

Body lift: tratamento do contorno corporal em pacientes ex-obesos

Body lift: body contouring treatment in ex-obese patients

MARCELO CARLOS
ANICETO DE SOUZA¹,
CÉSAR SILVEIRA
CLÁUDIO-DE-SILVA²

RESUMO

Introdução: O número de casos de pacientes ex-obesos necessitando de procedimentos cirúrgicos para correção do contorno corporal vem aumentando nos últimos anos. **Método:** Neste estudo, foram avaliados 10 pacientes (8 mulheres e 2 homens), com idade média de $41,3 \pm 8,27$ anos e perda ponderal média de $65,7 \pm 21,3$ kg. **Resultados:** O *body lift* foi realizado em todos os casos, sendo em 5 pacientes associado a abdominoplastia vertical, em três casos, a abdominoplastia clássica e, em dois casos, a compensação anterior. Um retalho dermoadiposo foi utilizado para aumento da região glútea. O tempo cirúrgico variou entre 5 e 6 horas, e todos os pacientes foram drenados (a vácuo), em média por $13,3 \pm 1,69$ dias. Todas as pacientes do sexo feminino, submetidas à associação com abdominoplastia vertical ou clássica, receberam hemotransusão. Nenhum caso de seroma, hematoma, infecção, necrose de pele ou trombose venosa profunda foi observado. Uma paciente apresentou quadro de depressão no período pós-operatório. **Conclusão:** O *body lift* é uma cirurgia de grande porte, porém com baixo índice de complicações, proporcionando tratamento combinado das regiões abdominal, pubiana, lateral de coxas, glútea e flancos, com alto grau de satisfação dos pacientes.

Descritores: Cirurgia plástica/métodos. Obesidade/cirurgia. Obesidade mórbida/cirurgia.

SUMMARY

Introduction: During the last years, the number of ex-obese patients who search for surgical procedures to correct body shape is increasing. **Methods:** In this study, were evaluated, 10 patients (8 women and 2 men), with mean age of 41.3 ± 8.27 years and mean weight loss of 65.7 ± 21.3 kg). **Results:** The body lift was performed in all cases, 5 patients with vertical abdominoplasty, 3 with classic abdominoplasty and 2 with anterior compensation. A dermoadipose flap was used to increase the gluteal volume. The surgical time varied between 5 and 6 hours. All patients received aspirative drainage (mean time 13.3 ± 1.69 days. All women who underwent vertical or classic abdominoplasty, received haemotransfusion. No cases of seroma, haematoma, infection skin necrosis or thromboembolic problems were observed. One patient presented clinical depression after the surgery. **Conclusion:** Body lift is a complex procedure, with low complication rate, that allows a combined approach to abdominal, pubic, lateral thigh, flank and gluteal regions, with a high degree of patient satisfaction.

Descriptors: Surgery, plastic/methods. Obesity/surgery. Obesity, morbid/surgery.

Trabalho realizado no Hospital Universitário Clementino Fraga Filho e na Clínica particular do autor, Rio de Janeiro, RJ. Trabalho apresentado no concurso para membro titular da SBCP no Congresso Brasileiro de Cirurgia Plástica, em 2007, em Curitiba, PR.
Artigo recebido: 08/07/2008
Artigo aceito: 06/11/2008

1. Membro Titular da Sociedade Brasileira de Cirurgia Plástica; Mestrando do Serviço de Cirurgia Plástica da Universidade Federal do Rio de Janeiro – UFRJ.
2. Professor adjunto IV da UFRJ.

INTRODUÇÃO

Os pacientes após perda ponderal maciça apresentam grande excesso de pele e tecido subcutâneo, necessitando de vários tempos cirúrgicos para tratamento de diversas regiões corporais. Os primeiros trabalhos propondo tratamento associado das regiões anterior, lateral e posterior foram de Gonzales-Ulloa^{1,2}, apresentando o que chamou de “*belt lipectomy*”, também abordado por Muhlbaue³. Outros autores, como Baroudi^{4,5}, a partir da década de 80, mostram uma preocupação com o contorno corporal. Lockwood⁶⁻⁸ introduziu o conceito de “*high lateral tension*”, baseado no sistema fascial superficial.

