

Tratamento da estenose umbilical em paciente com dermolipectomia vertical

Treatment of the umbilical stenosis in a vertical dermolipectomy patient

ANDRÉ LUIS ROSENHAIM
MONTE¹

Trabalho realizado na clínica privada do autor, Porto Alegre, RS, Brasil.

Artigo submetido pelo SGP (Sistema de Gestão de Publicações) da RBCP.

Artigo recebido: 10/7/2009
Artigo aceito: 16/5/2010

RESUMO

Introdução: As alterações inestéticas da cicatriz umbilical em abdominoplastias verticais são frequentes fatores de insatisfação com os resultados. **Relato de Caso:** Apresentamos neste artigo um caso de estenose umbilical em paciente com dermolipectomia vertical prévia, no qual utilizamos dois retalhos laterais interpolados ao coto umbilical, para o tratamento e a prevenção da recidiva, os quais designamos técnicas dos retalhos triangulares opostos. O resultado estético obtido nos incentivou a indicá-la como técnica primária de onfaloplastia nestes casos.

Descritores: Constrição Patológica. Umbigo/cirurgia. Procedimentos Cirúrgicos Reconstructivos/métodos. Cicatriz/pathologia/cirurgia.

ABSTRACT

Introduction: The anesthetic alterations of the umbilical scar in vertical abdominoplasties are usually factors of patient dissatisfaction. **Case Report:** We present in this article an umbilical stenosis case in a vertical abdominoplasty patient where we preserve two triangular flaps inserted on umbilical stump for treatment and prevention the umbilical stenosis that we called the opposite triangular flaps technique. The aesthetic result obtained with this technique motivates us to use it primarily in our vertical abdominoplasties.

Keywords: Constriction, Pathologic. Umbilicus/surgery. Reconstructive Surgical Procedures/methods. Cicatrix/pathology/surgery.

INTRODUÇÃO

A cicatriz umbilical ainda representa um desafio nas abdominoplastias e quando inestética por hipertrofia ou estenose é um fator de insatisfação dos pacientes. Em pacientes com cicatriz mediana, esta situação apresenta-se, ao nosso entender, com maior frequência, visto que a onfaloplastia nestes casos é realizada de maneira circunferencial, propiciando a estenose pelo fenômeno de contração cicatricial.

Várias técnicas são propostas para realização de onfaloplastias ou mesmo de neoneofaloplastias¹⁻⁶, buscando resultados estéticos para as cicatrizes umbilicais, sendo algumas já consagradas, como a técnica de Avelar, porém dispomos de poucas alternativas técnicas em relação às dermolipectomias verticais.

Franco et al.⁵ publicaram, em 2006, a confecção de neoumbigo com retalhos laterais em pacientes com cicatrizes verticais, obtendo resultados estéticos satisfatórios.

Relatamos, neste artigo, o tratamento da estenose umbilical em paciente pós-bariátrica, onde realizamos uma dermolipectomia vertical complementar e técnica de onfaloplastia idealizada para este caso, na qual utilizamos dois retalhos triangulares laterais, baseado na publicação de Talita Franco, interpolando-os aos retalhos da cicatriz umbilical: técnica dos retalhos triangulares opostos (Figura 1).

RELATO DO CASO

Paciente em pós-operatório tardio de cirurgia bariátrica e dermolipectomia abdominal em âncora, apresentando estenose da cicatriz umbilical, cicatrizes hipertróficas, alargadas e ptose pubiana (Figura 2). Foram propostos para este caso revisão da dermolipectomia vertical e reposicionamento do ramo horizontal com correção da ptose púbica e plicatura dos músculos reto abdominais. Em relação à estenose umbilical,

1. Cirurgião plástico, Membro Associado da Sociedade Brasileira de Cirurgia Plástica, Porto Alegre, RS, Brasil.

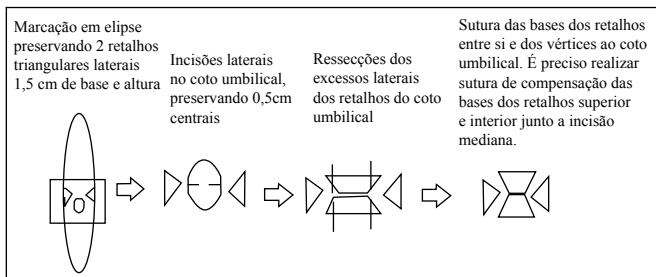


Figura 1 – Esquema das etapas principais da técnica de onfaloplastia.



