

Abdominoplastia clássica associada à vibrolipoaspiração setorial

Classic abdominoplasty associated with sectorial vibroliposuction

MARCELLO PERON ROSA¹
ANTONIO ROBERTO BOZOLA²

Trabalho realizado Hospital de Base da Faculdade de Medicina de São José do Rio Preto, São José do Rio Preto, SP.

A confecção e montagem desse artigo contou com a colaboração do CEPlástica - Centro de Estudos em Cirurgia Plástica do Hospital de Base da Faculdade de Medicina de São José do Rio Preto, São José do Rio Preto, SP.

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

Artigo recebido: 4/1/2010
Artigo aceito: 22/3/2010

RESUMO

Introdução: Os autores propõem uma técnica para tratar a flacidez e o excesso de panículo adiposo nas regiões superior e central do abdome por meio da abdominoplastia clássica associada à vibrolipoaspiração setorial não tumescente. O objetivo é criar um relevo de saliências e depressões na região abdominal, reduzir a projeção do epigástrico e posicionar a cicatriz transversal suprapúbica em local baixo. **Método:** Entre setembro de 2007 e janeiro de 2009, 16 pacientes do sexo feminino, com idades entre 24 e 60 anos, com abdomes do grupo V na classificação de Bozola e Psillakis e excesso de tecido adiposo no abdome superior foram submetidos à abdominoplastia clássica associada à vibrolipoaspiração setorial. **Resultados:** Todas as pacientes da série encontram-se satisfeitas com os resultados obtidos. Em 2 pacientes, detectou-se a presença de seromas, que foram drenados por meio de punções ambulatoriais. Em outra paciente, houve cicatrização hipertrófica, tratada com infiltração de triancinolona e regressão completa da hipertrofia. Nodulações na área central do abdome foram observadas em 2 pacientes, nos quais se realizou vibrolipoaspiração superficial. **Conclusão:** A técnica descrita é eficaz no tratamento estético da região abdominal. A vibrolipoaspiração não tumescente, realizada no final da abdominoplastia nas regiões superior e central do abdome, melhora o contorno abdominal, mantendo a naturalidade dos resultados e o posicionamento mais baixo da cicatriz transversal suprapúbica, o que facilita sua cobertura com vestes menores. É de execução fácil, segura e rápida.

Descritores: Abdome/cirurgia. Lipectomia/métodos. Resultado de tratamento.

SUMMARY

Introduction: The authors propose a technique to treat flaccidity and excess of fat panicle in the upper and central area of the abdomen using the classic abdominoplasty associated with sectorial vibroliposuction non tumescent. The objective is to create a relief of saliencies and depressions in the abdominal area, reduce the projection of the epigastrium and to position the suprapubic transverse scar in a lower place. **Method:** Between September 2007 and January 2009, 16 female patients, with ages between 24 and 60 years old, with in abdominal group V, according to the classification of Bozola and Psillakis, and with an excess of fat tissue in the upper abdomen underwent classic abdominoplasty associated with sectorial vibroliposuction. **Results:** All the patients of the process were pleased with the results obtained. In 2 cases, were detected the presence of seromas which had been drained through ambulatory punctures. In another patient, there was hypertrophic scar, which was treated with infiltration of triamcinolone resulting in the complete regression of the hypertrophy. Nodulations in the central area of the abdomen were observed in 2 patients who had undergone superficial vibroliposuction. **Conclusion:** The procedure is effective in the aesthetic treatment of the abdominal region. When performed at the end of the abdominoplasty in the upper and central part of the abdomen the vibroliposuction improves abdominal contour. It maintains the naturalness of the results and the lower positioning of the transverse suprapubic scar that facilitates its coverage with small clothes. It is secure, fast and easy to implement.

Descriptors: Abdomen/surgery. Lipectomy/methods. Treatment outcome.

1. Membro titular da Sociedade Brasileira de Cirurgia Plástica (SBCP); Prof. Médico Assistente Voluntário do Serviço de Cirurgia Plástica da Faculdade de Medicina de São José do Rio Preto, SP.
2. Professor Doutor em Cirurgia Plástica pela UNIFESP; Membro titular da SBCP; Regente do Serviço de Cirurgia Plástica do Hospital de Base da Faculdade de Medicina de São José do Rio Preto, SP.

