

Neo-onfaloplastia com incisão em X em 401 abdominoplastias consecutivas

Neomphaloplasty using an X-shaped incision in 401 consecutive abdominoplasties

TICIANO CÉSAR TEIXEIRA CLÓ¹

RESUMO

Introdução: A procura por um umbigo de aspecto natural, que não comprometa o resultado estético das abdominoplastias, começou na década de 1950 e, desde então, a técnica de transposição umbilical é a preferida pela maioria dos cirurgiões. O objetivo deste artigo é descrever nova técnica de reconstrução umbilical, utilizando pequenas incisões em forma de X na pele abdominal, que criam 4 pequenos retalhos em forma de V, os quais são suturados à aponeurose com suturas absorvíveis. **Método:** Essa técnica foi utilizada em 401 abdominoplastias consecutivas e foi realizada uma pesquisa para determinar o nível de satisfação dos pacientes com o resultado estético dos umbigos. **Resultados:** Foram criados umbigos extremamente naturais, de maneira facilmente reprodutível e sem cicatrizes aparentes, com baixa incidência de complicações (9,7%) e alto índice de satisfação dos pacientes. **Conclusões:** A técnica utilizada permitiu a criação de um novo umbigo com aparência natural, de maneira simples, segura e rápida, com baixo índice de complicações.

Descritores: Umbigo. Cicatriz. Abdome/cirurgia. Abdominoplastia.

ABSTRACT

Background: The search for a natural-looking umbilicus that does not compromise the aesthetic results of abdominoplasty began in the 1950s. Since then, the umbilical transposition technique has remained the preferred method among most surgeons. The objective of this study was to describe a new technique for umbilical reconstruction using small X-shaped incisions in the abdominal skin to create 4 small V-shaped flaps. These flaps are then sutured to the aponeurosis using absorbable sutures. **Methods:** This technique was used in 401 consecutive abdominoplasties and a survey was conducted to determine the level of patient satisfaction with the aesthetic results of their umbilicus. **Results:** Remarkably natural-looking umbilici were obtained using the described technique, which was also easily reproducible, did not cause any apparent scars, had a low incidence of complications (9.7%), and resulted in high patient satisfaction with the aesthetic results of the surgery. **Conclusions:** The described technique represented a simple, safe, and fast approach to create new, natural-looking umbilici with a low rate of complications.

Keywords: Umbilicus. Scar. Abdomen/surgery. Abdominoplasty.

Trabalho realizado na clínica privada do autor, Belo Horizonte, MG, Brasil.

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

Artigo recebido: 3/6/2012
Artigo aceito: 8/10/2012

INTRODUÇÃO

A abdominoplastia foi inicialmente descrita por Kelly e tem sido realizada há mais de um século¹.

Na década de 1950, foi desenvolvida uma técnica para reconstrução da cicatriz umbilical, enfatizando sua im-

portância e relatando os distúrbios emocionais associados à remoção do umbigo¹⁻³. Desde então, a técnica de transposição umbilical se tornou um passo fundamental da abdominoplastia.

No entanto, complicações frequentes das incisões periumbilicais, como hipertrofias e estenoses, levaram os cirur-

1. Cirurgião plástico, membro titular da Sociedade Brasileira de Cirurgia Plástica, Belo Horizonte, MG, Brasil.

giões a tentar criar novas técnicas utilizando diferentes tipos de incisões em torno dos umbigos e nos retalhos abdominais que os circundam.

Regnault¹ e Baroudi⁴, na década de 1970, descreveram o uso de incisões horizontais no retalho e Avelar⁵, em 1978, propôs uma incisão em forma de estrela, que reduziram o risco de estenose.

Diversas técnicas foram propostas, como a de Juri et al.⁶, que preconiza incisão em forma de V, a de Massiha et al.⁷, que inclui uma incisão umbilical circular e uma triangular no retalho abdominal, a de Malic et al.⁸, que utiliza uma incisão em U invertido no retalho, a de Castillo et al.⁹, que utiliza retalhos de pele desepitelizados em forma de Y, além de muitos outros autores^{2,10-13}.

