

Mini lipoabdominoplastia

Lipshaped technique

AYMAR EDISON SPERLI¹
JOSÉ OCTÁVIO G. DE
FREITAS²
RINALDO FISCHLER²

Trabalho realizado nos Serviços Integrados de Cirurgia Plástica SCP/MEC - Hospital Ipiranga, São Paulo, SP.

Artigo submetido no SGP (Sistema de Gestão de Publicações) da RBCP.

Artigo recebido: 15/11/2010
Artigo aceito: 24/2/2010

RESUMO

Introdução: Há 35 anos, a dermolipectomia clássica e, posteriormente, a torsoplastia, eram praticamente os únicos procedimentos cirúrgicos indicados para melhorar o contorno corporal. Com o aparecimento da lipoaspiração, cada vez mais foram aprimorando-se as técnicas, evoluindo até os dias de hoje, onde a associação da lipoaspiração com a exérese de tecido dermo-gorduroso permitiu-nos resultados bastante gratificantes, inclusive com posicionamento cada vez mais disfarçado das cicatrizes. **Método:** Estudando 750 pacientes operados de abdominoplastia, nos últimos 15 anos, fomos levados a considerar quatro possibilidades para indicação no segmento abdominal: lipoaspiração pura e simples, dermolipectomia clássica, lipoabdominoplastia (Saldanha) e mini lipoabdominoplastia. Dividimos o tratamento do contorno abdominal em quatro opções, sendo elas: 1. lipoaspiração pura e simples; 2. dermolipectomia clássica; 3. lipoabdominoplastia (Saldanha) e 4. mini lipoabdominoplastia (*Lipshaped technique*), levando-se em conta o IMC (índice de massa corporal). **Resultados:** Este procedimento possibilitou a manutenção do umbigo original, sem necessidade de sua reimplantação, com cicatriz baixa que pode ser facilmente oculta até mesmo por um biquíni além dos benefícios da lipoaspiração associada.

Descritores: Lipectomia. Abdome/cirurgia. Cirurgia plástica/métodos.

SUMMARY

Introduction: Since 35 years ago, the classic dermolipectomy, and later, thorsoplasty, were practically the only suitable surgical procedures to improve the corporal outline. With the introduction of liposuction, more and more techniques were developed until the actual days, where the association between liposuction with the exeresis of dermo-fat tissue allowed quite gratifying results, besides more disguised scars. **Methods:** Observing 750 patients operated abdominoplasty, in the last 15 years, we were taken to consider four possibilities for indication in the abdominal segment: Pure and simple liposuction, classic dermolipectomy, lipoabdominoplasty (Saldanha's procedure) and mini lipoabdominoplasty. We divided the treatment of the abdominal outline in four options, as follows: 1. pure and simple liposuction; 2. classical dermolipectomy; 3. lipoabdominoplastia (Saldanha's technique); 4. mini lipoabdominoplasty (*Lipshaped technique*) This proposed procedure of mini lipoabdominoplasty is indicated in patients with small or medium apron, with or without diastases of the muscles rectum abdominal, or even thin patients that presented high location of the navel. **Results:** This procedure allowed us the maintenance of the original navel, with natural result, low inferior scar that can be easily hided, even for a bikini, besides the benefits of the associated liposuction.

Descriptors: Lipectomy. Abdomen/surgery. Surgery, plastic/methods.

1. Membro Titular da Sociedade Brasileira de Cirurgia Plástica (SBCP); Regente do Serviços Integrados de Cirurgia Plástica do Hospital Ipiranga.
2. Membro Titular da SBCP; Preceptor dos Serviços Integrados de Cirurgia Plástica - Hospital Ipiranga.

INTRODUÇÃO

A abdominoplastia é, sem dúvida, uma das indicações que mais chamam a atenção do cirurgião plástico e pacientes, neste século XXI. A avaliação do contorno corporal deve ser feita levando-se em conta o IMC (índice de massa corporal) e os fatores: a) faixa etária; b) sexo; c) características histológicas regionais (pele, tecido gorduroso, musculatura e ossos).

