

Neo-onfaloplastia na abdominoplastia vertical

Neomphaloplasty in vertical abdominoplasty

FABIO NEVES DA SILVA¹
EVERARDO ABRAMO DE
OLIVEIRA²

Trabalho realizado na Clínica
Fluminense de Cirurgia Plástica,
Niterói, RJ.

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

Artigo recebido: 12/2/2010
Artigo aceito: 31/5/2010

RESUMO

Introdução: Apesar de ser uma cicatriz, o umbigo carrega importante conotação estética e sensual. A forma final e o aspecto da cicatriz periumbilical resultante é motivo de grande preocupação aos nossos pacientes. Na abdominoplastia clássica, o umbigo é mantido em sua posição original e, através de um orifício criado no retalho, a este é refixado. Será criada, assim, uma cicatriz que circunda todo o perímetro do umbigo, sujeita, é claro, a toda a sorte de resultados inestéticos. **Método:** Preconizamos a utilização da neo-onfaloplastia com dois retalhos laterais de forma rotineira na abdominoplastia vertical ou em âncora. Para maior precisão do seu posicionamento, coincidindo com o sítio original, desenvolvemos a faixa dermo-epidérmica de segurança. Os detalhes da marcação e técnica, assim como os resultados são demonstrados neste artigo.

Descritores: Umbigo/cirurgia. Abdome/cirurgia. Cirurgia bariátrica. Cirurgia plástica/métodos.

SUMMARY

Introduction: Although being a scar, the umbilicus carries important aesthetic and sensual connotation. The layout and appearance of the periumbilical resulting scar is of great concern to our patients. In classical abdominoplasty, the umbilicus is kept in its original position and, through a hole created in the flap, it is reattached. It is created, so a scar that surrounds the entire perimeter of the umbilicus providing all sorts of unsightly results. **Methods:** We advocate the use of neomphaloplasty with two lateral flaps routinely in vertical or anchor abdominoplasties. To be more precise in positioning the umbilicus, coinciding the new one with the original site, we developed a security dermoepidermal band. Marking and technical details as well as the results are demonstrated in this article.

Descriptors: Umbilicus/surgery. Abdomen/surgery. Bariatric surgery. Surgery, plastic/methods.

INTRODUÇÃO

Umbigo é a cicatriz resultante da queda fisiológica do coto do cordão umbilical que costuma desprender-se entre uma a duas semanas após o nascimento. Seu aspecto usual é manifestado como uma depressão na pele, com o fundo fixo à aponeurose. A palavra umbigo tem sua origem no latim *umbilicus*, diminutivo de *umbo*, com o sentido de saliência arredondada em uma superfície¹. Desde os clássicos latinos, *umbilicus* designa

também o meio, o ponto central de alguma coisa e, nesse sentido, são várias as acepções do vocabulário que se transferiram a outras línguas. Seu significado sempre foi especial na mente humana, por representar o elo biológico que liga a mãe ao filho e expressar a relação de dependência entre uma vida e outra. No subconsciente, o umbigo simboliza a vinculação do ser com o mundo exterior e identifica-se com o centro do corpo.

Apesar de ser uma cicatriz, o umbigo carrega importante conotação estética e sensual. A sua exposição chegou a ser

1. Mestre e Doutor em Cirurgia pela Universidade Federal do Rio de Janeiro (UFRJ); Membro Titular do Colégio Brasileiro dos Cirurgiões (CBC), Membro Associado da Sociedade Brasileira de Cirurgia Plástica (SBCP); Staff do Serviço de Cirurgia do Hospital de Ipanema MS/SUS.
2. Membro Titular da SBCP; Membro Associado da ISAPS; Ex-Presidente da Regional do Rio de Janeiro da SBCP; Coordenador da Residência Médica e do Centro de Estudos da Clínica Fluminense de Cirurgia Plástica; Membro da Comissão para obtenção de Título de Especialista da SBCP.

um tabu na sociedade ocidental no passado, por ter sido considerado um estímulo visual erótico. Atualmente, esta sensualidade é manifestada por roupas que o expõem e pelo uso de adereços, como os *piercings*.