Várias técnicas foram descritas para casos específicos de reconstrução umbilical, como ausência congênita ou perda traumática¹³⁻¹⁷. Illouz¹⁸ propôs que toda abdominoplastia deveria ser feita com reconstrução umbilical, já que o umbigo, apesar de esteticamente importante, não tem outra função e pode ser substituído.

O objetivo deste trabalho é apresentar nova técnica de reconstrução umbilical, de confecção simples e rápida, com resultados consistentemente naturais, sem cicatrizes aparentes e que pode ser realizada rotineiramente nas abdominoplastias, substituindo a transposição umbilical.

MÉTODO

A reconstrução umbilical com incisão em X foi realizada em 401 pacientes consecutivos submetidos a abdominoplastia.

A idade dos pacientes variou de 23 anos a 67 anos, sendo 392 mulheres e 9 homens.

As cirurgias foram feitas entre julho de 2003 e dezembro de 2011 e o acompanhamento pós-operatório variou entre 5 meses e 36 meses.

Técnica Cirúrgica

Uma incisão suprapúbica com concavidade superior foi realizada entre as cristas ilíacas ântero-superiores. O retalho dermogorduroso foi elevado expondo a aponeurose muscular e o descolamento do retalho foi estendido até a altura do apêndice xifoide.

Durante o descolamento, o pedículo umbilical foi dissecado e separado de sua origem na aponeurose. Se a cavidade abdominal fosse inadvertidamente aberta, seu fechamento poderia ser realizado com sutura simples de náilon 3.0. Depois da hemostasia, a diástase dos músculos retos abdominais foi corrigida com sutura contínua inabsorvível de prolene 2.0. Com essa manobra, o coto umbilical foi sepultado e a projeção de sua posição na parede muscular plicada foi marcada com azul de metileno.

A porção superior do retalho foi tracionada e progressivamente fixada à aponeurose, iniciando-se na região do apêndice xifoide e seguindo em direção ao umbigo, com pares de suturas absorvíveis 2.0, colocadas a 4 cm de distância cada, seguindo a linha central de plicatura muscular. Em seguida, o excesso de tecido foi ressecado (Figura 1).

Na Figura 1, percebem-se as depressões na porção superior do retalho, indicando os locais onde foi suturado à aponeurose (Baroudi).

A margem do retalho abdominal remanescente foi então temporariamente suturada à borda da incisão da região pubiana, para definição da posição do novo umbigo, utilizando-se um “marcador de umbigo”, que projeta a posição original do umbigo na superfície do retalho tracionado (Figura 2).

Nesse local, foi marcado na pele um X, em que cada um de seus 4 segmentos tinha 4 mm de comprimento (Figura 3).

Foi realizada a incisão em X, criando 4 pequenos retalhos em forma de V (Figura 4).

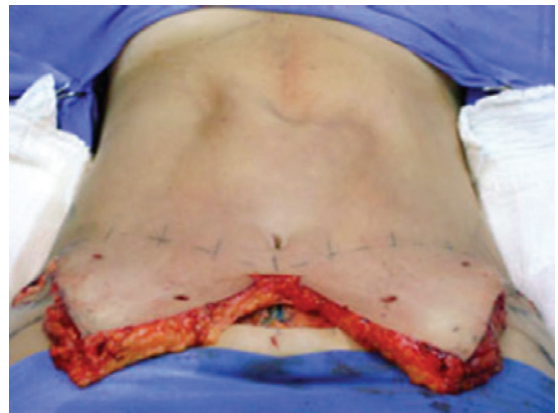


Figura 1 – Fase anterior à ressecção do retalho abdominal.