INTRODUÇÃO

A melhora do contorno abdominal teve grande evolução com a técnica de abdominoplastia proposta por Callia¹. Pode-se tratar a flacidez de pele e as diástases dos músculos retos abdominais e oblíquos externos concomitantemente. Além disso, a gordura subcutânea (camada lamelar) do retalho dermogorduroso do futuro segmento infra-umbilical pode ser ressecada sob visão direta, no intuito de criar as depressões das fossas ilíacas e o contorno lateral da lira preconizada por Bozola e Psillakis². Da mesma forma, foi possível criar a depressão medial supra-umbilical e a umbilical, mas em muitos casos, o abdome superior e o rebordo costal se tornam muito projetados. A sutura dos músculos retos abdominais aproxima as vertentes gordurosas de ambos os lados do abdome que se soma à projeção dos rebordos costais, condição mais comum nas múltiplas. Como resultado tem-se um abdome de epigástrico e, às vezes, mesogástrico projetado, o que altera a harmonia e a estética do relevo abdominal, sendo queixa frequente dos pacientes no pós-operatório.

A lipoaspiração descrita por Illouz³ somou-se à abdominoplastia na melhora dos resultados obtidos na região do abdome. A lipoabdominoplastia descrita por Leão⁴ e Saldanha et al.⁵ aliou cirurgia clássica com descolamentos em túneis, onde não existem vasos perfurantes musculares importantes, para plicaturas musculares após lipoaspiração no tratamento da região abdominal. Avelar⁶ publicou uma técnica de lipoaspiração associada à abdominoplastia sem descolamento do retalho abdominal, quando o caso não exigia o tratamento dos músculos retos abdominais e oblíquos externos, que precedeu e influenciou substancialmente o desenvolvimento da lipoabdominoplastia. No entanto, há pacientes em que está indicada a abdominoplastia clássica, nos quais a cicatriz suprapúbica resultante ficaria suficientemente baixa, deixando o abdome adequado.

A proposta dos autores foi realizar abdominoplastia clássica associada à vibrolipoaspiração não tumescente nas regiões superior e central do abdome. Assim, tratar o excedente de gordura supra-umbilical, periumbilical e até a parte medial do infra-umbilical. Criar o relevo de saliências e depressões clássicas do abdome e posicionar a cicatriz suprapúbica em local baixo, sem comprometimento vascular do retalho dermogorduroso.

MÉTODO

Entre setembro de 2007 e janeiro de 2009, 16 pacientes do sexo feminino, com idades entre 24 e 60 anos, foram submetidas à abdominoplastia clássica associada à vibrolipoaspiração não tumescente nas regiões superior e central

do abdome. Procurou-se não realizá-la nas áreas não descoladas, onde se encontram os pedículos vasculares do retalho dermogorduroso randomizado, principalmente os laterais, correspondentes aos vasos perfurantes intercostais, subcostais e dos músculos oblíquos externos⁷. O período de acompanhamento variou de 3 a 19 meses e as pacientes foram provenientes de clínica privada.

Os critérios para inclusão no estudo foram: consentimento esclarecido, pacientes hígidos para submeterem-se à abdominoplastia, que os mesmos apresentassem abdome do grupo V na classificação de Bozola e Psillakis⁸ e excesso de tecido adiposo em abdome superior. Os critérios de exclusão foram: obesidade mórbida e existência de cicatrizes no abdome superior.

Técnica cirúrgica

A demarcação da pele no pré-operatório foi realizada inicialmente com a paciente na posição ortostática, nas dobras laterais do abdome acima das pregas inguinais (1,5 a 2 cm). Em decúbito dorsal horizontal, a região suprapúbica foi demarcada com leve concavidade superior, cerca de 4 a 5 cm acima da comissura vulvar.

A abdominoplastia clássica foi realizada com a paciente em decúbito dorsal horizontal, sob sedação e anestesia peridural ou geral com intubação endotraqueal. A incisão no abdome inferior foi realizada com bisturi e lâmina número 23 e seguiu a demarcação prévia, estendendo-se bilateralmente. O descolamento do retalho foi supra-aponeurótico e realizado com cautério. Foi amplo no segmento infra-umbilical e, em túnel no supra-umbilical, expondo os bordos mediais dos músculos retos abdominais, não ultrapassando 2 cm de cada lado da linha média e seguindo até o apêndice xifóide. Corrigiu-se a diástase dos músculos retos abdominais, suturando suas aponeuroses mediais desde o apêndice xifóide até o púbis, com pontos separados e terminando com pontos contínuos ancorados utilizando fios inabsorvíveis de nylon 2-0. Removeu-se o excedente do retalho dermogorduroso sob tração inferior leve e a camada lamelar de gordura nas laterais inferiores do retalho descolado, onde seriam no futuro as fossas ilíacas. Fez-se a marcação da nova posição do umbigo, com ressecção de toda gordura na área correspondente a ele no retalho, concluindo com sutura da *fascia superficialis* e da pele da região suprapúbica e da futura cicatriz umbilical. Os pacientes foram mantidos na posição de Fowler. Utilizou-se dreno tubular aspirativo durante 4 a 7 dias, com sua remoção dependente da drenagem diária atingir volumes menores que 50 ml em 24 horas.

