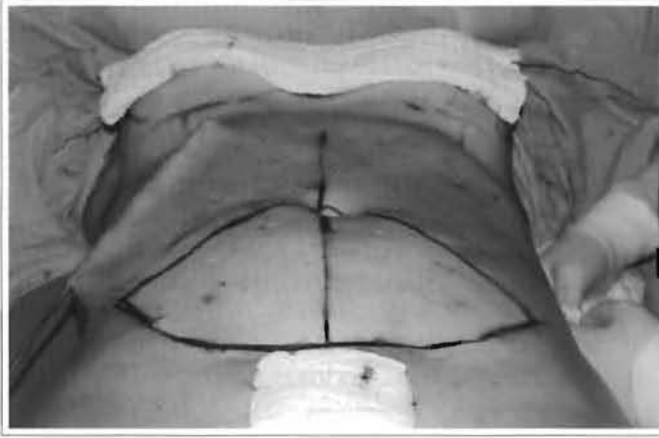


Fig. 1 – Marcação e Lipoaspiração em Abdome Superior.

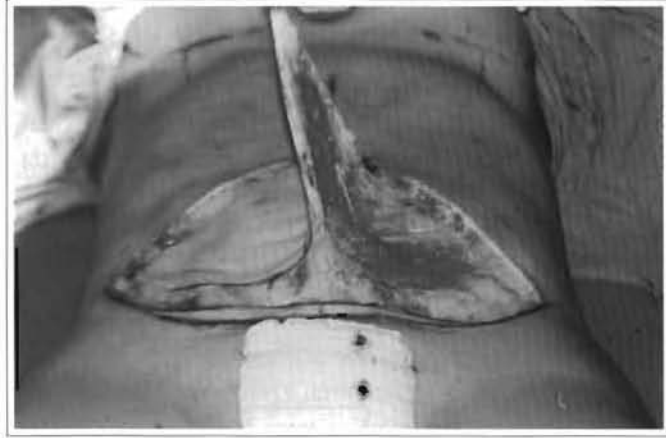


Fig. 2 – Lipoaspiração Abdome Inferior.

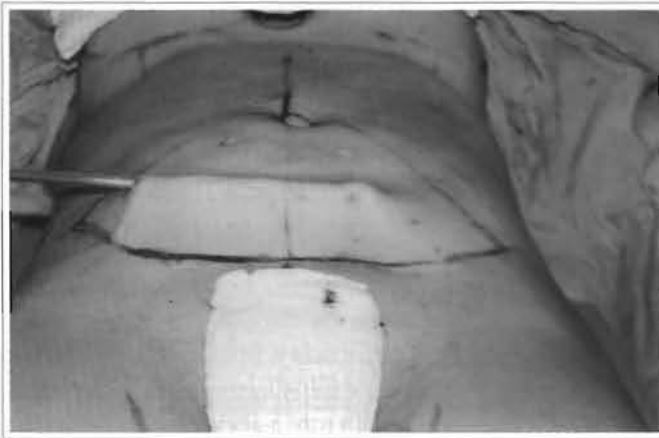


Fig. 3 – Ressecção da Pele.

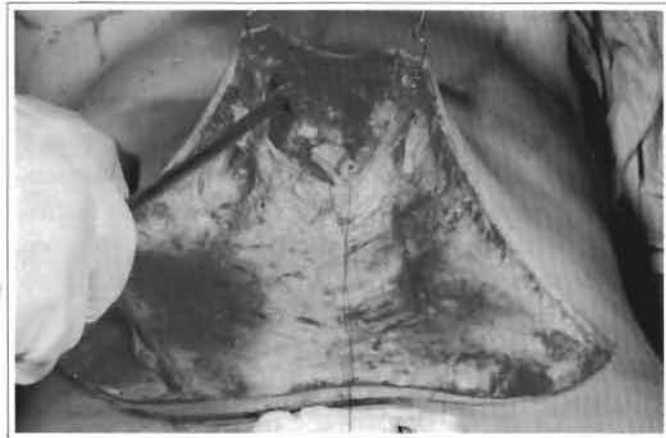


Fig. 4 – Vasos Preservados e Lipoaspiração Complementar (abdome superior).



Fig. 5 – Marcação da Plicatura.



Fig. 6 – Drenagem a vácuo e aspecto final.



Fig. 7a – Pré-operatório: 39 anos.



Fig. 7b – Pós-operatório: 3 meses.



Fig. 7c – Pré-operatório: 39 anos.



Fig. 7d – Pós-operatório: 3 meses.



Fig. 8a – Pré-operatório: 36 anos.



