

# Abdominoplastia Vertical Modificada em Pacientes Ex-Obesos

Luiz Fernando da Costa<sup>1</sup>  
Anísio Marinho Manta<sup>2</sup>  
Adriana da Silva França<sup>3</sup>  
Harley Araújo Cavalcante<sup>3</sup>  
Mario Nahon<sup>4</sup>

- 1] Membro Titular da Sociedade Brasileira de Cirurgia Plástica, Médico Preceptor da Residência Médica do Serviço de Cirurgia Plástica do Hospital de Ipanema.
- 2] Membro Aspirante da Sociedade Brasileira de Cirurgia Plástica, Médico Residente do Serviço de Cirurgia Plástica do Hospital de Ipanema.
- 3] Membro Especialista da Sociedade Brasileira de Cirurgia Plástica, Médico Ex-residente do Serviço de Cirurgia Plástica do Hospital de Ipanema.
- 4] Membro Titular da Sociedade Brasileira de Cirurgia Plástica, Médico Preceptor da Residência Médica e Chefe do Serviço de Cirurgia Plástica do Hospital de Ipanema.

**Serviço de Cirurgia Plástica do Hospital Municipal de Ipanema**

**Endereço para correspondência:**

**Luiz Fernando da Costa**

Rua Visconde de Caravelas, 21  
Rio de Janeiro – RJ  
22710-030

Tel/Fax: (21) 2266-3537

e-mail: [cplastica@luizfernandodacosta.com.br](mailto:cplastica@luizfernandodacosta.com.br)

**Descritores: Abdominoplastia; ex-obesos; monobloco; sem plicatura; sem drenagem.**

## RESUMO

*Foram submetidos a abdominoplastia vertical modificada 19 pacientes nos últimos 2 anos em nosso Serviço – Clínica Privada e Hospital Municipal de Ipanema –, sendo observada diminuição da incidência de complicações, do tempo operatório e melhor resultado estético com tratamento dos excessos abdominais clássicos e laterais. A técnica consiste de incisão combinada vertical e horizontal com ressecção em monobloco, sem plicatura da aponeurose dos retos abdominais e sem drenagem.*

## INTRODUÇÃO

Com o aumento do número de obesos submetidos a gastroplastia redutora, surgiu um novo tipo de paciente para a abdominoplastia, que apresenta grande flacidez abdominal e de flancos, comumente com cicatriz vertical prévia de má qualidade estética, podendo haver ou não hérnia incisional associada (Figs. 5 e 6).

Em estudo na literatura foi observado que a abdominoplastia combinada com ressecção vertical de pele abdominal já foi utilizada nesses casos por Joffe<sup>(1)</sup>, Matory *et al.*<sup>(2)</sup> e Hart *et al.*<sup>(3)</sup>, que, em publicações de 15 casos, utilizaram a incisão de Regnault<sup>(4)</sup> combinada com uma incisão vertical incluindo a cicatriz prévia da gastroplastia e pele periumbilical.

Sensöz *et al.*<sup>(5)</sup> e Hughes *et al.*<sup>(6)</sup> preconizaram o tratamento da hérnia incisional associado à abdominoplastia.

O intervalo mínimo de 2 anos após a gastroplastia redutora para a realização da abdominoplastia preconizado por Zook<sup>(7)</sup>, Savage<sup>(8)</sup> e Hart<sup>(3)</sup> foi atualmente reduzido para 18 meses em nosso Serviço.

A abdominoplastia vertical modificada (AVM) foi inicialmente desenvolvida para pacientes com cicatriz vertical prévia, em que fazíamos também maior descolamento e drenagem a vácuo. Aos poucos foi idealizada uma marcação sem descolamento do retalho abdominal, com ressecção em monobloco e sem drenagem.

## MATERIAIS E MÉTODOS

Dezenove pacientes ex-obesos, com idade média de 40 anos e índice de massa corpórea (IMC) variando de 25 a 40, portadores ou não de hérnia incisional, com ou sem cicatriz abdominal vertical, foram submetidos a AVM.

