

Necrose de parede abdominal após lipoabdominoplastia: relato de caso



**GABRIEL HENRIQUE
GONTIJO CARNEIRO** ^{1*}

FILIPE REIS PEDRA ¹
GILBERTO INÁCIO CARDOSO NETO ¹
MARCELO MARTINS CASAGRANDE ¹
SÉRGIO ANTÔNIO SALDANHA RODRIGUES FILHO ¹
GUSTAVO MOREIRA COSTA DE SOUZA ¹

DOI: 10.5935/2177-1235.2019RBCP0106

INTRODUÇÃO

A dermolipectomia abdominal está entre os procedimentos em cirurgia plástica mais realizados no mundo, sendo Kelly o primeiro autor a usar a expressão lipectomia abdominal, em 1899¹. Ao longo dos anos, modificações e aperfeiçoamentos nas técnicas cirúrgicas permitiram aprimorar os resultados estéticos e funcionais, além de reduzir a incidência de complicações associadas ao procedimento. Um importante marco histórico está atribuído a Saldanha, que publicou, em 2001, a técnica de lipoabdominoplastia com descolamento seletivo do retalho abdominal com associação segura da lipoaspiração com a abdominoplastia². Atualmente, os procedimentos mais efetuados para melhorar o contorno abdominal são a lipoaspiração, a miniabdominoplastia, a abdominoplastia clássica e a lipoabdominoplastia³. Dentre as complicações mais frequentes relacionadas a tais procedimentos, destacam-se a necrose, as irregularidades do tecido adiposo, os seromas e hematomas, deiscências, trombose venosa profunda e embolia pulmonar^{1,2,5}.

OBJETIVOS

Reportar um caso de necrose do retalho abdominal após lipoabdominoplastia em uma paciente previamente hígida do Hospital das Clínicas da UFMG, bem como as medidas adotadas para tentar amenizar a progressão da área de isquemia e a terapia sequencial para condução e resolução do caso. Este trabalho também objetiva promover a reflexão sobre potenciais complicações relacionadas às cirurgias para contorno abdominal.

MÉTODO

As informações relatadas neste estudo foram obtidas pela revisão e coleta de dados em prontuário, registros fotográficos durante o acompanhamento da paciente nas consultas de pré e pós-operatório e pela revisão da literatura nas bases de dados Pubmed, SciELO e Medline.

RESUMO

Desde o primeiro relato de lipectomia abdominal, em 1899, as técnicas para cirurgia do contorno abdominal passaram por modificações e aperfeiçoamentos que permitiram aprimorar os resultados estéticos e funcionais, além de reduzir a incidência de complicações pós-operatórias. Dentre as várias complicações potenciais, a necrose de pele e subcutâneo encontra-se entre as mais prevalentes. O anseio do cirurgião por atingir resultados cada vez mais desafiadores, a execução de cirurgias margeando os limites de segurança, a escolha de técnica inapropriada e a má indicação cirúrgica são os principais fatores relacionados à ocorrência de necrose e demais complicações após abdominoplastia. O relato apresenta um caso de necrose do retalho abdominal após lipoabdominoplastia em uma paciente previamente hígida.

Descritores: Lipectomia; Abdominoplastia; Necrose; Complicações pós-operatórias; Cirurgia plástica.

RESULTADOS

A.G.S., feminina, 51 anos, portadora de lipodistrofia e flacidez cutânea de abdome, além de diástase dos músculos retos abdominais (Figura 1).



Figura 1. Pré-operatório.