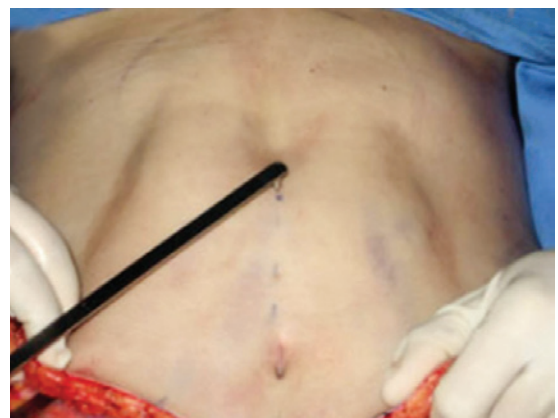


Figura 2 – Uso de marcador de umbigo definindo sua posição original.

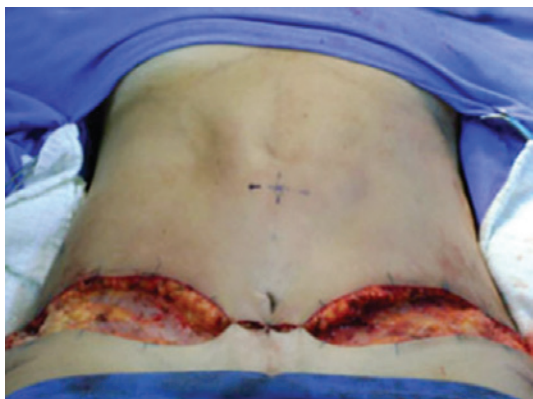


Figura 3 – Retalho temporariamente fixado à região púbica e local de marcação do X no retalho abdominal.

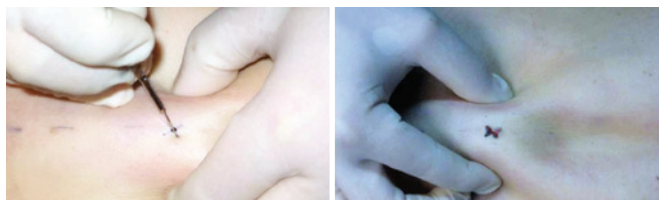


Figura 4 – Incisão em X criando 4 pequenos retalhos em forma de V.

Em seguida, foi realizada ressecção cônica do tecido adiposo sob a incisão em X com tesoura, criando uma depressão nessa região (Figura 5 A). A sutura temporária que fixava o retalho foi removida e o retalho abdominal, evertido para hemostasia (Figura 5 B). O novo umbigo foi fixado à aponeurose na posição previamente marcada, usando duas suturas monofilamentares absorvíveis 2.0. A primeira sutura foi passada através da aponeurose, do retalho em V superior e do retalho em V esquerdo. A segunda sutura, imediatamente inferior à primeira, foi passada por meio da aponeurose, do retalho em V direito e do retalho em V inferior (Figura 5 C e D).

A Figura 6 apresenta o resultado do pós-operatório imediato. A visão em forma de X fica escondida dentro do novo umbigo. Após a criação do novo umbigo, a porção inferior do retalho abdominal foi fixada à aponeurose com várias suturas, da mesma maneira que a porção superior. O fechamento final foi realizado em três camadas de suturas absorvíveis 4.0.

O novo umbigo foi coberto com curativo de gaze e creme de sulfadiazina de prata. O curativo é trocado diariamente por cerca de 12 dias e a intenção é oferecer apenas proteção local, sem compressão.

Uma pesquisa quanto ao nível de satisfação com o procedimento e os resultados obtidos foi realizada com 50 pacientes randomicamente selecionados.