Concluída a abdominoplastia propriamente dita e com a paciente na posição de Fowler, realizou-se uma pequena incisão de 0,5 cm longitudinal logo abaixo do apêndice xifóide e por ela, a vibrolipoaspiração profunda, não

tumescente, com movimentos suaves de cima para baixo e para lateral no andar superior do abdome, acompanhando a área do descolamento do retalho em sentido caudal (Figura 1), passando lateralmente a cicatriz umbilical até próximo à incisão suprapúbica, dependendo da necessidade de cada caso (Figura 2). Utilizou-se cânula com 30 cm de comprimento, 4 mm de diâmetro e 3 furos tipo “mercedes”.

Quando necessário, fez-se vibrolipoaspiração nos flancos posteriores, além dos pedículos perforantes dos músculos oblíquos externos e, nestes locais, foi infiltrada solução salina e epinefrina 1:500.000.

Nas ocasiões em que houve associações com mastoplastias concluídas com cicatrizes em “T” invertido, utilizou-se esta via para realização da vibrolipoaspiração setorial.

Ao término da vibrolipoaspiração, colocou-se malha compressiva na paciente. Após 4 horas, ela foi aberta e mantida assim por 30 minutos, com o intuito de observar e facilitar a circulação sanguínea no retalho abdominal, fechando-a em seguida. Drenagens linfáticas foram iniciadas no quarto dia do pós-operatório, sendo reversas nas áreas vibrolipoaspiradas do abdome (Figura 3) no sentido das cadeias linfáticas axilares bilateralmente.

RESULTADOS

Foram operadas 16 pacientes pela técnica de abdominoplastia clássica associada à vibrolipoaspiração não tumescente nas regiões superior e central do abdome, com resultados satisfatórios (Figuras 4 a 7). Em 7 pacientes, foram associadas mastoplastias. Uma paciente era tabagista e suspendeu o fumo 15 dias antes de ser submetida ao procedimento. O volume aspirado de gordura nas regiões superior e central do abdome variou de 350 a 1000 ml nas pacientes da série.



Figura 1 – Vibrolipoaspiração não tumescente realizada na região central do abdome.