Fig. 8b – Pós-operatório: 6 meses.



Fig. 8c – Pré-operatório: 36 anos.



Fig. 8d – Pós-operatório: 6 meses.

O fechamento do abdome é feito em dois planos, com mononylon 3-0 no tecido celular subcutâneo, e 5-0 na subderme. Em todos os casos foram utilizados drenos aspirativos, retirados por volta do 5º dia pós-operatório (Fig. 6).

RESULTADOS

Os resultados das 65 pacientes tratadas com esta técnica foram considerados bons, tanto pela nossa avaliação quanto pelas pacientes. Em um caso observamos a presença de seroma, no 12º dia de pós-operatório, que foi resolvido satisfatoriamente, com duas sessões de aspiração com seringa. Não ocorreram complicações como hematomas, deiscência de sutura, epiteliólise, necrose ou infecção.

O ajuste das bordas do retalho com a região suprapúbica teve melhor acomodação, devido à homogeneidade na espessura do tecido gorduroso, proporcionada pela lipoaspiração. Conseqüentemente, observou-se que as "orelhas de cachorro" ocorreram em percentual menor do que com a técnica tradicional, além de uma cicatriz final de menor extensão.

Observou-se, também, a melhoria na forma e no contorno, com uma aparência mais jovem do abdome (Fig. 7).

DISCUSSÃO

A cirurgia plástica abdominal clássica apresenta uma morbidade elevada, em decorrência da necessidade de um grande descolamento, em que são seccionados os vasos linfáticos e perfurantes que nutrem o retalho abdominal.

Os fundamentos da técnica de lipoabdominoplastia baseiam-se no não descolamento do retalho abdominal, preservando os vasos perfurantes e linfáticos, diminuindo as complicações causadas pelos grandes descolamentos, como seromas, hematomas, epitelioses e necroses de pele.

Esta técnica promove o tratamento da adiposidade localizada em todas as regiões do abdome, tracionando mais amplamente as áreas mais altas do abdome superior, proporcionando silhueta abdominal mais harmoniosa (Fig. 8).

Embora a quase totalidade dos cirurgiões utilize a plicatura dos retos abdominais rotineiramente, há trabalhos que questionam sua efetividade nos casos leves e moderados de diástase⁽¹¹⁾, tendo-se em conta a capacidade de contenção músculoaponeurótica que é reforçada pela fibrose pós-operatória.

CONCLUSÃO

A busca por melhores resultados e a diminuição do índice de complicações são, sem dúvida, a maior preocupação dos cirurgiões plásticos.

Com a lipoabdominoplastia acreditamos ter encontrado uma maneira mais segura e de menor morbidade no tratamento da região abdominal, com resultados mais harmoniosos. Esta nova abordagem proporciona silhueta abdominal mais jovem, melhor acomodação do retalho com a região suprapúbica e cicatrizes menores e mais estéticas.

BIBLIOGRAFIA

1. Illouz YG. Study of subcutaneous fat. *Aesth Plast Surg.* 1990; 14(3):165-77.
2. Hakme F. Technical details in the lipoaspiration associated with liposuction. *Rev Bras Cir.* 1985; 75(5):331-7.
3. Avelar JM. Abdominoplasty: a new technique without undermining and fat layer removal. *Arq Catarin Med.* 2000; 29:147-9.
4. Souza Pinto EB, Almeida AE, Knudsen AF, Andrade SM, de Medeiros JC. A new methodology in abdominal aesthetic surgery. *Aesth Plast Surg.* 1987;11(4):213-22.
5. Souza Pinto EB. Superficial Liposuction. Rio de Janeiro : Revinter; 1999. 01-04.
6. Pitanguy I, Gontijo de Amorim NE, Radwanski HN. Contour surgery in the patient with great weight loss. *Aesth Plast Surg.* 2000; 24(6):406-11.
7. Pitanguy I. Abdominoplasty: Classification and surgical techniques. *Rev Bras Cir.* 1995; 85:23-44.
8. Dellerud E. Abdominoplasty combined with suction lipoplasty: a study of complication, revisions, and risk factors in 487 cases. *Ann Plast Surg.* 1990; 25(5):333-8.
9. Illouz YG. A new safe and aesthetic approach to suction abdominoplasty. *Aesth Plast Surg.* 1992; 16(3):237-45.
10. Saldanha O. Star-Shaped onfhaloplasty, 498: *Annals of The International Symposium RAPS/90.* 1990 Mar; São Paulo, Brazil.
11. Marques A. Abdominoplasty without muscle plication. *Rev Soc Bras Cir Plast.* 1993; 8 (2):103-8.