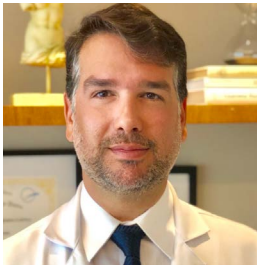


# Umblicoplastia: técnica com pedículo umbilical em “pipa” e incisão da pele do abdome em “Y”



FABIEL SPANI VENDRAMIN<sup>1,2\*</sup>

ALESSANDRO WANDEL CORRÊA FERNANDES<sup>1</sup>

DOI: 10.5935/2177-1235.2019RBCP0157

## INTRODUÇÃO

O avanço das técnicas na abdominoplastia permitiu melhorar a silhueta e definição do abdome. No entanto, o resultado da cicatriz umbilical ainda é uma preocupação frequente, por ser a cicatriz mais exposta e que pode evidenciar que foi feito um procedimento.

Anatomicamente o umbigo apresenta forma arredondada ou discretamente alongado no sentido vertical, com diâmetro médio de 1 a 1,5cm, e profundidade variável dependendo da espessura do panículo adiposo do abdome. Ele é mais profundo na parte superior, possuindo um rodete cutâneo nesta borda, um mamilo ou mamelão central que é circundado por uma depressão, identificada como sulco umbilical. Está posicionado na linha média, numa altura que varia de 4cm acima a 2cm abaixo da linha horizontal que passa pelas espinhas ilíacas ântero-superiores<sup>1,2</sup>.

Diversas técnicas foram criadas e basicamente variam quanto ao formato do coto umbilical remanescente, como: oval<sup>3</sup>, circular<sup>4</sup>, triangular<sup>3,5</sup>, fuso vertical<sup>6</sup> ou em Y<sup>7</sup>, acrescentando-se alguns detalhes de fixação do pedículo à aponeurose do músculo reto abdominal; e do tipo de incisão na pele do retalho abdominal para exteriorizar o umbigo, como: horizontal,<sup>8,9</sup> em U,<sup>3</sup> estrelada ou Y<sup>3,7,10,11</sup>, linear vertical<sup>6</sup>, em losango<sup>11</sup>, em triângulo<sup>5</sup>, em escudo<sup>12</sup>, retangular<sup>4</sup>, em elipse vertical<sup>3</sup> ou com o formato do símbolo do infinito<sup>13</sup>. Outros autores, como Cló<sup>14</sup> e Nogueira<sup>15</sup>, preferem descartar a cicatriz umbilical e fazer uma nova com pequenos retalhos triangulares, ou como Ng<sup>2</sup>, Amud<sup>16</sup> e Schoeller<sup>17</sup> que evitam inclusive qualquer cicatriz no retalho abdominal, fazendo apenas uma depressão na pele com formato de umbigo.

Atualmente as pacientes estão mais exigentes com o resultado e pedem cintura fina, realce dos sulcos naturais e cicatriz umbilical “natural”. Por isto a importância de sempre aprimorar as técnicas de umblicoplastia.

## OBJETIVO

Avaliar os resultados obtidos com a técnica de umblicoplastia utilizada pelo autor.

## MÉTODO

Estudo prospectivo dos pacientes submetidos a abdominoplastias no período de junho de 2018 a janeiro de 2019,

## RESUMO

**Introdução:** O umbigo está atrelado a beleza do abdome e é uma preocupação frequente nas abdominoplastias. As técnicas de umblicoplastia têm sido desenvolvidas para melhorar resultados, diminuindo as evidências na cicatriz e mimetizando o aspecto natural do umbigo. **Método:** Pacientes submetidos à cirurgia plástica do abdome, com umblicoplastia, através da técnica de incisão da pele do abdome em “Y” e pedículo umbilical em “pipa” foram avaliados de acordo com a escala de Likert. **Resultados:** Foram avaliados 31 pacientes, todas do sexo feminino e com idades entre 28 e 57 anos. A complicação mais frequente foi a epidermólise do coto umbilical. Dois casos evoluíram com resultados desfavoráveis, um com estenose e outro com cicatriz visível. Houve 77% de resultados “excelente” e 12,9% resultados “muito bom”. **Conclusão:** Esta técnica conseguiu obter umbigos com formato triangular mais verticalizado, sem marcas de sutura aparentes, mantendo uma boa profundidade, atingindo ótimo índice de satisfação.