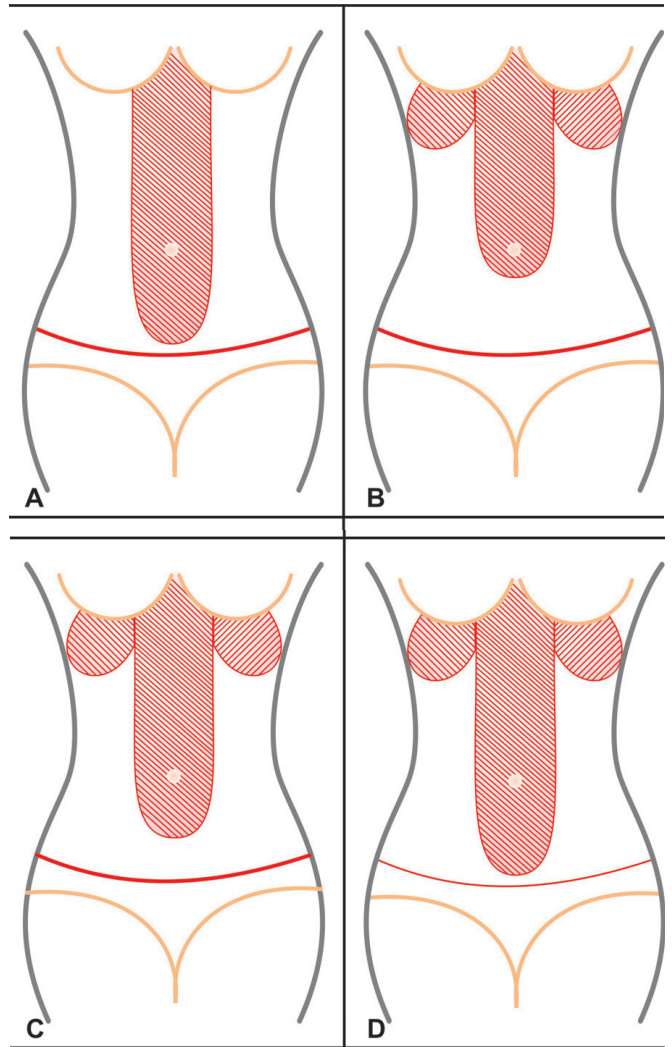


Figura 2 – A, B, C e D: Áreas que podem ser submetidas à vibrolipoaspiração setorial.

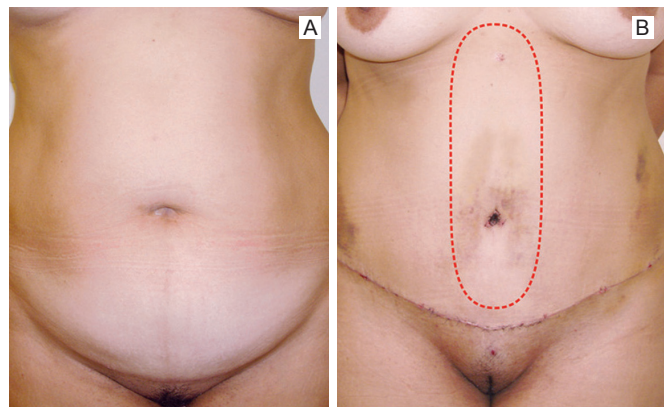


Figura 3 – A: Pré-operatório; B: Pós-operatório de 7 dias. Área pontilhada indica local com equimoses após vibrolipoaspiração (Figura 2A).