Na abdominoplastia clássica, o umbigo é mantido em sua posição original e, através de um orifício criado no retalho, a este é refixado². Mesmo mais modernamente, já com a associação da lipoaspiração, o umbigo continua a ser fixado da mesma forma^{3,4}. A forma final e o aspecto da cicatriz periumbilical resultante é motivo de grande preocupação aos nossos pacientes. Na verdade é, sem dúvida, a principal preocupação manifestada de tão importante e detalhada cirurgia. Criaram-se diversos formatos, tanto na cicatriz umbilical quanto na abertura cutânea do retalho, com o objetivo de mimetizar o seu aspecto natural e esconder ao máximo a cicatriz resultante. Formas arredondadas, ovaladas, em gota, triangulares de base superior ou inferior, losangulares, entre outras, foram descritas e são amplamente utilizadas. Todas elas, entretanto, possuem uma cicatriz que circunda todo o perímetro do umbigo, sujeita, é claro, a toda a sorte de resultados inestéticos, como estenose, hipertrofia, marcas dos pontos de sutura, artificialidade de forma, etc. Na abdominoplastia vertical ou em âncora, as técnicas mais difundidas baseiam-se também na manutenção da cicatriz umbilical original e sua refixação nos retalhos látero-superiores, na linha média. Um agravante ocorre nestas técnicas. Existem agora, além da cicatriz periumbilical, dois pontos (um superior e outro inferior) de junção de três retalhos, local sabidamente mais propenso a deiscências e sofrimento cutâneo.

Neste estudo, pretendemos difundir a técnica de neo-onfaloplastia, a ser utilizada de forma rotineira nas abdominoplastias verticais, uma vez que os retalhos laterais apresentam ótima vascularização e o resultado final é, ao nosso ver, menos propenso a complicações e resultados insatisfatórios. Para maior segurança e precisão no posicionamento no novo umbigo, idealizamos um faixa dermo-epidérmica de extensão variável, onde, posteriormente serão desenhados os retalhos umbilicais, técnica que descreveremos a seguir.

MÉTODO

Foram operados, consecutivamente, 20 pacientes, candidatos à abdominoplastia vertical. Todos tinham passado de obesidade severa ou mórbida, tendo sido submetidos a gastroplastias redutoras. Encontravam-se na fase de platô da perda ponderal, estando com o peso estável há pelo menos 4 meses. O percentual de emagrecimento foi bastante variável entre os pacientes, mas todos, no momento da cirurgia, encontravam-se com excesso dermo-cutâneo na região do tronco nos sentidos vertical e transversal.

Mesmo aqueles pacientes que não apresentavam cicatrizes medianas, por terem sido operado por videolaparoscopia, concordaram em realizar a abdominoplastia vertical com cicatriz final em âncora, por entenderem ser a técnica que propiciará os melhores resultados quanto ao contorno corporal.

Técnica Cirúrgica

Anestesia - Temos preferência pela anestesia geral. Na presença de hérnias incisionais ou diante da necessidade de acesso à cavidade abdominal (por exemplo, colecistectomia), associamos a passagem de cateter peridural para analgesia per e pós-operatória. Utilizamos compressores pneumáticos de membros inferiores rotineiramente. Nenhum paciente fez uso de anticoagulação profilática.

Marcação - A marcação é realizada com o paciente em decúbito dorsal, já anestesiado, por acreditarmos favorecer a simetria. Traçamos, inicialmente, a linha mediana e por meio de manobra bidigital, trazendo a pele em direção à linha mediana, estimamos o tamanho do retalho vertical (Figura 1). Um grande fuso é, então, desenhado em um dos lados e transferido ao outro com o auxílio do compasso. Marcamos o ponto final da incisão vertical, tracionando o fuso em direção à região pubiana (Figura 2). Ainda mantendo-se esta tração medimos a distância entre o apêndice xifóide e o umbigo e transferimos esta distância ao fuso marcado. Desta forma, teremos, de forma aproximada, o ponto em que deveremos posicionar os retalhos laterais para a confecção do novo umbigo. Partindo deste ponto, desenhamos uma faixa retangular para dentro do retalho, que se estende 5 cm acima e 5 cm abaixo do ponto e mede 2,5 cm de largura (Figura 3). Assim, ao final da cirurgia, poderemos escolher mais precisamente onde posicionar os retalhos, evitando erros de posicionamentos craniais



Figura 1 - Marcação dos limites laterais da ressecção cutânea vertical por manobra bidigital.