A partir do final da década de 90, vários cirurgiões publicaram suas experiências e modificações pessoais, nomeando definitivamente o procedimento como “*body lift*”⁹⁻¹³. Em 2005, Wallach¹⁴ descreveu sua experiência associando a abdominoplastia em Fleur-de-Lis ao *body lift*.

MÉTODO

Foram operados 10 pacientes no período de março de 2006 a maio de 2007, sendo 8 (80%) mulheres e 2 (20%) homens, todos ex-obesos mórbidos. A cirurgia realizada foi o *body lift*, em 5 (50%) casos com abdominoplastia vertical, em três (30%), com abdominoplastia clássica, e dois (20%), com compensação anterior, pois já havia sido realizada abdominoplastia prévia.

Os critérios de indicação de cirurgia foram: pacientes portadores de flacidez acentuada de pele nas regiões abdominal, pubiana, lateral de coxas, glútea e flancos (Tabela 1).

Marcação pré-operatória

A marcação deve ser realizada com o paciente de pé,

tendo como objetivo incisões simétricas que possam ser adequadamente ocultadas pelas roupas de banho do paciente. Deve-se obedecer à seguinte ordem descrita por Pascal e Le Louarn¹²:

- **Marcação lateral** (Figuras 1 e 2):
1. É desenhada uma linha vertical seguindo a linha axilar média, cruzando a crista ilíaca até a região lateral da coxa, onde serão posicionados os próximos pontos;

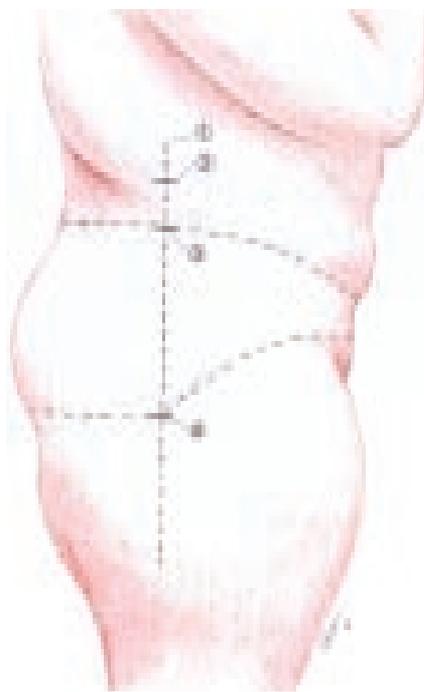


Figura 1 – Marcação lateral.

Tabela 1 – Caracterização da população estudada e procedimentos realizados.

Pacts	Cirurgia	Idade	Sexo	IMC pré Bariátrica	IMC pré Plástica	Perda Ponderal (kg)	Tempo entre cirurgias (meses)	Tempo de estabilização de peso (meses)
1	BL/av	41	M	49,00	24,20	83,0	19	12
2	BL/av	45	M	52,40	28,00	90,0	36	12
3	BL/av	36	F	51,20	31,00	62,0	18	06
4	BL/ca	62	F	56,25	35,00	50,0	33	20
5	BL/av	38	F	69,90	37,00	100,0	32	20
6	BL/ca	32	F	43,00	26,90	46,0	39	12
7	BL/av	37	F	57,25	32,00	66,0	36	08
8	BL/ac	39	F	40,50	29,50	30,0	-	-
9	BL/ac	38	F	49,00	27,00	72,0	21	07
10	BL/ac	45	F	52,00	33,00	58,0	28	09
MED	-	41,3	-	52,05	30,36	65,7	29,11	11,77
DP	-	8,27	-	08,15	03,98	21,3	07,97	05,16

ME: média, DP: desvio padrão, M: sexo masculino, F: sexo feminino, BL: *body lift*, av: abdominoplastia vertical, ca: compensação anterior, ac: abdominoplastia clássica.

2. Em seguida, é marcada a crista ilíaca ântero-superior (por palpação);
3. O ponto seguinte irá determinar o limite superior da ressecção, e a sua marcação pode variar de acordo com a roupa de banho do paciente. Na maioria dos casos, localiza-se esta marca 4 cm abaixo da crista ilíaca;
4. O limite inferior de ressecção será posicionado por pinçamento digital, lembrando que a distância entre os pontos 3 e 4 determinará a quantidade de tecido a ser retirado na região lateral, variando de acordo com a flacidez de pele de cada paciente.