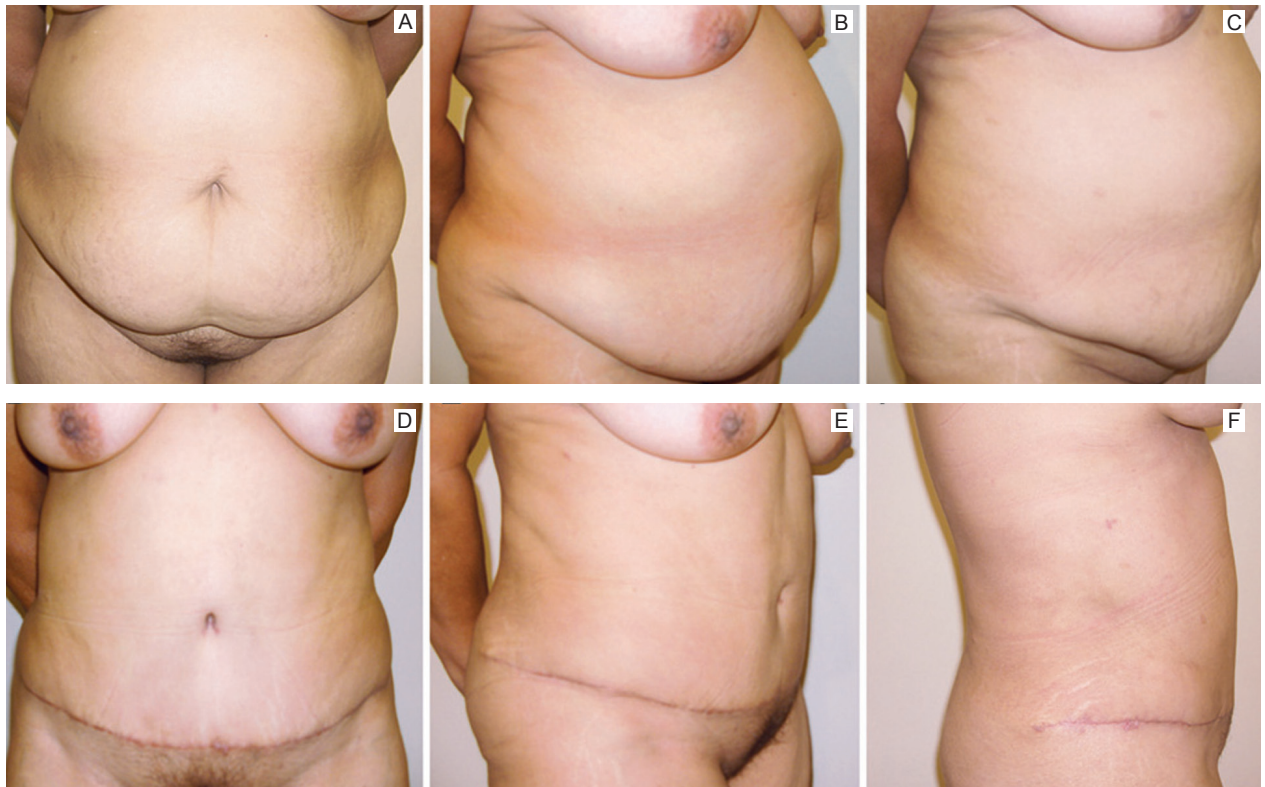


Figura 4 – A, B e C: Pré-operatório; D, E e F: Pós-operatório de 6 meses.

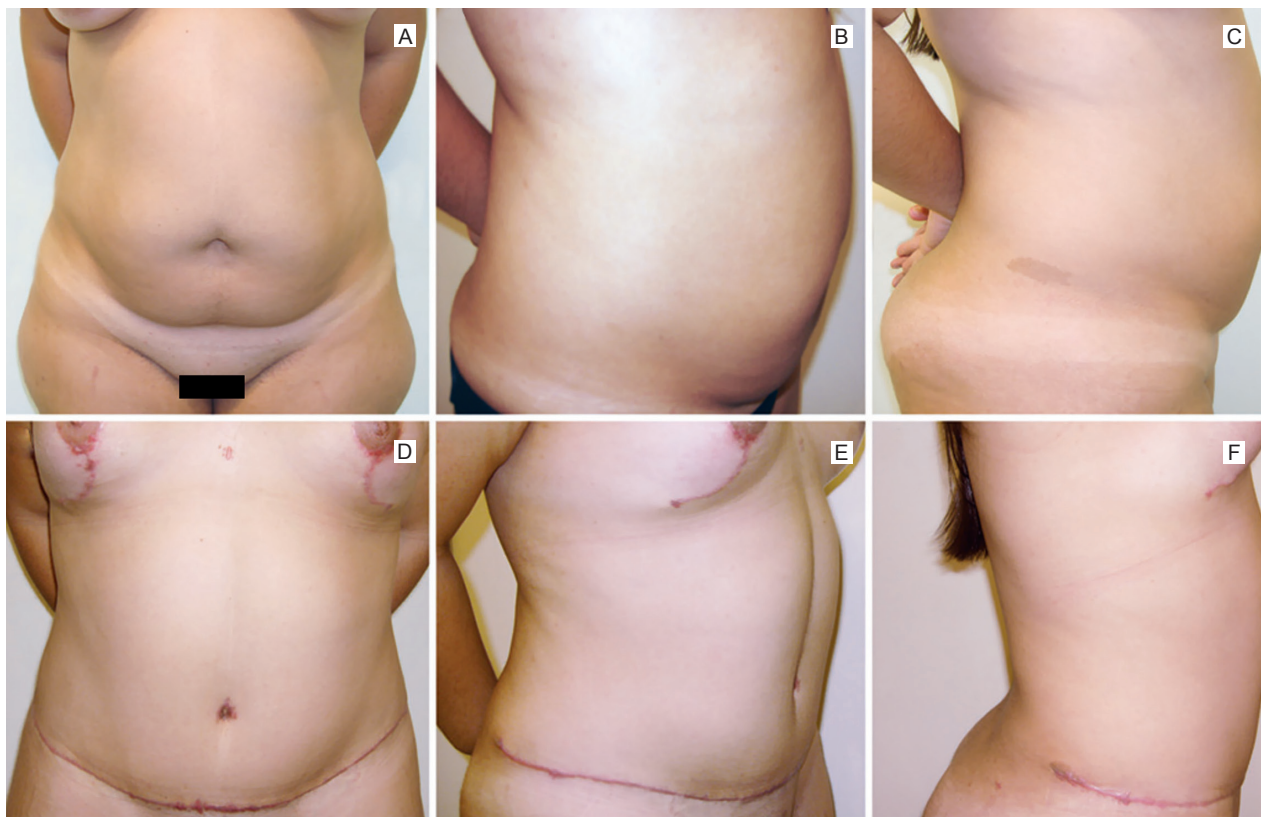


Figura 5 – A, B e C: Pré-operatório; D, E e F: Pós-operatório de 4 meses.