Atualmente, quando se pretende indicar uma dermolipectomia abdominal, objetiva-se melhor aprimoramento do contorno corporal; para tanto, deveremos selecionar o procedimento mais adequado às aspirações das pacientes, assim como avaliar a relação custo/benefício. O custo refere-se às consequências inevitáveis a qualquer cirurgia abdominal: cicatrizes e umbigo secundário. Já o benefício diz respeito às vantagens que a paciente obterá com a cirurgia: cicatriz escondida na área do biquíni e umbigo natural. Para qualquer das opções, devemos levar em conta o cálculo do IMC (Índice de Massa Corporal, que é a divisão do peso da paciente pelo quadrado de sua altura). Assim é que o IMC considerado normal se situa entre 18,5 e 25. Casos entre 25 e 30 estão acima do índice ideal. Aqueles acima de 30 poderão estar sendo considerados como obesos ou pré-obesos.

Desde Kelly¹, em 1899, a abdominoplastia passou por várias proposições cirúrgicas, tendo sido um dos procedimentos que mais estimulou cirurgiões plásticos a publicarem trabalhos. Dentre os mais importantes, podemos destacar: Thorek², em 1942, que propôs a abdominoplastia superior; nessa mesma época, Flesch-Thebesius e Weishelmer³ criaram a ressecção transversa infra-umbilical com preservação do umbigo. Gonzales-Ulloa⁴, em 1960, criou a lipectomia em cinturão. No Brasil, Pontes⁵, Callia⁶, Pitanguy et al.⁷, Serson Neto e Martins⁸ procuraram situar a cicatriz mais baixa, visando ocultá-la nos trajes de banho. Rebello⁹, em 1972, propuseram a abdominoplastia reversa, com cicatriz inframamária. Posteriormente, Psilakis¹⁰, Bozola e Bozola¹¹ e Nahas¹² apresentaram suas classificações, visando ao tratamento da musculatura da parede abdominal. Com o advento da técnica de lipoaspiração por Illouz^{13,14}, Avelar¹⁵ e Erfon¹⁶ foi associada à lipoaspiração à técnica de dermolipectomia. Entretanto, foi por meio de Saldanha¹⁷ que a associação lipoabdominoplastia despertou maior interesse, pois minimizava os riscos da conduta proposta por Matarasso¹⁸, visando à preservação da vascularização da parede abdominal. Inúmeros autores poderiam ser citados, sem tirar o mérito dos demais por não estarem aqui relacionados.

A cirurgia da mini-abdominoplastia tem sido utilizada desde a década de 1960. Entretanto, foi mais amplamente divulgada no Brasil a partir de 1980, por Uebel¹⁹ e, posteriormente, por Erfon através de incisão elíptica suprapúbica, associada à lipoaspiração de toda a parede e dos flancos. Os autores preconizavam a secção total do pedículo umbilical e plicaturas dos músculos reto-abdominais.

Técnica Cirúrgica

Consideremos a possibilidade de uma das quatro opções para o tratamento do contorno abdominal:

- Lipoaspiração pura e simples;
- Dermolipectomia clássica;
- Lipoabdominoplastia (Saldanha);
- Mini lipoabdominoplastia.

Para qualquer uma das opções, devemos levar em consideração: faixa etária, sexo, histologia da pele, TCSC, musculatura e ossos.

Grupo 1 – Lipoaspiração pura e simples: Indicada em pacientes jovens, faixa etária até 40 anos, pele elástica e com gordura localizada. Geralmente são pacientes magras com áreas a serem tratadas no epigástrico, hipogástrico, cintura, flancos, apresentando musculatura abdominal firme (Figura 1).

Grupo 2 – Dermolipectomia clássica (tradicional): Indicada em pacientes com grande predominância de pele e massa gordurosa da parede abdominal. Geralmente, indicamos em pacientes múltiparas, acima dos 45 anos, desde que não apresentem o umbigo com localização alta ou em casos de dermolipectomia higiênica. Também indicada como uma das opções em pacientes pós-bariátricos (Figura 2).