**Descritores:** Umbigo; Abdome; Abdominoplastia; Satisfação do paciente; Procedimentos cirúrgicos operatórios.

avaliando o resultado do umbigo, complicações, cicatriz visível na união da pele do abdome com o coto umbilical e satisfação geral do paciente, utilizando-se a escala de Likert de 5 pontos (1 = ruim, 2 = razoável, 3 = bom, 4 = muito bom e 5 = excelente).

As cirurgias foram realizadas no Hospital Amazônia em pacientes particulares do primeiro autor. Foram seguidos os princípios de Helsinque na pesquisa e todas as pacientes assinaram o Termo de Consentimento Livre e Esclarecido.

## Descrição da técnica

Incisão e descolamento do retalho abdominal até o umbigo. Incisão do coto umbilical em formato de “pipa” com 1,0cm de comprimento e 0,75cm de largura (Figura 1). Descolamento do retalho abdominal até o apêndice xifoide. Plicatura da aponeurose anterior dos retos abdominais com pontos em “X” invertidos com fio de polipropileno número 0. Neste momento, ao passar pelo umbigo, fixa-o às 6h e 12h, para evitar protrusões. O local de fixação é o mesmo de sua implantação natural. Pode subir ou descer um pouco, se necessário, de acordo com o caso. A altura de fixação do coto umbilical, que determinará a quantidade de pedículo do umbigo acima da aponeurose, será maior quando o retalho abdominal for mais espesso, deixando um comprimento próximo a 1cm quando a espessura do retalho abdominal for mais grossa, ou fixando bem rente a aponeurose, quando a espessura do retalho for fina.

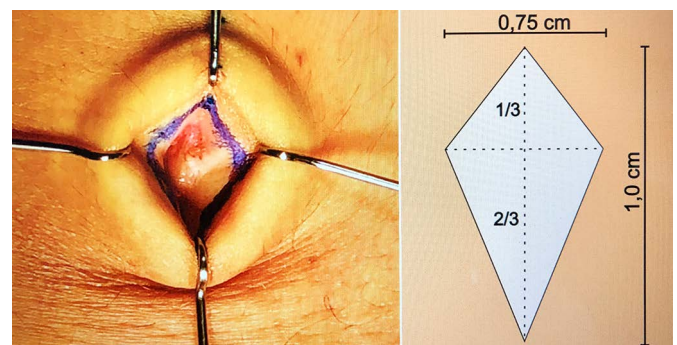


Figura 1. Incisão do umbigo no formato de “pipa”. Comprimento de 1,0cm e largura de 0,75cm.

<sup>1</sup> Universidade Federal do Pará, Guamá, Belém, PA, Brasil.

<sup>2</sup> Clínica Spani Vendramin, Umarizal, Belém, PA, Brasil.

Após finalizar a plicatura infra umbilical, complementa-se a fixação do umbigo na aponeurose do reto abdominal com 4 pontos, um em cada ângulo da ilha de pele em formato de “pipa”, verificando sua posição correta na linha media vertical do abdome. Realizam-se pontos de adesão do retalho a aponeurose com vycril 2.0 na linha média supra umbilical, tracionando-se progressivamente o retalho em direção ao umbigo. Retira-se o excedente do retalho abdominal e se fixa o ponto central do retalho no púbis para marcar a posição do umbigo com a pinça específica para isto. Incisão da pele do retalho abdominal em Y, com 0,75cm em cada ramo e angulações aproximadas de 90° na parte superior e 135° nas laterais, formando 3 pequenos retalhos triangulares, um superior mais estreito e dois laterais mais largos (Figura 2). Procede-se nesta abertura a ressecção cônica do tecido adiposo, em toda espessura do retalho abdominal. Solta-se o ponto de fixação do retalho abdominal ao púbis e everte-se o mesmo para a sutura dos retalhos triangulares, feitos para o umbigo ao coto umbilical fixado à aponeurose, com 6 pontos subdérmicos invertidos com fio de poliglactina 4.0: ângulo superior do coto umbilical à extremidade do retalho triangular superior; ângulos laterais do coto umbilical aos vértices de transição, entre o retalho superior e os laterais na pele abdominal; partes laterais direita e esquerda do coto umbilical às respectivas extremidades dos retalhos triangulares laterais; ângulo inferior do coto umbilical ao vértice entre os dois retalhos laterais, inferiormente (Figura 3).