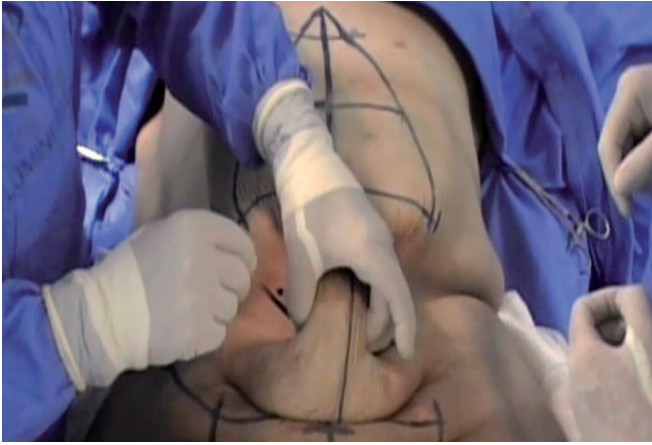


Figura 2 - Marcação do limite superior da ressecção cutânea transverso tracionando o retalho em direção ao pubis.

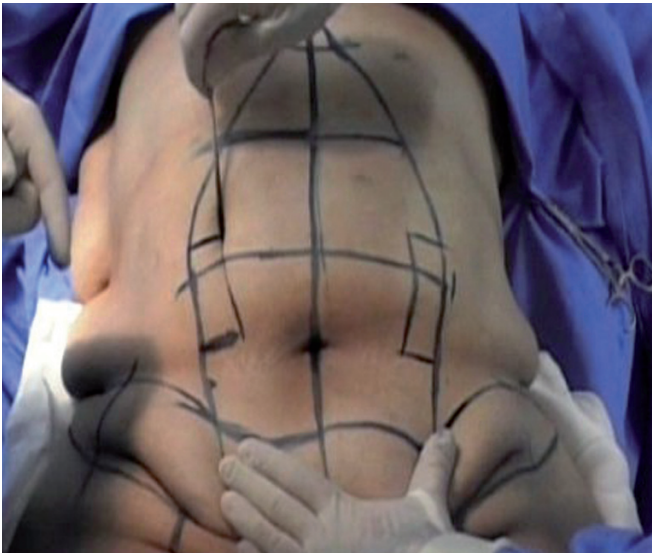


Figura 3 - Desenho da faixa de segurança.

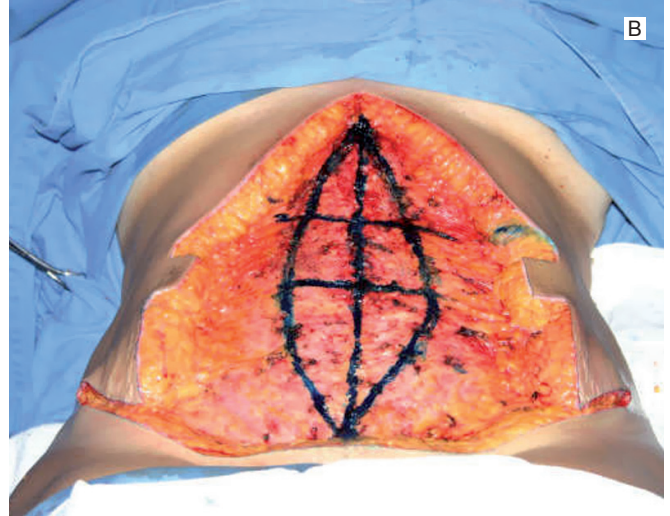
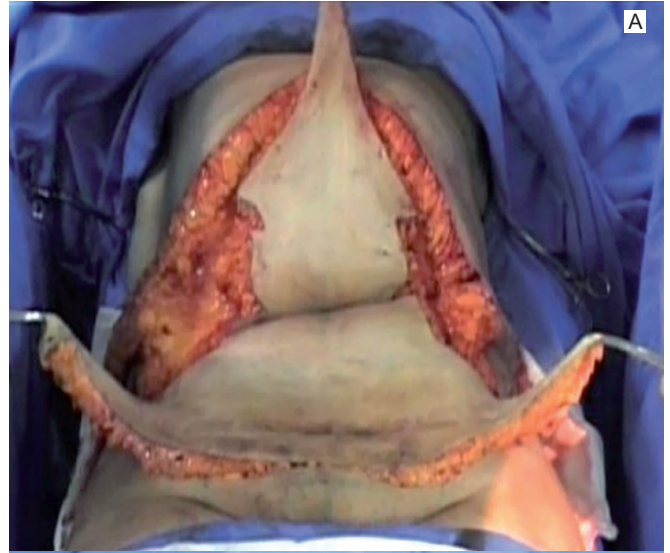