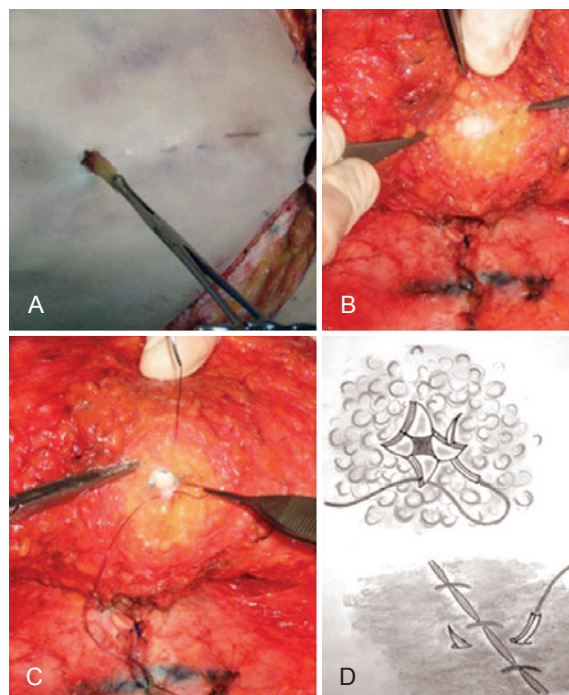


Figura 5 – Em A, remoção de pequena porção de tecido adiposo em formato cônico para criar a depressão no centro do umbigo. Em B, pequenos retalhos em forma de V vistos durante a eversão. Em C, fotografia da primeira sutura. Em D, representação esquemática demonstrando a posição da primeira sutura na aponeurose e nos retalhos em V. A sutura é passada através do retalho em V superior e em seguida através do esquerdo.

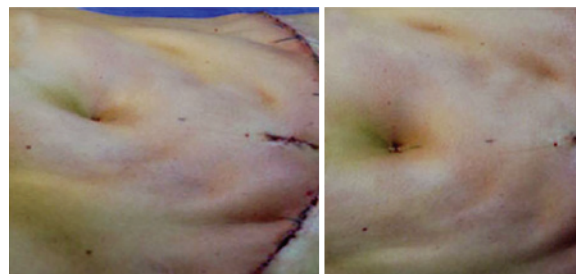


Figura 6 – Pós-operatório.

A satisfação dos pacientes com os resultados foi determinada usando escala de Likert de 5 pontos, variando de 1 a 5, onde: 1 = ruim; 2 = razoável; 3 = bom; 4 = muito bom; e 5 = excelente. Os resultados também foram avaliados pelo cirurgião.

RESULTADOS

Dos 43 (86%) pacientes que responderam à pesquisa, 90,3% consideraram o novo umbigo entre bom e excelente (excelente, 67,4%; muito bom, 23,2%; e bom, 9,3%).

Na Figura 7, é apresentado o resultado da avaliação estética da reconstrução umbilical realizada pelo cirurgião, considerado entre muito bom e excelente em 95% dos casos.

Trinta e nove (9,7%) pacientes tiveram complicações imediatas, incluindo infecção (3,99%), seroma (2,74%), necrose (1,5%), hematoma (0,99%) e deiscência (0,5%). Os pacientes com infecção tiveram respostas rápidas ao uso de antibióticos via oral. Nenhum paciente necessitou de reintervenção.

Com base nos bons resultados obtidos com o uso da incisão em X nas umbilicoplastias, é possível desprezar rotineiramente os umbigos originais, que frequentemente estão deformados, alargados ou escurecidos por gestações prévias, e criar um novo umbigo com aparência mais jovial (Figuras 8 a 12).

DISCUSSÃO

A confecção do umbigo é um dos passos mais importantes de uma abdominoplastia, uma vez que será mais exposto à visão que a cicatriz abdominal inferior.

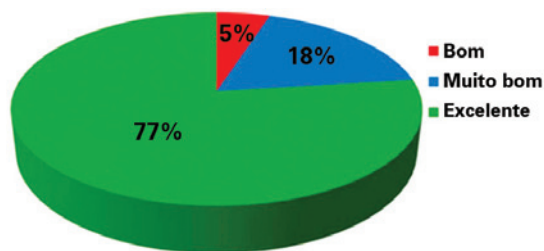


Figura 7 – Avaliação do resultado cirúrgico em relação à reconstrução umbilical, de acordo com o cirurgião.