Figura 2 – Pré-operatório onde observamos cicatrizes hipertróficas e mal posicionadas e estenose umbilical.

idealizamos preservar dois retalhos triangulares de modo a interpolá-los ao coto umbilical após ressecção do anel de estenose, pois acreditávamos haver escassez de tecido.

Técnica Cirúrgica

Realizada marcação em elipse vertical e horizontal, preservando dois retalhos triangulares laterais com 1,5 cm de base e comprimento ao nível da cicatriz umbilical (Figura 3). Realizamos de rotina infiltração com solução 1:500.000 de adrenalina em todas as incisões. Ressecção prévia do retalho demarcado, seguida de plicatura de músculos retos abdominais. Em seguida, realizamos a sutura das incisões, exceto a região umbilical. Realizamos a fixação do coto umbilical, seguida de incisão horizontal de cada lado, com

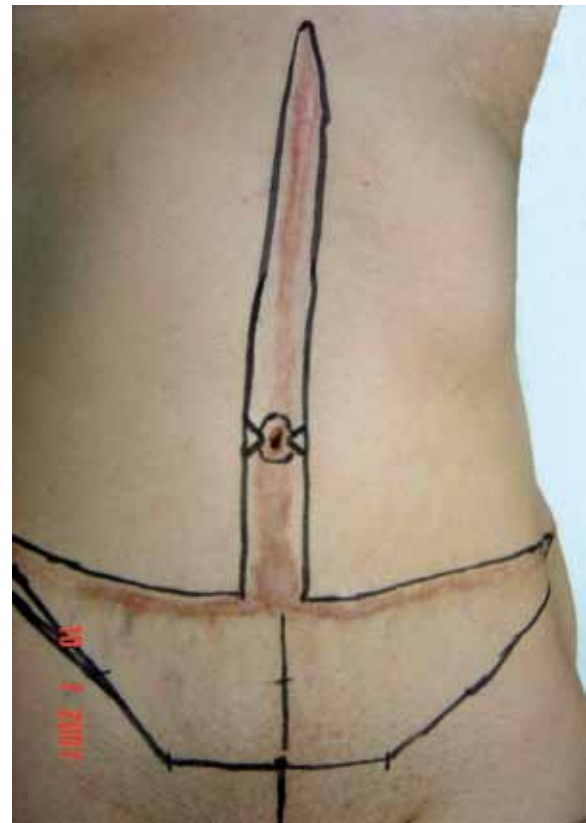


Figura 3 – Marcações pré-operatórias.

extensão de 1,5 cm, não transfixantes, de modo a obter dois retalhos triangulares opostos, superior e inferior. Ressecamos os excessos cutâneos do coto umbilical, correspondentes aos vértices da base de ambos os triângulos. Iniciamos fixando os vértices dos retalhos laterais com pontos em “U”, interpolando-os aos retalhos do coto umbilical. Suturamos ambos os retalhos entre si e finalizamos a sutura da incisão mediana. Encontramos alguma dificuldade nesta sutura entre a incisão mediana supra e infraumbilical e as respectivas bordas superior e inferior dos retalhos do coto umbilical, pela redundância cutânea destes, sendo realizados pontos de compensação (Figura 1). Se necessário, pode-se ressecar novamente pele excedente do coto umbilical.

Obtivemos adequado tratamento da estenose umbilical e com resultado estético satisfatório, não observando recidiva durante um ano de acompanhamento ambulatorial pós-operatório (Figuras 4 e 5).

DISCUSSÃO

Observamos com relativa frequência a ocorrência de cicatrizes umbilicais hipertróficas ou inestéticas, em abdominoplastias verticais ou em “âncora”, relacionadas



Figura 4 – Pós-operatório.