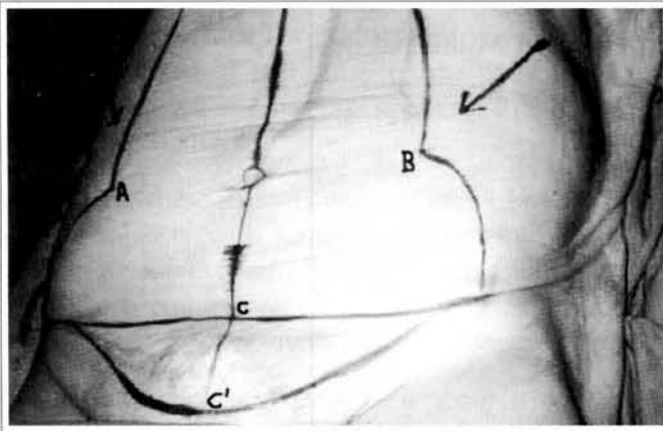


Fig. 1 - Marcação pré-operatória. Os pontos A e B deverão ser levados ao ponto C sem tensão e ao ponto C' nos casos em que há flacidez de púbis.

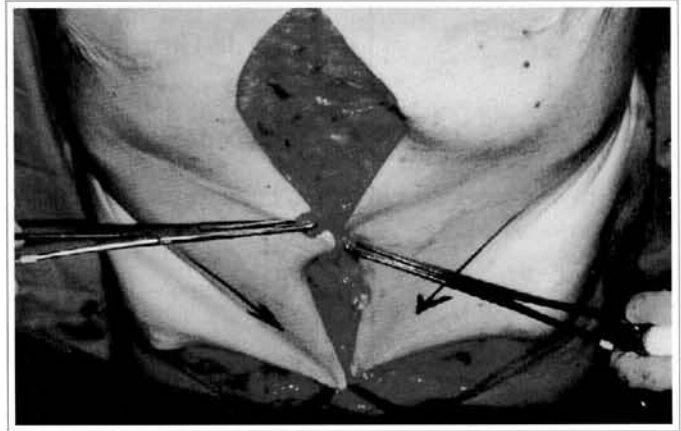


Fig. 2 - Tração ínfero-medial dos pontos A e B em direção ao ponto C, manobra esta realizada sem tensão.

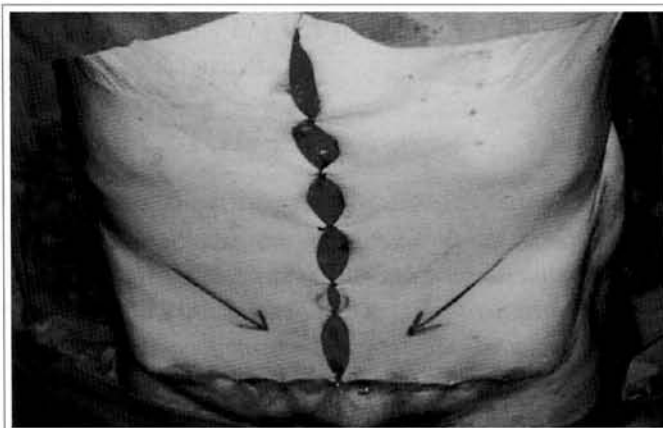


Fig. 3 - Sutura dos pontos A e B ao C; marcação no retalho do novo sítio umbilical.

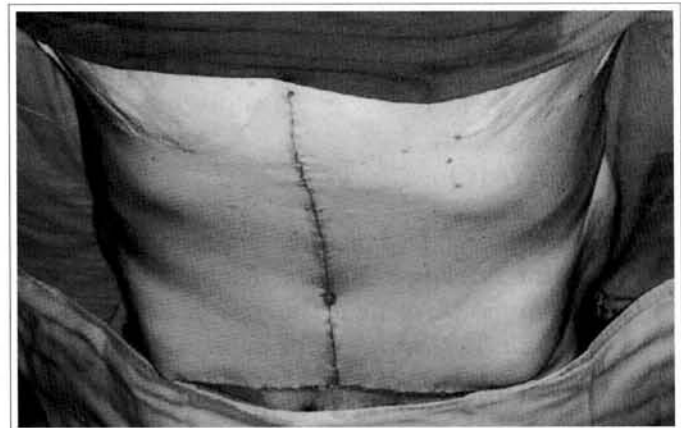


Fig. 4 - Sutura em 3 planos e reposicionamento da cicatriz umbilical.