Figura 4 - A: Retirada do segmento cutâneo-adiposo, **B:** marcação da área a ser plicada.

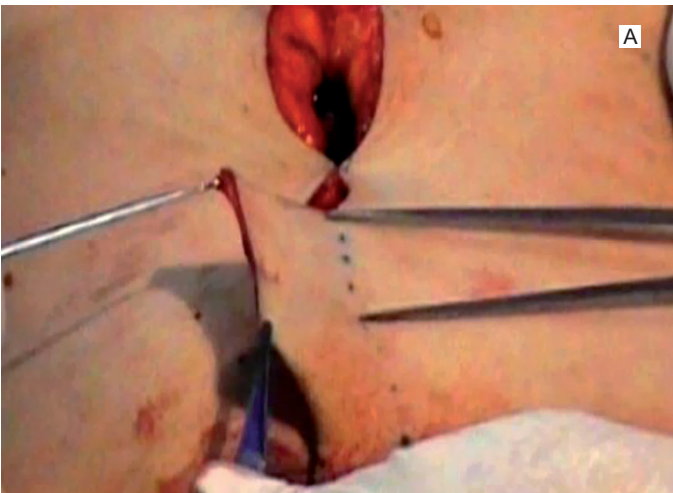


Figura 5 - A: escolha do ponto da faixa de segurança onde será desenhado o retalho, deixando 2,5 cm de base, **B:** desenho do mesmo.

ou caudais. Completamos a marcação com o desenho do segmento cutâneo a ser ressecado no sentido horizontal, da mesma forma que fazemos na abdominoplastia clássica. Tatuamos pontos simétricos nos dois lados do fuso, assim como em toda a base da faixa retangular para nos orientar no momento da ressecção do tecido excedente.

Retirada do retalho - Toda a incisão e retalho são infiltrados em plano subcutâneo com solução anestésica e vasoconstritora (1.000 ml SF 0,9%, 20 ml Lidocaína 20%, 20 ml Ropivacaína 7,5%, 2 ml Adrenalina 1:1.000). O retalho é, então, retirado em bloco e o umbigo, amputado em sua base, está incluído na peça cirúrgica. Suturamos o orifício umbilical com mononylon 3-0 e deixamos o fio bastante longo para nos orientar quanto à posição do umbigo. Hemostasia cuidadosa e rigorosa é feita durante toda a dissecação. Especial atenção deve ser dada aos vasos perforantes que se encontram mais calibrosos neste grupo de pacientes. Não realizamos



Figura 6 - Um dos retalhos prontos, já desengordurado.