Grupo 3 – Lipoabdominoplastia (técnica de Saldanha): Praticamente, todos os pacientes candidatos à abdominoplastia clássica poderão ser submetidos à lipoabdominoplastia, com exceção daqueles que classificamos no grupo 1 ou pacientes de cirurgias pós-bariátricas (Figura 3).

Grupo 4: Mini-lipoabdominoplastia: Indicado tanto em pacientes com abdome globoso, com ou sem diástase de retos abdominais, ou mesmo candidatas à lipoaspiração simples e que apresentam localização alta do umbigo. Geralmente se beneficiam deste tipo de procedimento, pacientes magras, jovens e de boa conformação estética, que necessitam eliminar aquela “dobra” que lhes desagrada quando sentadas (Figura 4).

Entretanto, desde que o umbigo esteja situado mais alto em relação ao abdome (acima de 16 cm da implantação



Figura 1 - A: pré-operatório; B: pós-operatório.



Figura 2 - A: pré-operatório; B: pós-operatório.

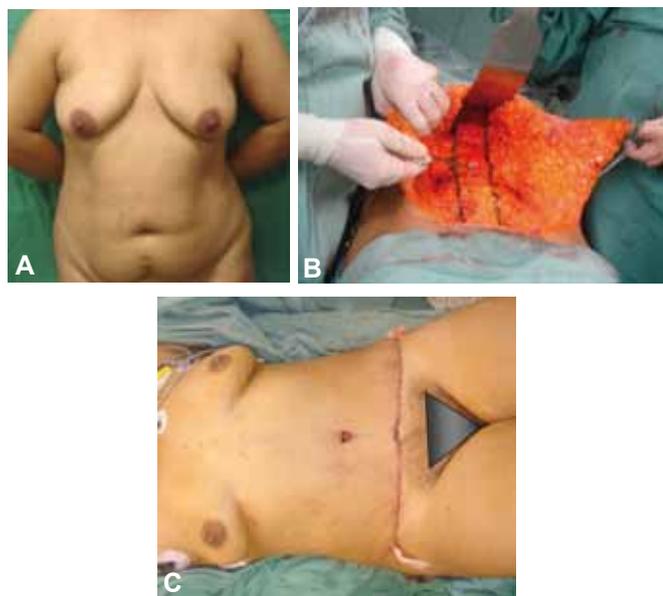


Figura 3 - A: pré-operatório; B: transoperatório; C: pós-operatório.



Figura 4 - Paciente sentada, dobra aparente.

dos pêlos pubianos), poderá ser indicada em pacientes com maior massa dermo-gordurosa (IMC acima de 30). Aqui se incluem as pacientes com características pré-obesas, resistentes a tratamentos endócrinos e que desejam retirar aquela dobra excessiva do hipogástrio e desejam preservar as características do umbigo original, desde que a cicatriz possa ficar bastante oculta dentro de seu biquíni.

Essa variação técnica, além de propiciar maior segurança, permite às pacientes o retorno às suas atividades normais após 8 a 10 dias, sem a necessidade de posições forçadas de flexão (posição de Fowler). Estudando cerca de 90 pacientes de mini-abdominoplastia (dentro o universo de 750 nossas pacientes operadas por outras técnicas), durante um período de 15 anos, evoluímos para o desenho em “forma de lábio” que ousamos denominar de “*lip-shaped technique*”, que situa a cicatriz bastante baixa, permitindo ser coberta pelo biquíni, além da preservação do umbigo original da paciente. Estes dois fatores são primordiais para que as pacientes se decidam pela mini-lipoabdominoplastia (“*lip-shaped technique*”).

Os dois semi-arcs superiores e o arco inferior, que lembram a forma de lábio, são baseados no princípio da equalização dos semi-arcs cicatriciais: superior e inferior e propiciam resultado bastante estético, pelo fato do ponto central (ponto A), que está situado no encontro dos arcos superiores, não deformar a região vulvar pela tração exercida.