Paciente previamente hígida, não tabagista e sem alergias conhecidas. Histórico de três gestações prévias com partos cesarianos, colecistectomia videolaparoscópica e histerectomia

¹ Hospital das Clínicas, Universidade Federal de Minas Gerais, Belo Horizonte, MG, Brasil.

abdominal. IMC 26,5 kg/m². Sem evidências de hérnias ventrais ao exame físico e na propedêutica de imagem. Conduzida ao bloco cirúrgico e submetida à lipoabdominoplastia com plicatura dos músculos retos abdominais após descolamento de túnel supraumbilical respeitando-se a parte média dos músculos reto-abdominais. Realizada infiltração de 1.500 mL de soro fisiológico a 0,9% com adrenalina a 1/500.000 UI, lipoaspiração de abdome e flancos com cânula 5 mm em um volume total de 2.500 mL de lipoaspirado. Observado sangramento de bordas após dermolipectomia, com peso da peça ressecada de 900 gramas. Não foram deixados drenos ou confeccionados pontos de alívio de tensão descritos por Baroudi. Posicionada cinta abdominal ao término da cirurgia (Figura 2).



Figura 2. Pós-operatório imediato.

A duração do procedimento foi de 4 horas, realizadas medidas antitrombóticas e antibioticoprofilaxia na indução anestésica. A paciente recebeu alta no 1º dia pós-operatório (DPO) em boas condições clínicas e sem sinais de complicações em sítio cirúrgico. No 4º DPO, encontrava-se com isquemia em delimitação da região suprapúbica mensurada em 14 cm de largura por 8 cm de altura, redução da temperatura local, além de tatuagem em flanco esquerdo por provável dobra da malha cirúrgica (Figura 3). Não houve sangramento do retalho à punção com agulha.

Dessa forma, optou-se pela retirada da malha cirúrgica, conduzida a ozonoterapia em um total de 5 sessões, drenagem linfática manual, e orientada a manter posição semifletida. No 12º DPO foi realizada drenagem de 260 mL de seroma. A área em sofrimento, previamente observada, encontrava-se com necrose delimitada (Figura 4).

A paciente foi conduzida ao bloco cirúrgico no 16º DPO, procedido debridamento dos tecidos desvitalizados até a aponeurose do músculo reto abdominal, associado ao descolamento do púbis e do retalho abdominal (Figura 5).

A paciente foi posicionada com dorso elevado a 60º e realizada a síntese primária em três planos do defeito em parede abdominal, após posicionamento de dreno de Penrose número 1 (Figura 6).

A paciente recebeu alta no mesmo dia, permaneceu no domicílio em posição semifletida, evoluiu com epidermólise das bordas da cicatriz, sem deiscência da sutura ou progressão



Figura 3. 4º DPO: isquemia em evolução no abdome inferior.



Figura 4. 12º DPO: necrose em abdome inferior.



Figura 5. 16º DPO: debridamento cirúrgico dos tecidos desvitalizados.



Figura 6. 16º DPO: síntese primária do defeito em parede abdominal.

da necrose. Retirado dreno de Penrose após 4 dias, e os pontos após 21 dias da reabordagem.

DISCUSSÃO

A perda da harmonia corporal, geralmente provocada por alterações pós-gravidez, sobrepeso, hérnias, cirurgias abdominais prévias e idade avançada, é um dos principais motivos de insatisfação e da realização da cirurgia plástica do abdome¹. A ânsia por atingir resultados cada vez mais desafiadores, a execução de cirurgias margeando os limites de segurança, a escolha de técnica inapropriada e a má indicação cirúrgica são os principais fatores relacionados à ocorrência de complicações pós-operatórias nas cirurgias de contorno abdominal⁴. A escolha de pacientes muito acima do peso ideal, portadores de diabetes ou insuficiência venosa de membros inferiores, podem aumentar o risco de eventos adversos, principalmente aqueles relacionados à irrigação sanguínea³. O consumo de tabaco está associado a um risco três vezes maior de necrose do retalho abdominal⁶. No intraoperatório, o descolamento excessivo do retalho abdominal, a presença de grande espaço morto e excesso de tensão na sutura estão atribuídos a complicações locais, como a necrose do retalho abdominal. A complicação mais comum descrita na literatura é o seroma⁵. Infecção, necrose, irregularidades do tecido adiposo, hematomas, deiscências e deformidades na cicatriz, trombose venosa profunda e embolia pulmonar também poderão causar a quebra de expectativa do paciente, colocando em risco a relação médico-paciente^{1,2}. Visando reduzir o risco de necrose do retalho abdominal, conforme objeto de estudo do caso apresentado, são citados na literatura a lipoaspiração, como etapa inicial, a realização de suturas de ancoragem preconizadas por Baroudi, para alívio da tensão e fechamento do espaço morto, além da recomendação de se evitar procedimentos cirúrgicos combinados^{6,9}. Evitar a lipoaspiração excessiva, o fechamento sob tensão e o uso de malhas compressivas muito apertadas reduz o risco de isquemia^{7,8}. A preservação dos vasos perfurantes com descolamento seletivo do retalho abdominal, como proposto na lipoabdominoplastia por Saldanha, também demonstrou redução na incidência de necrose². Na vigência de necrose instalada, faz-se necessário o acompanhamento regular do paciente, tanto para apoio emocional quanto para debridamentos em tempos oportunos. Na maioria dos casos, a cicatrização por segunda intenção fechará o defeito resultante dentro de semanas a meses. O uso de terapia por