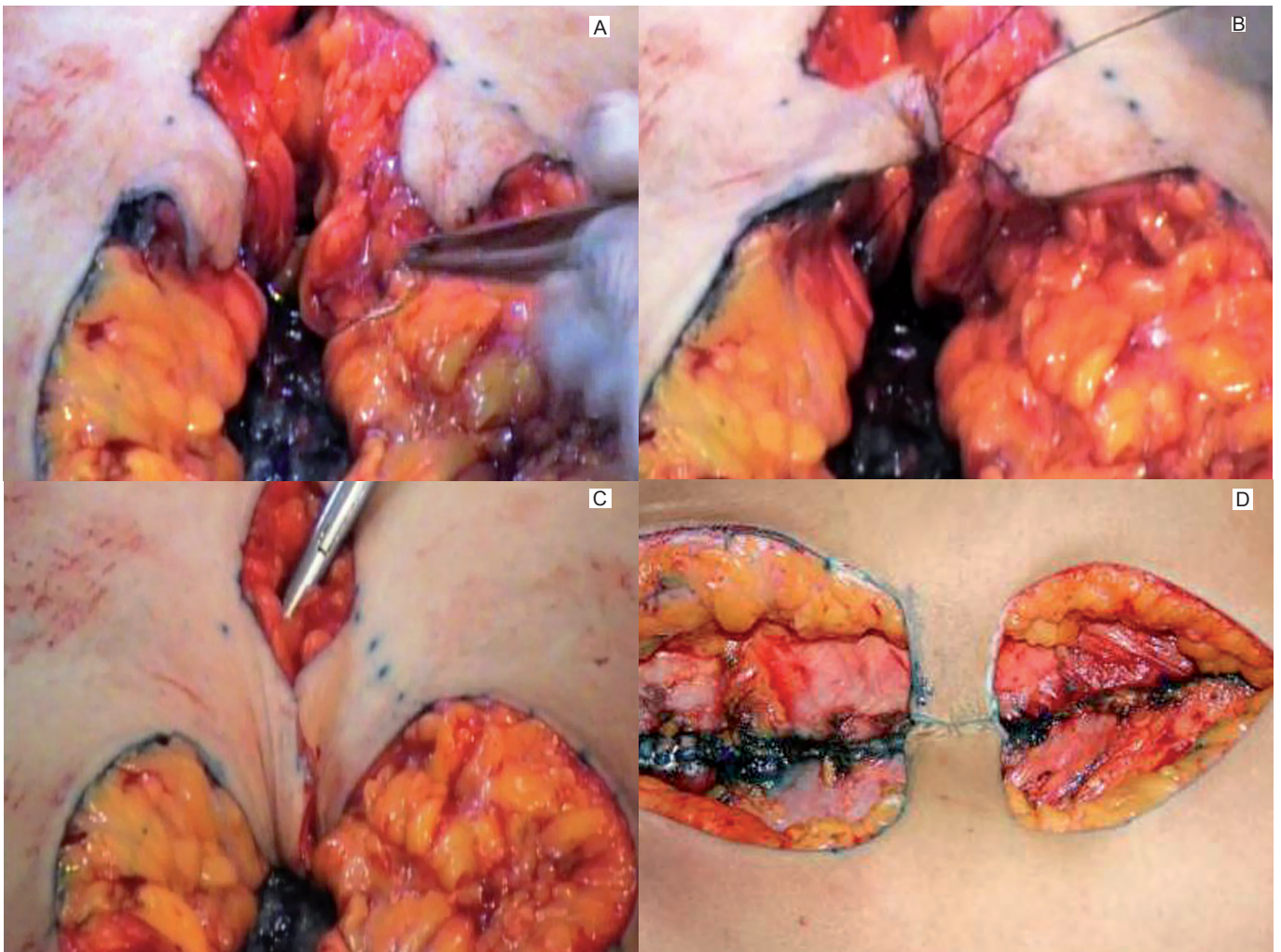


Figura 7 - Fixação dos retalhos à aponeurose com 3 pontos de mononylon 3-0.