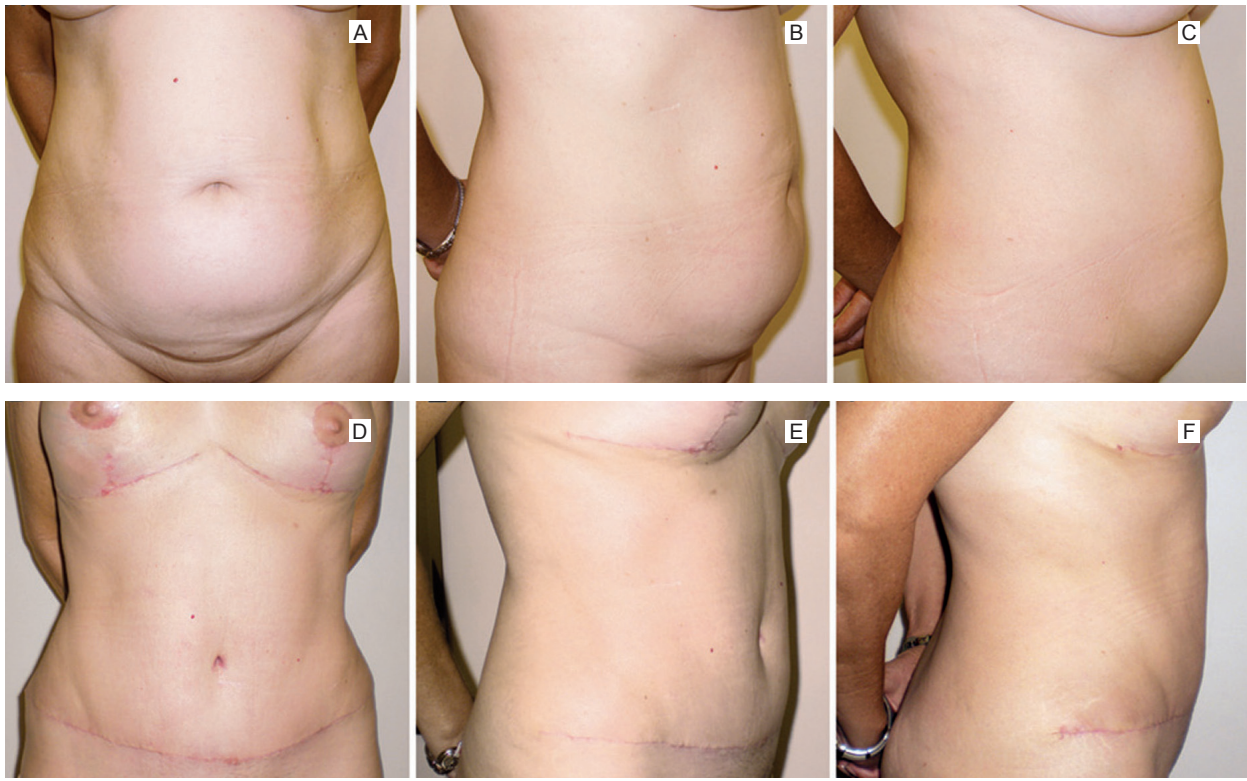


Figura 6 – A, B e C: Pré-operatório; D, E e F: Pós-operatório de 6 meses.