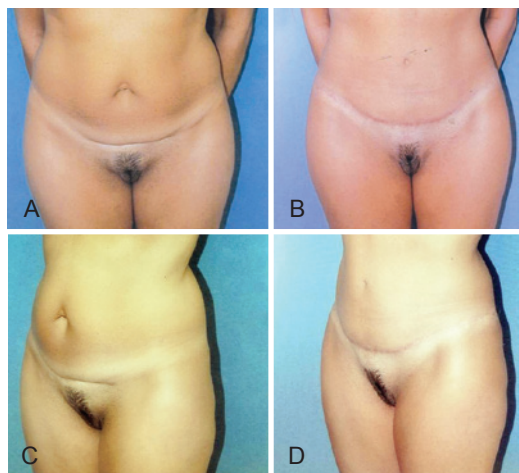


Figura 8 – Em A e C, aspecto pré-operatório de neo-onfaloplastia com incisão em X, respectivamente, em vista frontal e oblíqua esquerda. Em B e D, aspecto pós-operatório com 6 meses de evolução, respectivamente, em vista frontal e oblíqua esquerda.

Atualmente, a técnica de transposição umbilical é bem mais utilizada que as reconstruções umbilicais, e ambas têm por objetivo evitar cicatrizes visíveis e hipertróficas, estenoses e marcas de sutura. A reconstrução umbilical pode conseguir umbigos bem posicionados e com características naturais, como profundidade adequada e uma pequena dobra de pele superior¹⁹.

A maioria das técnicas de reconstrução umbilical foi desenvolvida para casos nos quais a transposição não estava indicada ou não era possível.

Kirianoff²⁰ propôs a reconstrução usando três retalhos de pele suturados à aponeurose, enquanto Sabatier et al.¹⁷ utilizaram retalhos em forma de U. Baroudi⁴, em 1975, descreveu um procedimento no qual as margens de uma pequena incisão linear eram suturadas à aponeurose e Franco & Franco¹³ relataram o uso de três retalhos de pele ancorados à aponeurose, deixando uma pequena área central aberta para cicatrizar por segunda intenção. Franco et al.¹⁵ utilizaram dois retalhos e dois enxertos alternadamente fixados à aponeurose.

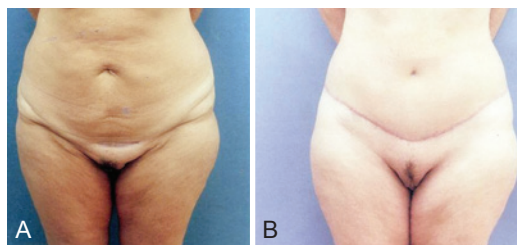


Figura 9 – Em A, aspecto pré-operatório de neo-onfaloplastia com incisão em X, vista frontal. Em B, aspecto pós-operatório com 6 meses de evolução.

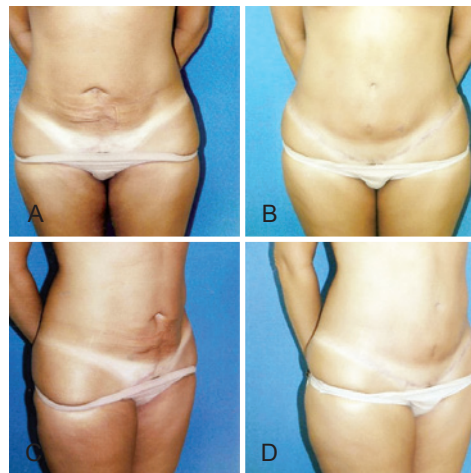


Figura 10 – Em A e C, aspecto pré-operatório de neo-onfaloplastia com incisão em X, respectivamente, em vista frontal e oblíqua direita. Em B e D, aspecto pós-operatório com 8 meses de evolução, respectivamente, em vista frontal e oblíqua direita.

Marconi¹⁶ descreveu uma técnica simples para reconstrução umbilical usando um retalho de pele em ilha desengordurado suturado com sutura em bolsa. Pardo-Mateu & Chamorro-Hernandez²¹ também reportaram a reconstrução de umbigo usando a sutura em bolsa em uma elipse dividida em três retalhos.

Outras técnicas também foram descritas, porém frequentemente produzem cicatrizes grandes e muito visíveis ou são muito complexas e demoradas, aumentando o tempo cirúrgico e, conseqüentemente, o risco de complicações²²⁻²⁴.