Figura 2. Incisão em “Y” no retalho abdominal para exteriorização do umbigo. Comprimento segmento do “Y” mede 0,75cm e o ângulo superior é de 90 graus.

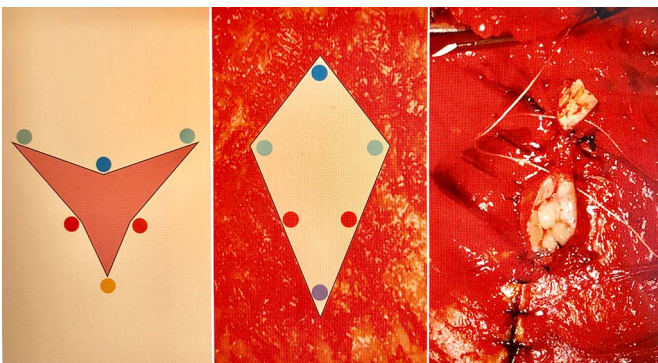


Figura 3. Fixação do umbigo ao retalho abdominal.

O esquema de cores orienta os pontos de sutura entre os retalhos para o umbigo na pele do abdome; e o coto umbilical fixado à aponeurose dos músculos retos abdominais.

Completa-se os pontos de adesão na parte infra umbilical. Coloca-se o dreno à vácuo e procede-se a sutura por planos do retalho abdominal. Curativo com gaze seca no umbigo, trocados diariamente. Após 3 semanas, colocou-se a órtese de umbigo e prescreveu-se massagem com creme com fluocinolona a 0,05%, por um mês.

## RESULTADOS

Foram avaliadas 31 pacientes, todas do sexo feminino, com idade entre 28 e 57 anos (média = 39,2 anos). A complicação mais frequente foi a epidermólise do coto umbilical (Tabela 1). Dois casos evoluíram com resultados desfavoráveis, um com estenose e outro com cicatriz visível, que foi o mesmo que apresentou necrose do retalho triangular superior. A satisfação dos pacientes pode ser vista na Tabela 1.

Tabela 1. Resultados

Fatores avaliados	Quantidade	percentual
Complicações Precoces		
Infecção	0	0
Epidermólise do coto umbilical	5	16,10%
Necrose do coto umbilical	0	0
Necrose do retalho de pele do neoumbigo	1	3,20%
Epidermólise de vincos formado na pele do abdome	3	9,70%
Estigmas		
Estenose de umbigo	1	3,20%
cicatriz visível	1	3,20%
Avaliação do resultado do umbigo		
Ruim	0	0
Razoável	1	3,20%
Bom	2	6,50%
Muito bom	4	12,90%
Excelente	24	77,40%

## DISCUSSÃO

Devido à importância do umbigo na beleza e forma do abdome, muitas vezes o resultado da abdominoplastia é julgado pela qualidade da cicatriz umbilical. Existem diversas técnicas para refazer o umbigo após a abdominoplastia, com a preocupação cada vez maior em deixar o umbigo natural, sem cicatrizes visíveis, com tamanho e profundidade adequados, além de bem posicionado. Muitas destas técnicas seguem os mesmos princípios, fixando o coto umbilical e fazendo com que a pele do abdome desça até o coto fixado à aponeurose e assim conseguindo esconder a cicatriz e dar profundidade ao umbigo.

Há uma grande variação combinando o formato e dimensões da ilha de pele deixada no coto umbilical e do tipo de incisão realizada no retalho abdominal para a cicatriz umbilical<sup>3-7,11-13</sup>. Variações estas justificáveis pelo senso estético e opinião pessoal de cada autor quanto ao formato mais agradável para o umbigo. Nós gostamos de umbigos mais verticalizados, com a parte superior ligeiramente maior que a inferior, semelhante ao formato que Craig refere no seu estudo com sendo em “T” e que foi o mais prevalente em sua pesquisa, assim como o que mostrou maior aceitação<sup>18</sup>. Mulheres jovens e magras tendem a ter umbigos pequenos e orientados verticalmente<sup>19</sup>. A técnica utilizada neste trabalho procura obter este tipo de umbigo (Figuras 4 a 6). A plicatura abrangendo o pedículo umbilical, embora tecnicamente diferente da descrita nos trabalhos de Pedroso<sup>6</sup> e Chia<sup>19</sup>, tem o mesmo objetivo de evitar herniações ou abaulamentos através da base do pedículo umbilical.