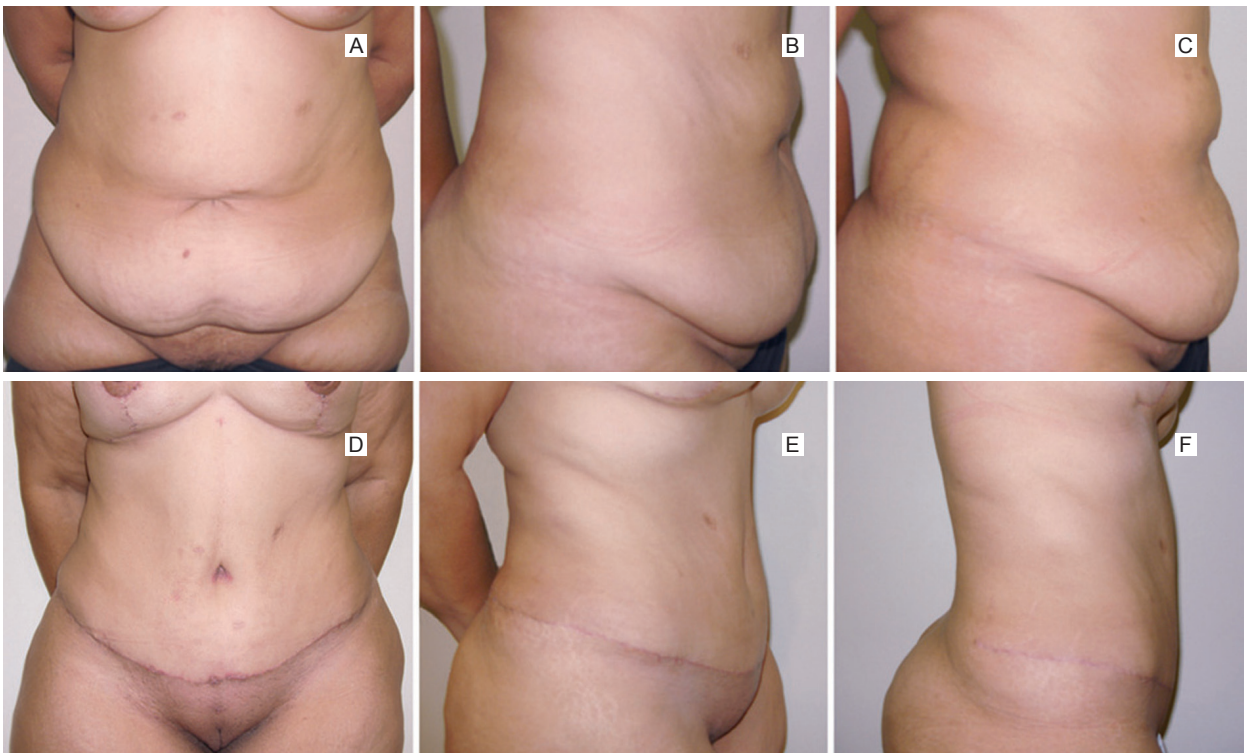


Figura 7 – A, B e C: Pré-operatório; D, E e F: Pós-operatório de 6 meses.

Em 2 casos, detectou-se a presença de seromas, drenados por punções ambulatoriais, com resolução satisfatória. Em outra paciente, houve cicatrização hipertrófica nas cicatrizes umbilical e transversal suprapúbica, tratadas com infiltrações de triancinolona e regressão completa da hipertrofia após 4 meses das infiltrações. Nodulações na região superior do abdome foram observadas em 2 pacientes, nos quais se realizou vibrolipoaspiração superficial. Tratadas com aumento do número de sessões de drenagens linfáticas, apresentaram resolução completa, sem sequelas.

Todas as pacientes foram acompanhadas sem necessidade de revisões cirúrgicas.

DISCUSSÃO

A abdominoplastia clássica é uma técnica amplamente utilizada pelos cirurgiões plásticos desde longa data. A técnica proposta por Callia¹, em 1965, marcou uma nova era das abdominoplastias, colocando a incisão sobre o púbis e seus prolongamentos laterais paralelos às pregas inguinais, posicionando a cicatriz em área escondida. Pitanguy⁹, em 1967, promoveu a plicatura dos músculos retos abdominais sem a abertura da aponeurose, contribuindo com a melhora do resultado final da abdominoplastia. A associação com lipoaspiração no mesmo tempo cirúrgico proporcionou resultados melhores no contorno abdominal, porém, em alguns casos, a cicatriz suprapúbica resultante localiza-se em posição mais alta que a esperada na correspondente da abdominoplastia clássica. O que é lógico porque o retalho dermogorduroso é menos descolado na lipoabdominoplastia.

A técnica descrita pelo autor consegue agregar a praticidade e a experiência obtida ao longo dos anos com a abdominoplastia à melhora do contorno abdominal por meio da vibrolipoaspiração não tumescente nas regiões superior e central do abdome, reduzindo a projeção do epigástrico, do mesogástrico e, eventualmente, dos hipocôndrios.

Os pontos de fixação do retalho dermogorduroso na aponeurose anterior descritos por Baroudi & Ferreira¹⁰ e Pollock & Pollock¹¹ não foram realizados por dificultar a vibrolipoaspiração setorial e, portanto, houve necessidade de drenagem aspirativa. Apesar da utilização da drenagem por até 7 dias no pós-operatório, observou-se a presença de seromas em 2 pacientes, que foram solucionados a nível ambulatorial.