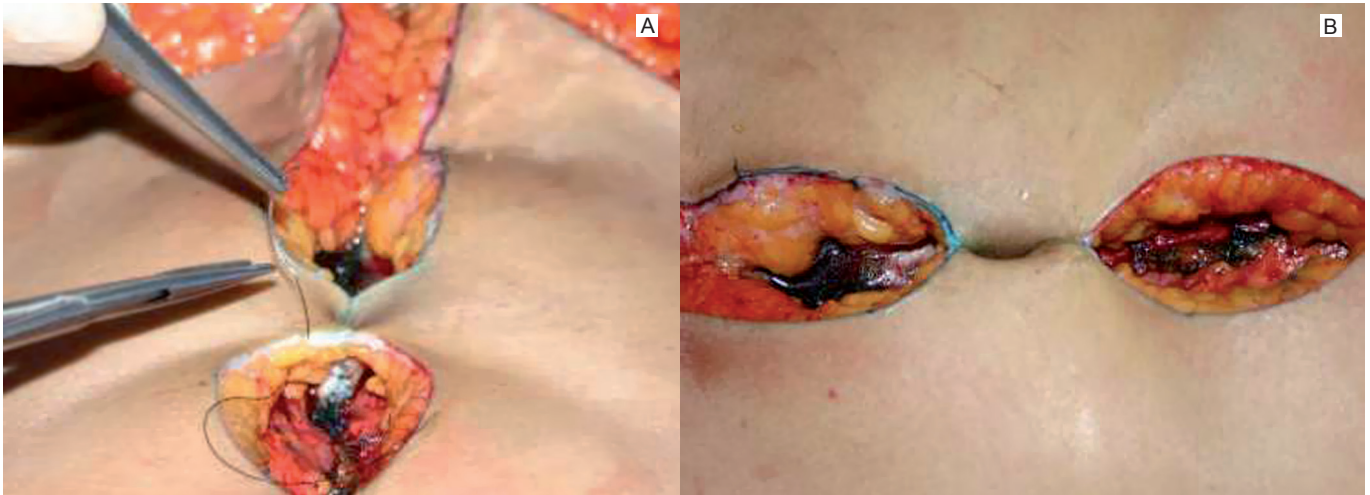


Figura 8 - Sutura intradérmica entre os retalhos com nós invertidos de mononylon 4-0.

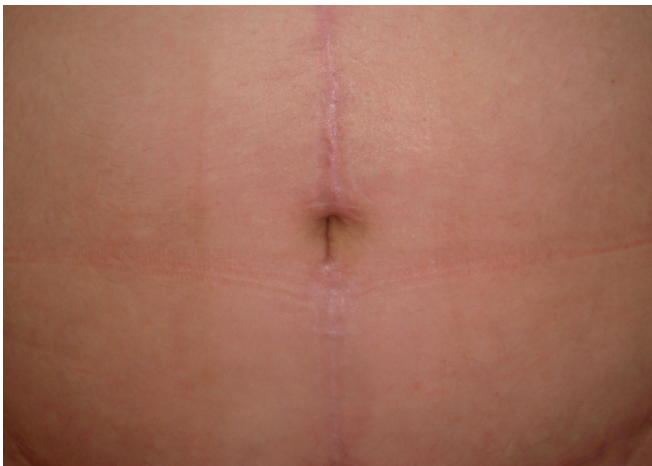


Figura 9 - Aspecto do neo-umbigo após 30 dias.

nenhum tipo de descolamento supra-aponeurótico lateralmente (Figura 4A).

Plicatura - Desenhamos o fuso da plicatura e reaproximamos os retos abdominais por meio de alguns pontos em X de polipropileno 0, seguido de chuleio não interrompido com o mesmo fio (Figura 4B).

Tração - Não utilizamos drenos. Os retalhos dermogorudosos são aproximados na linha média, tracionados para baixo e para o centro. Através de sutura com mononylon 3-0 na aponeurose da linha média e no subcutâneo (incluindo a fáscia de Scarpa) de ambos os retalhos, conseguimos impedir a formação de espaço morto. Este procedimento é realizado em toda a sutura, seja na linha mediana, seja na linha transversa. Seguimos com sutura subdérmica em pontos separados com mononylon 4-0 e epidérmica com mononylon 5-0 em barra grega intercalada com chuleio.

Confecção dos retalhos para o neo-umbigo - Uma vez a sutura atingindo a base dos retalhos retangulares, é chegada a hora de desenharmos os retalhos laterais no novo umbigo. Identificamos o fio longo de mononylon 3-0 deixado na aponeurose para marcação do ponto original do umbigo e desenhamos, na sua projeção, dois retalhos quadrangulares (direito e esquerdo) que medem 2,5 x 2,5 cm com os cantos arredondados (Figura 5). O restante da faixa retangular é, finalmente, ressecado, assim como todo o subcutâneo existente abaixo dos retalhos (Figura 6 e Figura 7A).

Fixação dos retalhos. Por meio de três pontos de mononylon 3-0, unimos a derme medial destes retalhos à aponeurose na linha média (Figuras 7B a 7D). Feito isso, aplicamos sutura intradérmica em pontos separados com os nós invertidos, unindo apenas um retalho ao outro nas suas porções cranial e caudal (Figura 8). Formamos, desta forma, um “dedo de luva”, fixado à aponeurose, que dá um aspecto idêntico a um umbigo. Não é necessária sutura na pele destes retalhos.