Inicialmente, a técnica descrita com a incisão em X foi utilizada apenas em casos nos quais o umbigo original não

poderia ser preservado. Os bons resultados encorajaram o autor a utilizar a técnica em todas as abdominoplastias, desprezando sempre os umbigos originais.

A reconstrução é realizada em menos de 10 minutos com o emprego dessa técnica e o lado interno dos 4 pequenos retalhos é fixado à aponeurose com suturas absorvíveis, evitando marcas de sutura externas e a necessidade de removê-las, ao contrário da técnica de 3 retalhos descrita por Franco & Franco¹³, que utiliza suturas de náilon externas que necessitam ser removidas posteriormente.

A sutura dos retalhos à aponeurose resulta em umbigos com boa profundidade e pequena dobra de pele no polo superior. Estas são justamente as duas características anatômicas mais importantes da primeira cicatriz que adquirimos após o nascimento.

A cicatrização é rápida, cerca de 15 dias, e enxertos não são necessários. A ausência de cicatrizes circulares e, portanto, de estenoses também contribui para o alto nível de satisfação com a aparência do novo umbigo.

A técnica de transposição umbilical habitualmente deixa cicatrizes aparentes em torno do umbigo frequentemente com discromias na parede umbilical (Figura 13). Além disso, quando ocorre necrose ou deiscência, há tendência à formação de cicatrizes inestéticas e estenose. Isso não acontece com técnicas de reconstrução umbilical, como na incisão em X ou com 3 retalhos^{13,20,21}.

Caso ocorra necrose ou deiscência, a cicatriz se formará dentro do umbigo em sua profundidade e não em sua periferia. Sua retração pode até contribuir para o resultado estético, resultando em um umbigo mais profundo. O tamanho reduzido dos retalhos é uma vantagem da técnica proposta em relação às outras reconstruções.

A técnica com incisão em X cria retalhos menores que aqueles criados, por exemplo, por técnicas usando 3 reta-

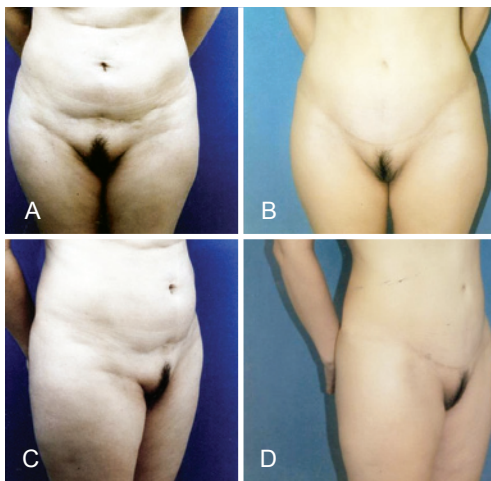


Figura 11 – Em A e C, aspecto pré-operatório de neo-onfaloplastia com incisão em X, respectivamente, em vista frontal e oblíqua direita. Em B e D, aspecto pós-operatório com 1 ano de evolução, respectivamente, em vista frontal e oblíqua direita.

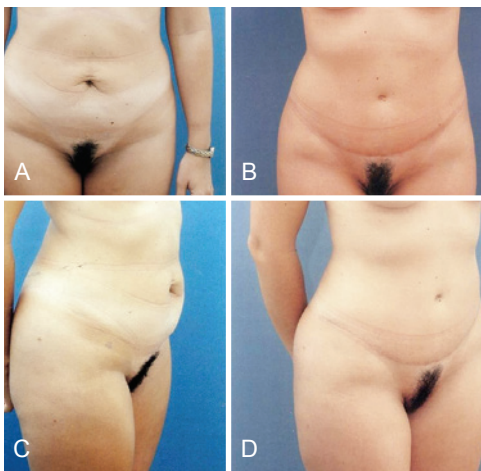


Figura 12 – Em A e C, aspecto pré-operatório de neo-onfaloplastia com incisão em X, respectivamente, em vista frontal e oblíqua direita. Em B e D, aspecto pós-operatório com 7 meses de evolução, respectivamente, em vista frontal e oblíqua direita.