pressão negativa e a oxigenoterapia hiperbárica podem ser adotados para estimular a neovascularização, proliferação de fibroblastos e deposição de colágeno, acelerando a cicatrização. A reabordagem cirúrgica para fechamento seriado ou posterior correção de cicatriz inestética pode ser necessária⁶.

CONCLUSÃO

A seleção dos pacientes candidatos à abdominoplastia, por meio de história clínica e exame físico detalhados, associados à execução da técnica cirúrgica de forma apurada e sem desprezar seus limites de segurança, permitem a obtenção de resultados estéticos satisfatórios e, principalmente, com um baixo índice de complicações.

REFERÊNCIAS

1. Filho HCA, Amorim CCB. Lipoabdominoplasty in the aesthetic treatment of the abdomen: 5 years of experience. *Rev Bras Cir Plást.* 2012; 27(2):301-8.
2. Saldanha OR, Azevedo DM, Azevedo SFD, Ribeiro DV, Nagasaki E, Junior PG, Filho ORS, Saldanha CB. Lipoabdominoplasty: reduction of complications in abdominal surgery. *Rev Bras Cir Plást.* 2011; 26(2):275-9.
3. Almeida EG, Júnior GLA. Abdominoplasty: retrospective study. *Rev Soc Bras Cir Plást.* 2008; 23(1):1-10.
4. Almeida CLA, Vieira LFDE, Leite LAS, Oliveira JAV, Ataíde RF, Oliveira EJB, Brandt CT. Importance of superficial circumflex iliac artery preservation to prevent abdominal wall necrosis in patients who underwent miniabdominoplasty: an surgical-anatomic descriptive and prospective study. *Rev Bras Cir Plást.* 2016; 31(2):178-85.
5. Xia Y, Zhao J, Cao DS. Safety of lipoabdominoplasty versus abdominoplasty: a systematic review and meta-analysis. *Aesthetic Plast Surg.* 2019 Feb; 43(1):167-74.
6. Vidal P, Berner JE, Will PA. Managing complications in abdominoplasty: a literature review. *Arch Plast Surg.* 2017 Sep; 44(5):457-68.
7. Rangaswamy M. Minimising complications in abdominoplasty: an approach based on the root cause analysis and focused preventive steps. *Indian J Plast Surg.* 2013 May; 46(2):365-76.
8. Matarasso A, Swift RW, Rankin M. Abdominoplasty and abdominal contour surgery: a national plastic surgery survey. *Plast Reconstr Surg.* 2006; 117:1797-808.
9. Khan S, Teotia SS, Mullis WF, Jacobs WE, Beasley ME, Smith KL, Eaves FF 3rd, Finical SJ, Watterson PA. Do progressive tension sutures really decrease complications in abdominoplasty? *Ann Plast Surg.* 2006 Jan; 56(1):14-20.

*Endereço Autor:

Gabriel Henrique Gontijo Carneiro

Av. Professor Alfredo Balena, 110, 7º andar - Santa Efigênia, Belo Horizonte, MG, Brasil
CEP 30130-100
E-mail: gabrielghgc@hotmail.com