Algumas questões são bem estabelecidas, como evitar cicatriz circular para não ocorrer estenose, fixar a pele na aponeurose para esconder a cicatriz e dar mais profundidade



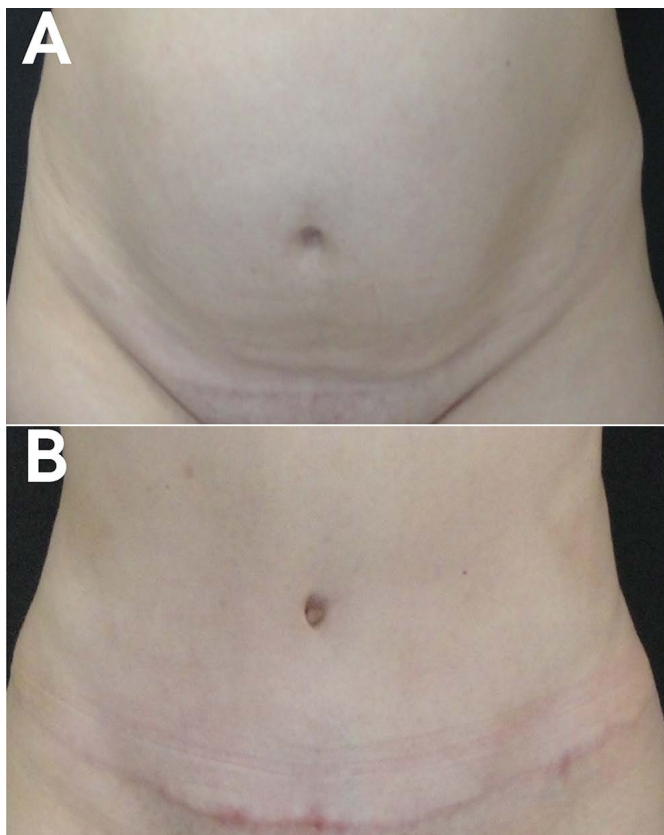


Figura 4. Caso 1. A: Pré-operatório; B: Pós-operatório.

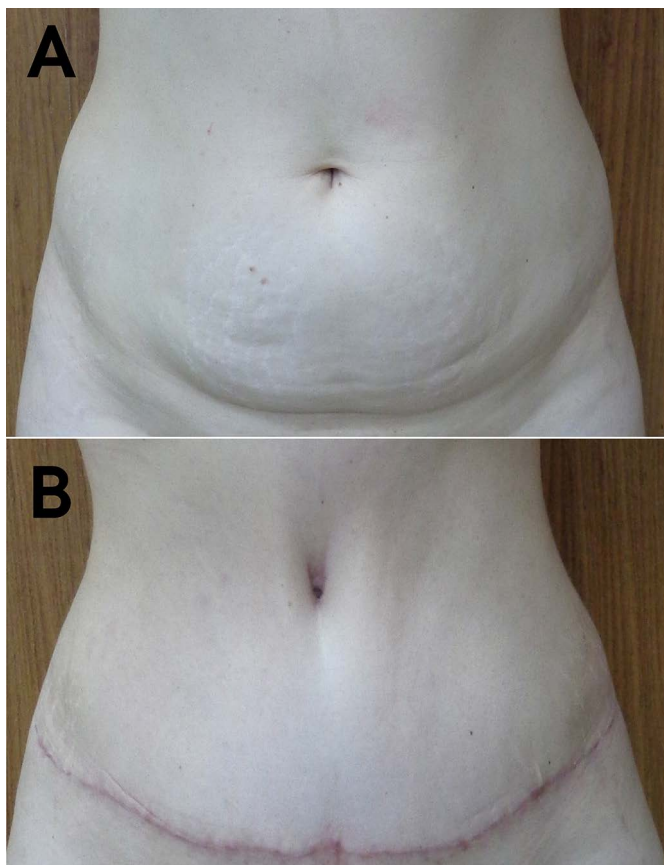


Figura 5. Caso 2. A: Pré-operatório; B: Pós-operatório.