Figura 5 – Imagem ampliada da cicatriz umbilical no pós-operatório.

principalmente à onfaloplastia circunferencial geralmente realizada, incidindo diretamente sobre esta o fenômeno de contração cicatricial. É de conhecimento de todos que há “quebra” desta linha de cicatriz por retalhos geométricos ou

mesmo zetaplastias, conseguimos minimizar este fenômeno e obtemos resultados mais estéticos. Este artifício técnico que propomos é simplesmente a utilização deste conceito de quebra da cicatriz e interpolação de retalhos para corrigirmos a estenose umbilical em dermolipectomias verticais. Habitualmente, nestes casos, as opções de tratamento são a revisão de cicatriz e confecção de neoumbigo. Em nosso entender, as revisões cicatriciais não são eficientes, por manterem a cicatriz circular e as neo-onfaloplastias, apesar de apresentarem resultados estéticos melhores, são por vezes mais complexos, desnecessários e superindicados quando nos casos de estenose umbilical, esta se restringe apenas a sua porção distal. Portanto, a nosso ver, a neo-onfaloplastia deve ser indicada de maneira criteriosa, mesmo nos casos com necrose parcial umbilical, ou mesmo nos casos com hérnias umbilicais ou incisionais pequenas a moderadas. Nestes casos, temos realizado com sucesso a onfaloplastia à Avelar ou mesmo a técnica acima proposta, deixando o coto umbilical menos esqueletizado, além disso, o reparo da hérnia é efetivado por uma incisão vertical sobre este, sem desinserção da aponeurose.

Salientamos como vantagem desta técnica a qualidade estética obtida, com ausência de cicatrizes laterais aparentes no umbigo, redução do risco de recidivas da estenose, diminuição da tensão sobre a cicatriz mediana, reprodutibilidade técnica, além de as cicatrizes situarem-se sobre as pré-existentes.

Entusiasmados pelo resultado obtido na solução deste caso, iniciamos indicando esta técnica primariamente em dermolipectomias verticais e observando a mesma reprodutibilidade de resultados, sendo hoje nossa rotina nestes casos (Figuras 6 a 9).



Figura 6 – Pré-operatório de dermolipectomia e aplicação primária da técnica de onfaloplastia proposta.



Figura 7 – Pós-operatório: detalhe da cicatriz umbilical.



Figura 9 – Pós-operatório.



Figura 8 – Pré-operatório de revisão de dermolipectomia e correção de hérnia umbilical com aplicação da técnica de onfaloplastia dos retalhos triangulares opostos.

CONCLUSÃO

Solucionamos com êxito a estenose do umbigo neste caso, utilizando retalhos laterais interpolados aos retalhos de coto umbilical, os quais a temos denominado de técnica dos

retalhos triangulares opostos. Temos indicado primariamente esta técnica de onfaloplastia nos casos de dermolipectomias verticais, com melhora estética significativa e ausência de alterações cicatriciais ao nível do umbigo.

REFERÊNCIAS

1. Yotsuyanagi T, Nihei Y, Sawada Y. A simple technique for reconstruction of the umbilicus, using two twisted flaps. *Plast Reconstr Surg.* 1998;102(7):2444-6.
2. Malic C, Spyrou GE, Hough M, Fourie L. Patients satisfaction with two different methods of umbilicoplasty. *Plast Reconstr Surg.* 2007;119(1):357- 61.
3. Shinohara H, Matsuo K, Kikuchi N. Umbilical reconstruction with an inverted C-V flap. *Plast Reconstr Surg.* 2000;105(2):703-5.
4. Sevin A, Sevin K, Senen D, Erdogan B. A new method for umbilicus reconstruction: preliminary report. *Aesthetic Plast Surg.* 2006;30(5):589-91.
5. Franco D, Medeiros J, Farias C, Franco T. Umbilical reconstruction for patients with a midline scar. *Aesthetic Plast Surg.* 2006;30(5):595-8.
6. Masuda R, Takeda A, Sugimoto T, Ishiguro M, Uchinuma E. Reconstruction of the umbilicus using a reverse fan-shaped flap. *Aesthetic Plast Surg.* 2003;27(5):349-53.

Correspondência para:

André Luis Rosenhaim Monte
Rua Padre Chagas, 185 - cjto. 1102 – Moinhos de Vento – Porto Alegre, RS, Brasil – CEP 90570-080
E-mail: alrmonete@hotmail.com