Todo o excesso cutâneo, tanto horizontal quanto vertical, é marcado e retirado previamente em monobloco. Não é feito nenhum descolamento para aproximação na linha mediana, nem são realizadas plicatura ou drenagem.

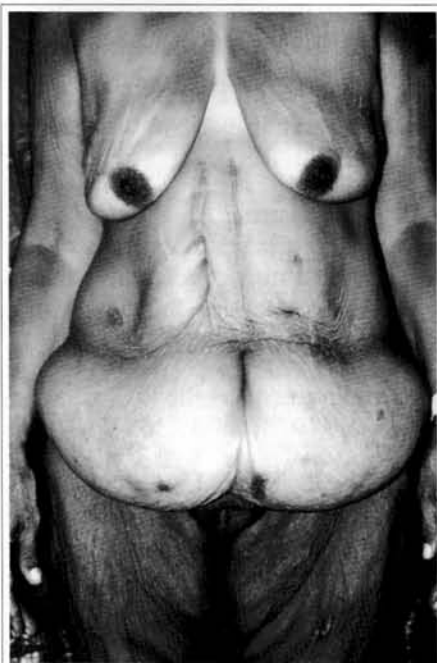


Fig. 5 - Pré-operatório; vista frontal. Presença de grande excesso de pele abdominal vertical e lateral, com cicatrizes prévias de má qualidade.

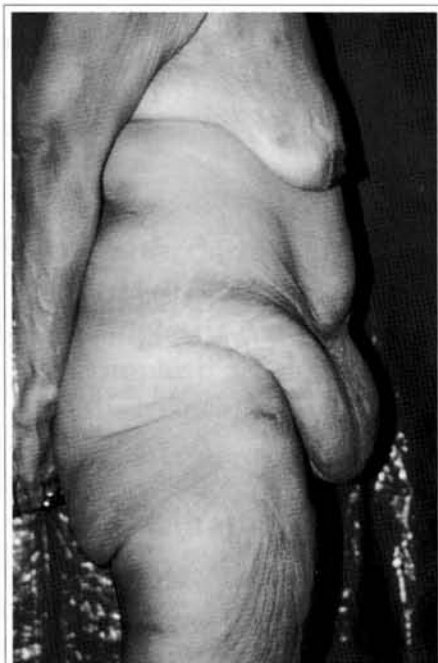


Fig. 6 - Pré-operatório; vista lateral. Nota-se a presença de grande excesso de pele abdominal vertical e lateral, com abaulamento supra-umbilical decorrente de hérnia incisional.



Fig. 7 - Pós-operatório; vista frontal. Houve melhora significativa do contorno corporal, tratando os excessos laterais e mediais e fazendo reposicionamento da região pubiana.



Fig. 8 - Pós-operatório; vista lateral. Grande melhora do contorno corporal, com o tratamento dos excessos verticais e laterais e reposicionamento da região pubiana.

**Técnica:** A marcação é feita com o paciente em pé, em posição anatômica, em que a linha mediana é marcada do apêndice xifóide até a sínfise púbica, verificando a centralização do umbigo. Com uma manobra bidigital, é verificado todo o excesso cutâneo lateral a essa linha vertical. Geralmente o ponto máximo de afastamento lateral da linha média é de 10 a 12 cm. O excesso cutâneo horizontal é marcado como numa abdominoplastia clássica. Os pontos de intercessão dessas elipses são chamados A, B (supra-umbilicais) e C (suprapúbico) (Fig. 1).

Todo o tecido excedente acima da linha supra-umbilical é marcado de forma triangular a partir dos pontos A e B até o apêndice xifóide com leve arqueamento formando um ângulo de 30° no ápice do triângulo (Fig. 1).

Nos casos em que o paciente apresenta excesso de pele da região pubiana, marcamos o ponto C' 4 a 6 cm abaixo do ponto C (Fig. 1). Em decúbito dorsal, após a indução anestésica (geral ou peridural) e degermação do paciente, a marcação é conferida, de maneira que todo o excesso de tecido seja retirado com segurança.

Os pontos A e B, por intermédio de manobra bidigital, devem ser levados até a região suprapúbica sem tensão.

É feita infiltração com solução de 100 ml de soro fisiológico a 0,9% e adrenalina 1/200.000 em toda a linha de marcação.

Todo o tecido marcado é ressecado em monobloco com sucessiva hemostasia e manutenção do pedículo umbilical.