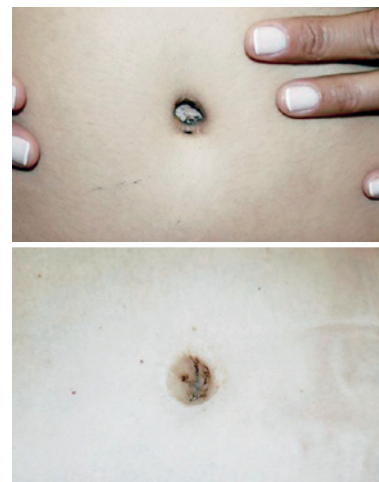


Figura 13 – Resultados insatisfatórios, cicatrizes aparentes e discromias na parede umbilical.

lhós^{13,20,21}, minimizando as chances de necrose na extremidade distal dos retalhos, e, no caso de ocorrerem, diminui as eventuais deformidades resultantes. Neste estudo, somente 6 (1,5%) pacientes tiveram necroses e nenhum necessitou de reintervenção.

As pequenas cicatrizes ficam escondidas dentro do umbigo, em seu centro, tornando-as imperceptíveis ou simulando pregas naturais quando os umbigos forem mais rasos. Uma pequena cicatriz vertical no hipogástrio relacionada ao fechamento do orifício umbilical original, em posição bem abaixo do novo umbigo, pode ser necessária quando não for possível tracionar o retalho abdominal o bastante para permitir a ressecção dessa área.

É importante ressaltar que essa cicatriz vertical não tem relação com a incisão em X e pode ser necessária em qualquer abdominoplastia, independentemente da técnica de reconstrução ou transposição umbilical. No entanto, a ausência de uma cicatriz visível periumbilical na técnica descrita contribui para melhor aceitação dessa cicatriz vertical pela paciente, nos casos em que é necessária.

A fixação de todo o retalho abdominal à aponeurose usando tantas suturas quanto necessárias, como proposto por Baroudi & Ferreira¹⁴, reduz a tensão na área em torno do umbigo e melhora a qualidade da cicatriz final. Também permite melhor controle da forma do novo umbigo, variando a posição dessas suturas de fixação em torno do mesmo.

Quanto maior a tração aplicada aos pontos de fixação do retalho abaixo do umbigo, mais alongado este será. Apesar da dificuldade em definir critérios objetivos de análise pós-operatória de forma e dimensões umbilicais, combinada ao alto nível de satisfação com a aparência dos novos umbigos, a avaliação subjetiva dos resultados estéticos pelo cirurgião e pacientes tem sido considerada suficiente para sugerir o uso rotineiro da técnica com incisão em X em abdominoplastias.

CONCLUSÕES

A neo-onfaloplastia com incisão em X produz cicatrizes umbilicais de aspecto natural e agradável, de maneira simples e rápida, sem aumentar o tempo cirúrgico nem deixar cicatrizes visíveis.

O índice de complicações parece ser reduzido em relação às técnicas de transposição umbilical. O novo umbigo é frequentemente indistinguível de um natural e a posição das cicatrizes também é bem menos perceptível que nas técnicas de transposição.

Frequentemente os novos umbigos têm aparência melhor que a dos umbigos originais, os quais não raro estão deformados por obesidade ou gestações prévias.

O procedimento tem resultados estéticos duradouros que não desaparecem com o passar dos anos e seu uso rotineiro oferece resultados uniformes e previsíveis, com baixo índice de complicações e alto nível de satisfação.