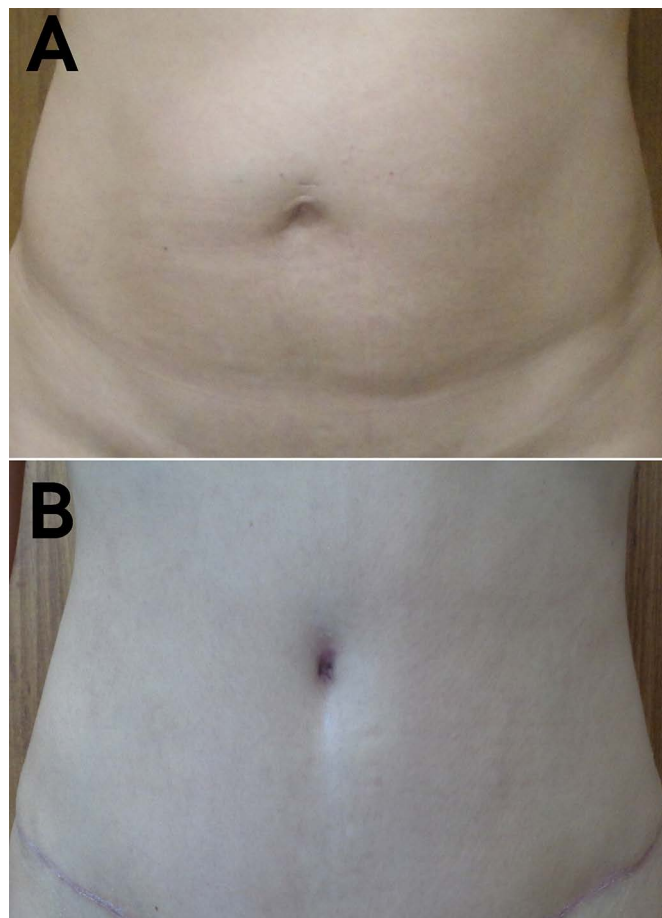


Figura 6. Caso 3. A: Pré-operatório; B: Pós-operatório.

ao umbigo, preservar gordura periumbilical<sup>11,19</sup>. Procuramos seguir todas elas na técnica descrita. Os maiores estigmas a serem evitados são: cicatrizes alargadas ou estenosadas, desvios da linha média, muito altos ou muito baixos (3,2%), falta de profundidade, hiperchromia e cicatrizes visíveis.

A complicação mais frequente foi a epidermólise do coto umbilical (16,1%), porém a reepitelização no fundo do umbigo não promoveu distorções ou apagamento do mesmo, mantendo um bom resultado. Entretanto, a necrose da pele do retalho abdominal na área do umbigo pode levar a distorções ou apagamentos, como ocorrido em um caso (3,2%). A segunda complicação mais frequente (9,7%) foi epidermólise no fundo de vincos formados lateral e superiormente ao umbigo. Esta complicação é uma desvantagem desta técnica, pois não encontramos relatos parecidos em outras técnicas. Para minimizar este efeito, deve-se deixar o pedículo umbilical mais comprido nos abdômes com retalho abdominal espesso. Ao verificar a formação dos vincos, tracionar a pele com fita microporada para suavizá-los e orienta-se a paciente massagear o local com creme hidratante, com o objetivo de desfazer o vinco. Eles costumam sumir à medida que o abdome vai desinchando, ao longo do primeiro mês.

Na avaliação dos pacientes, 90,3% acharam que o umbigo ficou muito bom ou excelente. Este resultado é semelhante ao que Dias Filho<sup>3</sup> encontrou com a técnica em “Y”, D’Assumpção<sup>12</sup> na técnica em escudo e Campos<sup>5</sup> com os triângulos isósceles. Cló<sup>14</sup> utilizou um método de avaliação semelhante ao nosso (escala de Likert de 5 pontos), que encontrou 90,6% de resultados muito bons ou excelentes, na avaliação dos pacientes.

## CONCLUSÃO

A técnica apresentada mostra-se uma boa opção dentre as existentes para obter umbigos com tendência a um formato triangular, porém mais verticalizado, sem marcas de sutura aparentes, mantendo boa profundidade, atingindo ótimo índice de satisfação.