Quando avaliamos o umbigo alto, levamos em consideração os pontos de referência: centro do umbigo e implantação superior da pilificação pubiana (que poderá sofrer variações conforme o biótipo da paciente). Normalmente essa distância deve medir em torno de 16 centímetros ou mais. O ponto A deve situar-se a uma distância mínima de 8 cm do centro do umbigo. Uma vez demarcada a paciente, e sob anestesia geral, iniciamos a cirurgia pela infiltração de toda a região abdominal, cintura e flancos, com solução de Klein. Utilizamos cânulas de pequeno diâmetro (nunca superior a 4 mm), preservando os feixes vâsculo-nervosos preconizados por Saldanha¹⁷ (Figura 5).

Uma vez feita a lipoaspiração, damos início à remoção da elipse transversal em forma de lábio, fazendo-se o descolamento justa-fascial até 2 cm acima da altura do umbigo. Portanto, a área descolada será apenas aquela infra-umbilical ou no máximo 1 cm acima da linha do umbigo, utilizando-se os princípios preconizados por Saldanha, que preserva a fâscia de Scarpa e toda a estrutura vascular, com a confecção dos túneis supra-umbilicais, o que permite o tratamento de eventuais diástases de musculatura abdominal. Raramente fazemos a desinserção do coto umbilical; quando o fazemos, o objetivo é apenas para facilitar o acesso ao epigástrio (tratamento da diástase), sendo, logo a seguir, ressuturado em seu sítio original.

Ao final da cirurgia, pode-se observar a excelente forma do novo contorno, com situação baixa da cicatriz, além da preservação do umbigo original e baixa morbidade (Figura 6).

MÉTODO

Estudando 750 pacientes operados de contorno corporal (dermolipectomia abdominal, lipoaspiração e/ou lipoabdominoplastia), nos últimos 15 anos, pudemos estabelecer critérios para indicação da técnica mais adequada a ser indicada, sempre se levando em consideração o IMC do paciente.

A faixa etária para nossos estudos variou de 18 aos 55 anos, sendo 95% pacientes do sexo feminino e apenas 5% do sexo masculino. Dentre esse total de pacientes, foram selecionados para o estudo da mini-lipoabdominoplastia.

RESULTADOS

As Figuras 7 a 10 ilustram alguns casos que compõem este estudo.

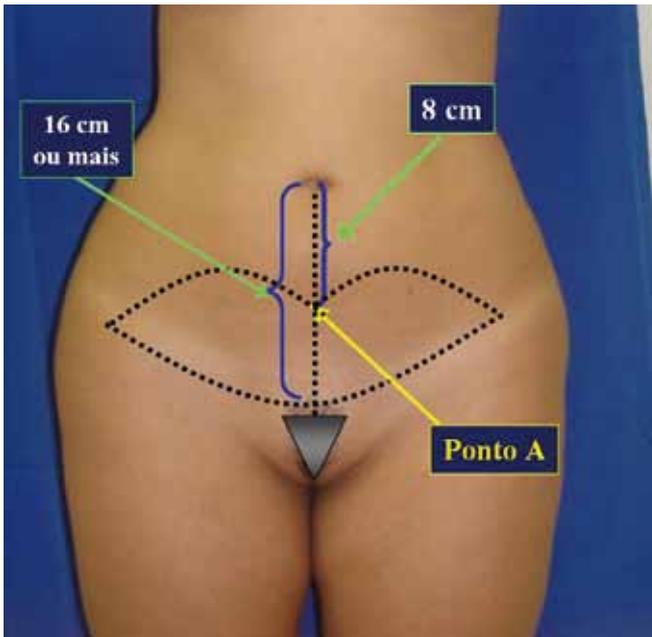


Figura 5 - Pontos de referência.



Figura 7 - Paciente 1. IMC: Pré = 37; Pós = 35. Pré e pós-operatórios em 3 posições.