REFERÊNCIAS

1. Regnault P. The history of abdominal dermolipectomy. *Aesthetic Plast Surg.* 1978;2(1):113-23.
2. Hakme F. Abdominoplasty: peri- and supra-umbilical lipectomy. *Aesthetic Plast Surg.* 1983;7(4):213-20.
3. Vernon S. Umbilical transplantation upward and abdominal contouring in lipectomy. *Am J Surg.* 1957;94(3):490-2.
4. Baroudi R. Umbilicoplasty. *Clin Plast Surg.* 1975;2(3):431-48.
5. Avelar J. Abdominoplasty: systematization of a technique without external umbilical scar. *Aesthetic Plast Surg.* 1978;2(1):141-51.
6. Juri J, Juri C, Raiden G. Reconstruction of the umbilicus in abdominoplasty. *Plast Reconstr Surg.* 1979;63(4):580-2.
7. Massiha H, Montegut W, Phillips R. A method of reconstructing a natural-looking umbilicus in abdominoplasty. *Ann Plast Surg.* 1997;38(3):228-31.
8. Malic CC, Spyrou GE, Hough M, Fourie L. Patient satisfaction with two different methods of umbilicoplasty. *Plast Reconstr Surg.* 2007;119(1):357-61.
9. Castillo PF, Sepúlveda CA, Prado AC, Troncoso AL, Villamán JJ. Umbilical reinsertion in abdominoplasty: technique using deepithelialized skin flaps. *Aesthetic Plast Surg.* 2007;31(5):519-20.
10. Akbaş H, Guneren E, Eroğlu L, Uysal OA. Natural-looking umbilicus as an important part of abdominoplasty. *Aesthetic Plast Surg.* 2003;27(2):139-42.
11. Lee MJ, Mustoe TA. Simplified technique for creating a youthful umbilicus in abdominoplasty. *Plast Reconstr Surg.* 2002;109(6):2136-40.
12. Ribeiro L, Muzy S, Accorsi A. Omphaloplasty. *Ann Plast Surg.* 1991;27(5):457-75.
13. Franco T, Franco D. Neomphaloplasty: an old and new technique. *Aesthetic Plast Surg.* 1999;23(2):151-4.
14. Baroudi R, Ferreira CA. Seroma: how to avoid it and how to treat it. *Aesthet Surg J.* 1998;18(6):439-41.
15. Franco T, Boghossian LC, Silva ALB. Neo-onfaloplastia. *Rev Bras Cir.* 1985;75(4):257-60.
16. Marconi F. Reconstruction of the umbilicus: a simple technique. *Plast Reconstr Surg.* 1995;95(6):1115-7.
17. Sabatier PH, Barraya L, Picaud AJ. A peculiar technic for the umbilicus reconstruction. *Ann Chir Plast.* 1978;23(4):245-8.
18. Illouz YG. A new safe and aesthetic approach to suction abdominoplasty. *Aesthetic Plast Surg.* 1992;16(3):237-45.
19. Craig SB, Faller MS, Puckett CL. In search of the ideal female umbilicus. *Plast Reconstr Surg.* 2000;105(1):389-92.
20. Kirianoff TG. Making a new umbilicus when none exists. Case report. *Plast Reconstr Surg.* 1978;61(4):603-4.
21. Pardo-Mateu L, Chamorro-Hernandez JJ. Neoumbilicoplasty through a purse-string suture of three defatted flaps. *Aesthetic Plast Surg.* 1997;21(5):349-51.
22. Matsuo K, Kondoh S, Hirose T. A simple technique for reconstruction of the umbilicus, using a conchal cartilage composite graft. *Plast Reconstr Surg.* 1990;86(1):149-51.
23. Schoeller T, Wechselberger G, Otto A, Rainer C, Schwabegger A, Lille S, et al. New technique for scarless umbilical reinsertion in abdominoplasty procedures. *Plast Reconstr Surg.* 1998;102(5):1720-3.
24. Uraloğlu M, Tekin F, Orbay H, Unlu RE, Sensöz O. Simultaneous abdominoplasty and umbilical reconstruction using a modified C-V flap technique. *Plast Reconstr Surg.* 2006;117(7):2525-6.

Correspondência para:

Ticiano César Teixeira Cló
Rua República Argentina, 507 – Sion – Belo Horizonte, MG, Brasil – CEP 30315-490
E-mail: ticianoclo@terra.com.br