A outra complicação ocorrida no início da série de casos operados foi o surgimento de nodulações em 2 pacientes, nas regiões para-mediais do abdome superior no pós-operatório precoce. Após a revisão da técnica cirúrgica empregada, concluiu-se que a vibrolipoaspiração

realizada nestas pacientes foi superficial. A partir daí, a vibrolipoaspiração foi realizada em plano profundo, sem a ocorrência de novos casos.

A vibrolipoaspiração não tumescente e suave no final da abdominoplastia, provavelmente, preserva um grande número de vasos perfurantes musculocutâneos que estão mais próximos das bordas laterais dos músculos reto-abdominais que da linha alba¹², mantendo um suprimento sanguíneo e uma drenagem venosa e linfática do retalho descolado suficientes para não haver prejuízo na vascularização final do mesmo. A remoção de grande quantidade de células adiposas com a vibrolipoaspiração pode contribuir para diminuir a necessidade metabólica do retalho e propiciar o relaxamento dos plexos vasculares existentes no mesmo, melhorando o fluxo sanguíneo quando mantidos os vasos perfurantes musculares importantes que estão próximos da área descolada e lipoaspirada, o que pode ser evidenciado pela ausência de complicações, como epidermólise e necrose de pele no retalho abdominal, nos casos estudados.

A técnica relatada neste presente estudo é uma nova alternativa às existentes no tratamento da região abdominal. O acompanhamento a longo prazo e o aumento do número de pacientes submetidos ao procedimento serão importantes para melhor avaliá-la, assim como ser reprodutível.

CONCLUSÃO

A técnica descrita é eficaz no tratamento estético da região abdominal. Os pacientes candidatos à abdominoplastia clássica e com excesso de tecido adiposo no abdome superior podem ser beneficiados por ela. A vibrolipoaspiração não tumescente, realizada no final da abdominoplastia, nas regiões superior e central, melhora o contorno abdominal, mantém a naturalidade dos resultados e o posicionamento mais baixo da incisão transversal suprapúbica, o que facilita a sua cobertura com vestes menores. É de execução fácil, segura e rápida.

REFERÊNCIAS

1. Callia WEP. Contribuição para o estudo da correção cirúrgica do abdome pêndulo e globoso: técnica original [Tese de Doutorado]. São Paulo: Faculdade de Medicina da Universidade de São Paulo; 1965.
2. Bozola AR, Psillakis JM. Abdominoplasty: a new concept and classification for treatment. *Plast Reconstr Surg.* 1988;82(6):983-93.
3. Illouz Y-G. Une nouvelle technique pour les lipodystrophies localisées. *Rev Chir Esth Franc.* 1980;6:9-14.
4. Leão C. Curso de abdominoplastias. Chairman: Bozola AR. In: XXXVII Congresso Brasileiro de Cirurgia Plástica; 2000 Nov 12-15; Porto Alegre, Brasil.

5. Saldanha OR, Pinto EB, Matos WN Jr, Lucon RL, Magalhães F, Bello EM. Lipoabdominoplasty without undermining. *Aesthet Surg J.* 2001;21(6):518-26.
6. Avelar JM. Abdominoplasty: a new technique without undermining and fat layer removal. *Arq Catarinenses Med.* 2000;29:147-9.
7. Tregaskiss AP, Goodwin AN, Acland RD. The cutaneous arteries of the anterior abdominal wall: a three-dimensional study. *Plast Reconstr Surg.* 2007;120(2):442-50.
8. Bozola AR, Bozola AC. Abdominoplastias. In: Mélega JM, Baroudi R, eds. *Cirurgia plástica fundamentos e arte: cirurgia estética.* Rio de Janeiro:Medsi;2003. p.609-23.
9. Pitanguy I. Abdominoplastias. *O Hospital.* 1967;71(6):1541-56.
10. Baroudi R, Ferreira CA. Seroma: how to avoid it and how to treat it. *Aesthet Surg J.* 1998;18(6):439-41.
11. Pollock H, Pollock T. Progressive tension sutures: a technique to reduce local complications in abdominoplasty. *Plast Reconstr Surg.* 2000;105(7):2583-6.
12. Graf R, de Araujo LR, Rippel R, Neto LG, Pace DT, Cruz GA. Lipoabdominoplasty: liposuction with reduced undermining and traditional abdominal skin flap resection. *Aesthetic Plast Surg.* 2006;30(1):1-8.

Correspondência para:

Marcello Peron Rosa
Rua Antonio de Godoy, 3632 - Redentora - São José do Rio Preto, SP, Brasil - CEP 15015-100
E-mail: marperon@uol.com.br