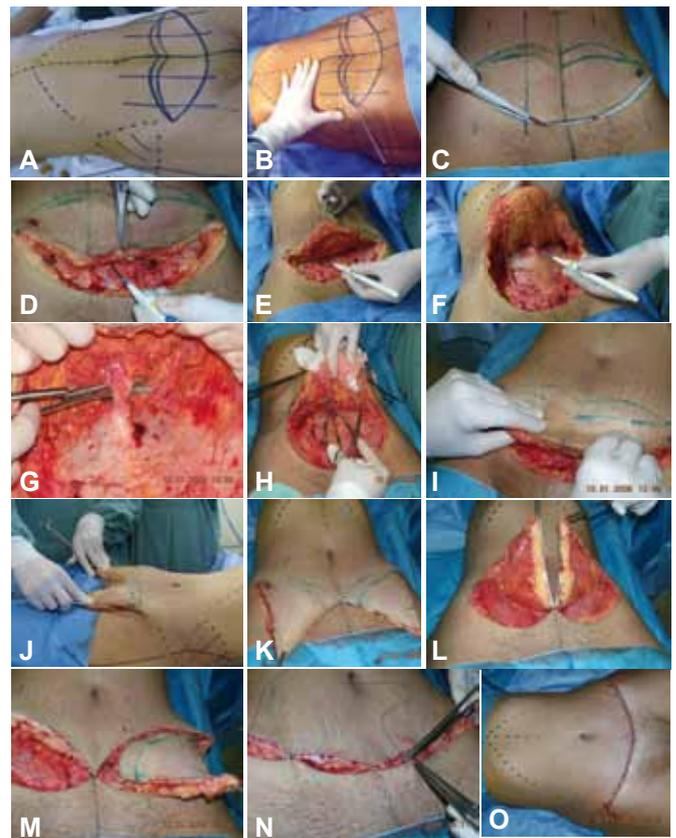


Figura 6 - Pontos de referência. A: paciente demarcada; B: lipoaspiração; C: incisão do arco inferior; D: início do descolamento; E: preservação da fâscia de Scarpa; F: descolamento até o umbigo; G: descolamento até o coto umbilical; H: área de plicaturas; I: tracionamento do retalho descolado; J: conferindo a tração do retalho até demarcação; K: retalhos posicionados; L: retalhos elevados; M: retalho excisado; N: sutura intra-dérmica; O: aspecto final da cirurgia.



Figura 8 - Paciente 2. IMC: Pré = 33; Pós = 32. Pré e pós-operatórios em 3 posições.



Figura 9 - Paciente 3. IMC: Pré = 30; Pós = 28. Pré e pós-operatórios em 3 posições.



Figura 10 - Paciente 4. IMC: Pré = 24; Pós = 24. Pré e pós-operatórios em 3 posições.

DISCUSSÃO

Levando-se em consideração as características da pele (elástica, frouxa), assim como a espessura e consistência do tecido gorduroso e a musculatura da parede abdominal, deveremos indicar o procedimento mais adequado que atenda aos objetivos da paciente: a relação custo/benefício.

As técnicas de abdominoplastia evoluíram bastante e parecem racional dividi-las em 4 grupos: a) lipoaspiração pura e simples; b) dermolipectomia clássica; c) lipoabdominoplastia (Saldanha) e d) mini-lipoabdominoplastia. Com essa simples classificação, poderemos indicar o procedimento que mais atenda cada caso, já que cada vez mais as exigências das pacientes são maiores em relação à posição da cicatriz, à naturalidade do umbigo e ao contorno corporal.

Com isto, a gama de indicações cirúrgicas foi bastante ampliada, proporcionando-se maior segurança, melhores resultados e menor tempo de recuperação, para as pacientes que não necessitem da dermolipectomia clássica. A dermolipectomia clássica hoje é reservada para casos especiais de pacientes com grande predominância de pele e massa gordurosa da parede abdominal, assim como pacientes múltiparas, acima dos 45 anos, que apresentem o umbigo com localização baixa ou em casos de dermolipectomia higiênica. Também indicada em pacientes pós-bariátricos.