Curativo. Aplicamos vaselina sólida dentro do novo umbigo e introduzimos uma esfera de gaze que será trocada a cada curativo até a completa cicatrização. Aplicamos um grande curativo acolchoado, contensivo, fixado com ataduras de crepom. Este curativo será mantido por 24 horas, após as quais, o trocamos por uma cinta modeladora e aplicamos fitas adesivas em toda a extensão das cicatrizes.

RESULTADOS

Uma das pacientes apresentou alargamento de todas as cicatrizes, exceto a umbilical.

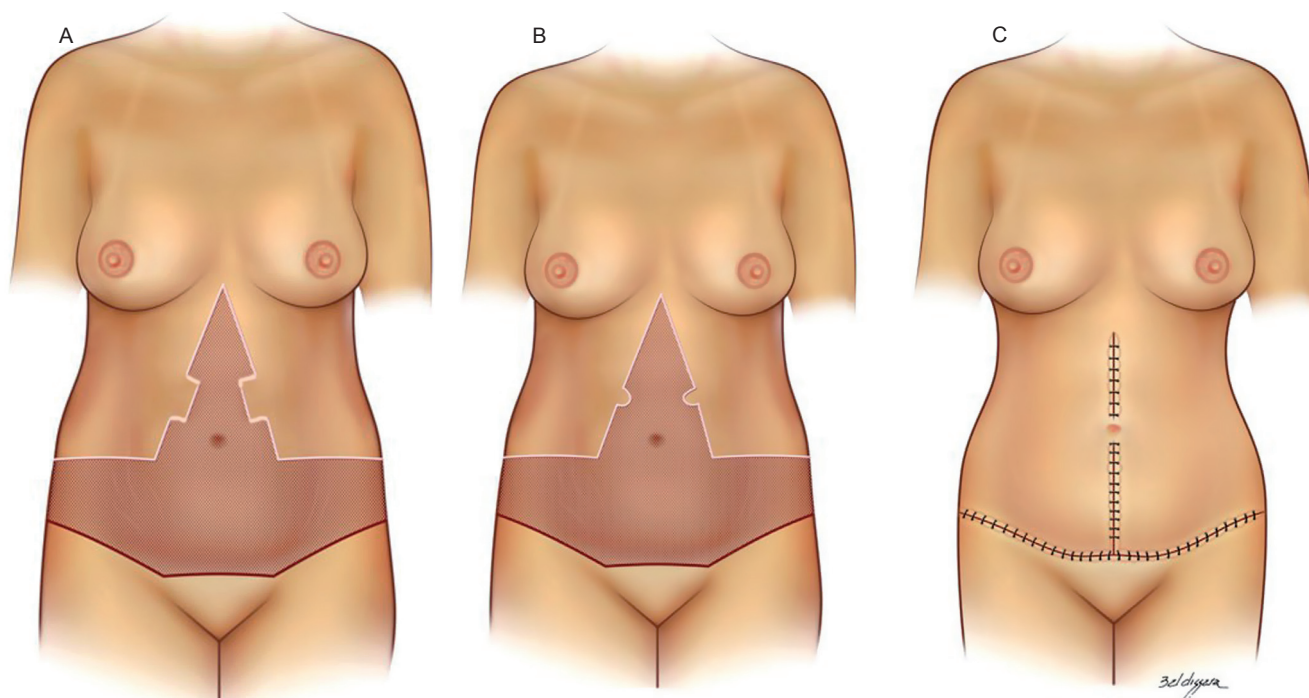


Figura 10 - *A: esquema resumido do procedimento. B: marcação do segmento cutâneo a ser ressecado com a faixa de segurança. Confeção do retalhos. C: Resultado Final.*

Não houve complicações tromboembólicas nem o desenvolvimento de seromas, hematomas, deiscências ou infecções.

Os novos umbigos apresentavam-se bastante alongados no pós-operatório imediato, em virtude da tração caudal dos retalhos látero-superiores, assumindo o aspecto natural a partir do 15º dia (Figura 9). Em virtude de não haver cicatrizes circunferenciais ao redor dos umbigos, alargamentos cicatriciais, hipertrofias cicatriciais ou estenoses não ocorrem.

Todos os resultados foram considerados satisfatórios pela equipe médica e pelos pacientes.