## REFERÊNCIAS

1. Jaimovich CA, Mazzarone F, Parra JFN, Pitanguy I. Semiologia da parede abdominal: seu valor no planejamento das abdominoplastias. *Rev Soc Bras Cir Plást.* 1999;14(3):21-50.
2. Ng JAA. Abdominoplastia: neo-onfaloplastia sem cicatriz e sem excisão de gordura. *Rev Bras Cir Plást.* 2010;25(3):499-503. DOI: <https://doi.org/10.1590/S1983-51752010000300017>
3. Dias Filho AV, Valadão MGC, Guerra Filho TC, Moura RMG. Onfaloplastia: estudo comparativo de técnicas. *Rev Bras Cir Plást.* 2014;29(2):253-8.
4. López-Tallaj L, Gervais J. Restauração umbilical na abdominoplastia: uma simples técnica retangular. *Rev Bras Cir Plást.* 2001;16(3):39-46.
5. Campos R, Campos BVBL. Onfaloplastia em triângulo isósceles e com dupla fixação na abdominoplastia. *Rev Bras Cir Plást.* 2019;34(1):38-44.
6. Pedroso DB, Soares DAS, Cammarota MC, Daher LMC, Galdino MCA, Santos GC, et al. Umbilicoplastia por incisão vertical: descrição da técnica e avaliação da satisfação. *Rev Bras Cir Plást.* 2017;32(4):534-40.
7. Guimarães VHM, Guimarães VA, Gonçalves FA, Carvalho Júnior PCC. Onfaloplastia: técnica Y/V. *Rev Bras Cir Plást.* 2018;33(3):355-63.
8. Regnault P. The history of abdominal dermolipectomy. *Aesthetic Plast Surg.* 1978;2(1):113-23. DOI: <https://doi.org/10.1007/BF01577945>
9. Baroudi R. Umbilicoplasty. *Clin Plast Surg.* 1975;2(3):431-48.
10. Avelar J. Abdominoplasty-Systematization of a technique without external umbilical scar. *Aesthetic Plast Surg.* 1978 Dec;2(1):141-51. DOI: <https://doi.org/10.1007/BF01577947>
11. Castro DPR, Saldanha OR, Pinto EBS, Albuquerque FM, Moia SMS. Avaliação estética da cicatriz umbilical em duas técnicas de onfaloplastia. *Rev Bras Cir Plást.* 2014;29(2):248-52.
12. D’Assumpção EAD. Técnica para umbilicoplastia, evitando-se um dos principais estigmas das abdominoplastias. *Rev Bras Cir Plást.* 2005;20(3):160-6.
13. Furtado IR. Onfaloplastia: técnica “infinito”. *Rev Bras Cir Plást.* 2011;26(2):298-301.
14. ClóTCT. Neo-onfaloplastia com incisão em X em 401 abdominoplastias consecutivas. *Rev Bras Cir Plást.* 2013;28(3):375-80.
15. Nogueira DSC. Neo-onfaloplastia de rotina em abdominoplastias. *Rev Bras Cir Plást.* 2008;23(3):207-13.
16. Amud RJM. Neo-onfaloplastia sem cicatriz. *Rev Bras Cir Plást.* 2008;23(1):37-40.
17. Schoeller T, Wechselberger G, Otto A, Rainer C, Schwabegger A, Lille S, Ninkovic M. New thecnique for scarless umbilical reinserction in abdominoplasty procedures. *Plast Reconstr Surg.* 1998 Oct;102(5):1720-3. DOI: <https://doi.org/10.1097/00006534-199810000-00064>
18. Craig SB, Faller MS, Puckett CL. In search of the ideal female umbilicus. *Plast Reconstr Surg.* 2000 Jan;105(1):389-92. PMID: 10627008 DOI: <https://doi.org/10.1097/00006534-200001000-00064>
19. Chia CY, Roxo ACW, Labanca L, Ritter PD. Cirurgia estética e funcional do umbigo: técnica de plicatura transumbilical. *Rev Bras Cir Plást.* 2011 Jun;26(2):293-7. DOI: <https://doi.org/10.1590/S1983-51752011000200017>

\*Endereço Autor:

**Fabiel Spani Vendramin**

Rua Municipalidade, 985, Umarizal, Belém, PA, Brasil.

CEP 66050-350

E-mail: drfabiel@gmail.com