Propomos um desenho da área a ser excisada no hipogástrio de pacientes candidatas à mini-lipoabdominoplastia, desenho esse que se assemelha à forma do lábio humano, daí atribuímos a denominação de “*lip-shape technique*”.

CONCLUSÃO

Levando-se em conta a idade do paciente, forma de seu tronco, textura de sua pele e espessura de seu panículo adiposo, devemos procurar detectar suas expectativas quanto a: posição das cicatrizes, naturalidade do umbigo e harmonia do seu contorno.

O IMC, medido após 6 a 9 meses de pós-operatório, apresentou-se, em média, invariável em pacientes que tinham esse índice dentro da normalidade. Naquelas que tinham o IMC acima de 30 ou mesmo na pré-obesidade, houve discreta baixa, devido à colaboração das pacientes em perder peso, além do que lhe foi retirado.

REFERÊNCIAS

1. Kelly HA. Report of gynecological cases. *John Hopkins Med J.* 1899;10:197.
2. Thorek M. Plastic surgery of the breast and abdominal wall. Springfield:Ed Charles C. Thomas;1942. p.111.
3. Flesch-Thebesius M, Weishelmer K. Die operation des Hangebauxhes. *Chirurg.* 1931;3:841.
4. Gonzalez-Ulloa M. Belt lipectomy. *Br J Plast Surg.* 1960;13:179-86.
5. Pontes R. Plástica abdominal: importância de sua associação a hérnias incisionais. *Rev Bras Cir.* 1965;52(2):85-91.
6. Callia WEP. Contribuição para o estudo da correção cirúrgica do abdome em pêndulo e globoso: técnica original [Tese de doutoramento]. São Paulo: Faculdade de Medicina, Universidade de São Paulo;1965.
7. Pitanguy I, Yabar AA, Pires CEB, Matta SR. Aspectos atuais em lipectomia abdominal. *Rev Bras Cir.* 1974;64(5/6):147-67.
8. Serson Neto D, Martins LC. Dermolipectomia abdominal. Abordagem geométrica. *Rev Lat Am Cir Plast.* 1972;16:13.
9. Rebello C, Lion P, Franco T. Abdominoplasty through submammary incisión. *International Congress Int Society of Aesthetic Plastic Surg.* Rio de Janeiro, Ed. Publicaciones controladas;1972:58.
10. Psilakis J. Abdominoplasty: some ideas to improve results. *Aesth Plast Surg.* 1978;2:205.
11. Bozola R, Bozola AC. Abdominoplastias. In: Melega JM, ed. *Cirurgia plástica: fundamentos e arte.* Cirurgia estética, São Paulo: MEDISI;2003.
12. Nahas F. Report from paper presented in XXXVI Congresso Brasileiro de Cirurgia Plástica.
13. Illouz YGA. Une nouvelle technique pour lés lipodistrophies localis. *Es Rev Chir Esth France.* 1980;6.
14. Illouz YG. A new safe and aesthetic approach to suction abdominoplasty. *Aesthetic Plast Surg.* 1992;16(3):237-45.
15. Avelar JM. Abdominoplasty: a new technique without undermining and fat layer removal. *Arq Catar Med.* 2000;29:147-9.
16. Erfon. Report from presentation on the XL Congresso Brasileiro de Cirurgia Plástica.
17. Saldanha OR, Souza Pinto EB, Mattos WN Jr, Pazetti CE, Lopes Bello EM, Rojas Y, et al. Lipoabdominoplasty with selective and safe undermining. *Aesthetic Plast Surg.* 2003;27(4):322-7.
18. Matarasso A. Liposuction as an adjunct to full abdominoplasty. *Plast Reconstr Surg.* 1995;95(5):829-36.
19. Uebel CO. Mini abdominoplasty: a new approach for the body contouring. *Annals 9th Congress ISAPS;*New York;1987.

Correspondência para:

Aymar Sperli
Avenida Açocê, 174 – Moema – São Paulo, SP – CEP: 04075-020
E-mail: aymar.sperli@uol.com.br