

Relação entre a largura da diástase dos músculos retos abdominais e valores de PIA em pacientes submetidas a correção da diástase

NATÁLIA DE LIMA E SILVA, FÁBIO XERFAN NAHAS, MARIA AMÉLIA RODRIGUES, RODRIGO PACHECO REIS, LYDIA MASAKO FERREIRA

Introdução

A abdominoplastia é uma das cirurgias plásticas mais comumente realizadas. Segundo dados da Sociedade Brasileira de Cirurgia Plástica, em 2009, passou a ocupar a terceira posição em frequência no Brasil. Além da remoção da pele e do tecido celular subcutâneo excedentes, em grande parte dos procedimentos, realiza-se algum tipo de correção do plano músculo aponeurótico. A tensão provocada por essa correção, somada à pressão exercida pela cinta abdominal e ressecção do tecido, leva ao aumento da pressão intra-abdominal (PIA). Além disso, outros fatores decorrentes do ato operatório podem alterar a PIA, como limitação ventilatória causada pela dor, administração de drogas anestésicas, posição de Fowler exigida e a relativa imobilidade no pós-operatório precoce. Alguns estudos demonstraram a influência da abdominoplastia na variação da PIA. Sabe-se que a plicatura da aponeurose dos músculos retos na parede abdominal causa aumento nos níveis da PIA, entretanto não há na literatura estudo que relacione o tamanho da diástase dos retos abdominais pré-operatória com níveis de PIA pré e pós-plicatura.

Objetivo

Avaliar a relação entre a largura da diástase dos retos abdominais e a variação da PIA após a plicatura da mesma.

Método

Trata-se de ensaio clínico, intervencional, prospectivo e autocontrolado,

unicêntrico. Foram selecionados 17 pacientes, do gênero feminino, atendidos no ambulatório de Cirurgia Plástica Abdominal da EPM/UNIFESP, com idade entre 18 e 50 anos e IMC entre 20 e 28 kg/m². Todas apresentavam deformidade abdominal tipo III de Nahas (com indicação de ressecção de pele e tecido subcutâneo entre a cicatriz umbilical e região pubiana) e tipo A de Nahas (com diástase do músculo reto do abdome secundária a gravidez). Foram excluídas pacientes com doenças respiratórias obstrutivas ou restritivas, alterações na radiografia de tórax, tabagistas, portadoras de doenças sistêmicas, submetidas a cirurgias abdominais anteriores, com cicatrizes abdominais (exceto Pfannenstiel) ou aquelas que apresentavam grande perda de peso. As pacientes foram submetidas à abdominoplastia, com técnica padronizada e pelo mesmo cirurgião. Todos os procedimentos foram realizados sob anestesia geral. O relaxante muscular utilizado foi o brometo de pancurônio (0,3 ml/kg de peso corporal na indução e 0,15 ml/kg/h para manutenção). O procedimento foi iniciado com incisão suprapúbica, estendendo-se, lateralmente, até as cristas ilíacas ântero-superiores. O retalho dermogorduroso do abdome foi dissecado do plano músculo-aponeurótico com isolamento da cicatriz umbilical. A aferição da medida da diástase dos músculos retos do abdome foi realizada 3 cm e 2 cm superiormente e 2 cm inferiormente à cicatriz umbilical, com a mesma régua milimetrada com posterior correção pela plicatura da

aponeurose anterior dos músculos retos do abdome. As plicaturas foram realizadas em dois planos, sendo o primeiro com pontos separados e o segundo com sutura contínua, ambos com fio de náilon 2.0. No intraoperatório, foi medida a pressão intravesical pelo cateter de Foley, descrita por Kron, que reflete a medida da pressão intra-abdominal, em diferentes momentos: antes da incisão inicial e após a plicatura da diástase do músculo reto do abdome. *A posteriori* realizou-se próclive da maca. A síntese cirúrgica foi realizada por planos, após ressecção do excesso dermogorduroso e exteriorização da cicatriz umbilical. Foi utilizada cinta compressiva por 30 dias no pós-operatório. Os resultados das medidas de PIA e da diástase foram descritos em cada momento de avaliação e comparados com uso do coeficiente de correlação linear de Spearman, com nível de significância de 5%.

Resultados

Correlacionando as medidas da PIA nos diferentes momentos (pré e pós-plicatura) com o tamanho da diástase, não houve correlação nas medidas 3 cm ($p=0,86$) e 2 cm ($p=0,74$) superiormente, nem a 2 cm inferiormente à cicatriz umbilical ($p=0,19$). Logo, a medida da diástase dos retos não teve significância estatística.

Conclusão

Não existe correlação entre a largura da diástase e os valores da PIA após a correção por plicatura da diástase dos músculos retos abdominais.