DISCUSSÃO

A utilização de dois retalhos laterais em forma de U na abdominoplastia vertical foi descrita primeiramente pelos argentinos Fernandez & Correa-Iturraspe, em 1951^{5,6}. Método engenhoso, propiciava a criação de umbigos naturais em ressecções apenas verticais, em fuso.

No Brasil, destacamos os trabalhos de Franco et al.^{7,8}, que divulgaram o uso destes retalhos em pacientes com cicatrizes medianas prévias. Os mesmos retalhos foram realizados em diversas técnicas de abdominoplastia, inclusive em casos pós-bariátricos, por diversos autores^{9,10}. Nossa contribuição incide na sistematização do procedimento, já que realizamos a neo-onfaloplastia em todas as abdominoplastias verticais,

assim como na criação da faixa dermo-epidérmica de segurança, fundamental, no nosso entendimento, para o preciso posicionamento dos retalhos no sítio outrora ocupado pela cicatriz umbilical original (Figura 10).

Outros autores também realizam a neo-onfaloplastia de forma rotineira, mas com propósitos e técnicas diversas^{11,12}. No início da nossa experiência, desenhávamos diretamente os retalhos umbilicais. Em alguns casos, notamos, após a tração e sutura, discreta diferença de posição entre os retalhos e o sítio original, seja ela cranial ou caudal. A diferença nunca ultrapassou 2 cm, mas foi suficiente para que criássemos uma forma de evitá-la. O desenho da faixa é simples, pode ter qualquer comprimento e permite o desenho dos retalhos em diversas posições, formas e tamanhos. A tatuagem da sua base nos orienta a manter a linha de secção do fuso.

Por não haver cicatriz circunferencial, estes neo-umbigos são menos propensos a hipertrofia e estenose, criando melhores resultados cosméticos.

CONCLUSÃO

A confecção de neo-umbigos de rotina nas abdominoplastias verticais é um procedimento simples, seguro e propicia resultados cosméticos superiores aos encontrados quando se mantém a cicatriz umbilical prévia. Reduz, ainda, o índice de complicações locais, como estenoses, deiscências e

hipertrofias. A utilização da faixa de segurança na marcação dos retalhos nos fornece maior precisão no correto posicionamento dos mesmos.

REFERÊNCIAS

1. Ferreira ABH. Novo dicionário Aurélio da língua portuguesa. 3ª ed. Curitiba:Positivo;2004.
2. Pitanguy I. Abdominal lipectomy: an approach to it through an analysis of 300 consecutive cases. *Plast Reconstr Surg.* 1967;40(4):384-91.
3. Bozola AR, Psillakis JM. Abdominoplasty: a new concept and classification for treatment. *Plast Reconstr Surg.* 1988;82(6):983-93.
4. Saldanha OR, De 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.
5. Fernandez JC, Correa-Iturraspe M. Dermolipectomia vertical em El delantal grasoso. *El día Medico.* 1951;XXIII:1483.
6. Sinder R. Cirurgia plástica do abdome. Rio de Janeiro;1979.
7. Franco D, Medeiros J, Farias C, Franco T. Umbilical reconstruction for patients with a midline scar. *Aesthetic Plast Surg.* 2006;30(5):595-8.
8. Franco T, Franco D. Neomphaloplasty: an old and new technique. *Aesthetic Plast Surg.* 1999;23(2):151-4.
9. Rozen SM, Redett R. The two-dermal-flap umbilical transposition: a natural and aesthetic umbilicus after abdominoplasty. *Plast Reconstr Surg.* 2007;119(7):2255-62.
10. Chang TN, Baroudi R. Abdominoplasty techniques. In: Mathes SJ, ed. *Plastic surgery.* 2nd ed. Vol 6. Philadelphia:Saunders;2006. p.168-70.
11. Nogueira DSC. Neo-onfaloplastia de rotina em abdominoplastias. *Rev Bras Cir Plást* 2008;23(3):207-13.
12. Amud RJM. Neo-onfaloplastia sem cicatriz. *Rev Soc Bras Cir Plást.* 2008;23(1):37-40.

Correspondência para:

Fabio Neves
Rua Visconde de Pirajá, 623/804 – Ipanema – Rio de Janeiro, RJ, Brasil – CEP 22410-003
E-mail: contato@fabioneves.com.br