Não são realizadas plicatura dos retos abdominais e drenagem. O tratamento de hérnias é feito quando elas são encontradas.

As extremidades dos retalhos que contêm os pontos A e B são

tracionadas ínfero-medialmente em direção ao ponto C (Fig. 2) e suturadas (Fig. 3); é feita marcação com reposicionamento do umbigo, fechamento das incisões vertical e transversal em 3 planos (Fig. 4), sendo o plano mais profundo fixado na aponeurose.

O curativo é semicompressivo.

## RESULTADOS

Observamos em 2 casos a formação de seroma que apresentou boa evolução.

Em 2 pacientes houve a necessidade de realizar neoumbilicoplastia pela má vascularização da cicatriz umbilical após dissecação do saco herniário, obtendo-se um bom resultado estético.

Foi possível tratar os excessos laterais abdominal e pubiano quando presentes e reduzir a cicatriz transversal, não sendo necessários novos procedimentos cirúrgicos para corrigi-los.

## DISCUSSÃO

O paciente ideal é aquele com tempo mínimo de 18 meses após a gastroplastia, com estabilidade ponderal e do quadro clínico<sup>(3, 7, 8)</sup>, perfil psicossomático adequado, IMC menor que 40, presença ou não de cicatriz abdominal vertical, com ou sem hérnia incisional, e excesso cutâneo nos flancos e no púbis (Figs. 5 e 6).

Inicialmente realizava-se nesses pacientes a abdominoplastia clássica, tendo-se observado resultados pouco satisfatórios em relação aos excessos cutâneos de flanco e púbis, muitas vezes necessitando de novos procedimentos cirúrgicos; acrescido a esses, um maior índice de seromas no pós-operatório.

Com o desenvolvimento da AVM, obtivemos uma grande melhoria do contorno corporal (Figs. 7 e 8) e diminuição do número de complicações<sup>(9, 10, 11)</sup> devido à ausência de descolamentos, além de menor tempo cirúrgico, não sendo necessários novos procedimentos para tratamento dos excessos restantes. Com isso foi possível a redução de custos e maior satisfação dos pacientes.

## CONCLUSÃO

A AVM é de fácil realização, bom resultado estético e menor índice de complicações, apresentando a

desvantagem da presença de cicatriz vertical nos casos em que não há uma prévia.

## BIBLIOGRAFIA

1. Joffe SN. Surgical management of morbid obesity – Progress report. *Gut*. 1981; 22(3):242-54.
2. Matory WE Jr, O'Sullivan J, Fudem G, Dunn R. Abdominoplasty surgery in patients with severe morbid obesity. *Plast Reconstr Surg*. 1994; 94(7):976-87.
3. Hart NB, Voundarragian V, Zoystom CMS. Abdominoplasty following vertical banded gastroplasty for morbid obesity. *Br J Plast Surg*. 1995; 48 (6):423-27.
4. Regnault P. Abdominoplasty by the W Technique. *Plast Reconstr Surg*. 1975; 55(3):265-74.
5. Sensöz O, Arifoglu K, Kocer U, Celebioglu S, Yazici A, Tellioglu AT, et al. A new approach for the treatment of recurrent large abdominal hernias: The overlap flap. *Plast Reconstr Surg*. 1997; 99(7):2074-8.
6. Hughes KC, Weider L, Fischer J, Hopkins J, Antonetti A, Manders EK, Dunn E. Ventral hernia repair with simultaneous panniculectomy. *Am Surg* 1996; 62(8):678-81.
7. Zook EG. The massive weight loss patient. *Clin Plast Surg*. 1975; 2(3):457-66.
8. Savage RC. Abdominoplasty following gastrointestinal bypass surgery. *Plast Reconstr Surg*. 1983; 71(4):500-7.
9. Grazer FM, Goldwyn RM. Abdominoplasty assessed by survey, with emphasis on complications. *Plast Reconstr Surg*. 1977; 59(4):513-7.
10. Floros C, Davis PKB. Complications and long-term results following abdominoplasty: A retrospective study. *Br J Plast Surg*. 1991; 44 (3):190-4.
11. Vartine VL, Morgan RF, Williams GS, Gumper TJ, Drake DB, Knox LK, Lin KY. Wound complications of abdominoplasty in obese patients. *Ann Plast Surg*. 1999; 42(1):34-9.