- Marcação posterior (Figuras 3 e 4):

1. É marcada uma linha vertical mediana (linha interespinhal);
2. Mais duas linhas para-medianas são desenhadas, elas irão determinar o limite entre a região glútea e trocanteriana;
3. O limite inferior da ressecção na linha interespinhal será marcado no limite superior do sulco interglúteo;
4. O limite superior da ressecção na linha interespinhal será determinado por pinçamento. A distância entre os pontos 3 e 4 raramente excederá 10 cm;
5. A linha de ressecção superior será obtida com uma linha reta ou convexa unindo o ponto 4 (limite superior da ressecção na linha interespinhal) ao ponto 3 da marcação lateral (limite superior de ressecção na linha axilar média);
6. A linha de ressecção inferior será marcada ligando o ponto 3 (limite inferior da ressecção na linha interespinhal) ao ponto 4 da marcação lateral (limite inferior da ressecção na linha axilar média), onde o limite mais inferior desta linha côncava será a linha vertical paramediana.

- Marcação anterior – abdominal

De acordo com a escolha do paciente e a presença ou não de cicatrizes abdominais prévias, é feita a opção por um

dos três tipos utilizados para esta marcação:

1. Marcação vertical - cicatriz resultante em “T” invertido (Figuras 5 e 6): a linha de ressecção inferior é posicionada a 7 cm da fúrcula vaginal ou da base do pênis, e a partir deste ponto central estende-se 7 cm horizontalmente para cada lado. Em seguida, esta linha é prolongada lateralmente, até o limite inferior de ressecção da marcação lateral. A marcação vertical é iniciada no nível da fúrcula esternal, traçando-se uma linha vertical central que passa pela cicatriz umbilical até a região pubiana. A partir desta referência central (utilizando pinçamento bimanual), são marcados 8 a 10 pontos equidistantes da linha média, determinando a quantidade de pele a ser ressecada. A união dos pontos acima mencionados resultará em duas linhas arqueadas, que se unem na altura da fúrcula externa, estendendo-se inferiormente até 4-5 cm abaixo da altura da cicatriz umbilical. O limite inferior de cada linha arqueada será ligado ao limite superior de ressecção da marcação lateral;
 2. Marcação clássica de abdominoplastia: deverá ser utilizada nos pacientes que não possuam cicatrizes verticais prévias e não desejem uma nova cicatriz vertical;
 3. Marcação de compensação anterior (Figura 7): será utilizada nos pacientes com abdominoplastia prévia. A linha de ressecção inferior novamente será desenhada de mesma forma, e a linha de ressecção superior será determinada (por pinçamento) pela quantidade de flacidez tecidual existente na região central, traçando uma linha horizontal paralela à marcação central da região pubiana, em seguida é traçada bilateralmente uma nova linha limite de ressecção superior até o limite superior da marcação lateral.
- Marcação retalho para aumento da região glútea
A correção da atrofia da região glútea pode ser obtida com



Figura 2 – Marcação lateral.

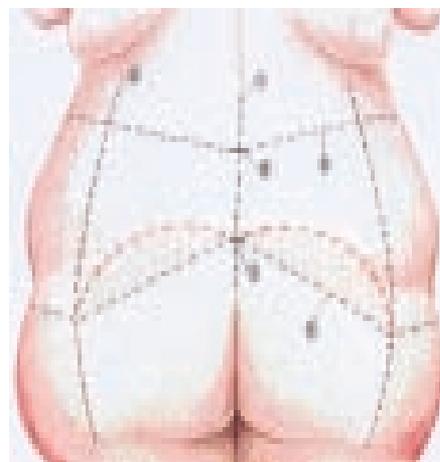


Figura 3 – Marcação posterior.

a utilização de retalhos dermo-gordurosos, baseados na abundante vascularização perfurante da região glútea.

1. Retalho de Le Louarne e Pascal¹² (Figura 3): o retalho é desenhado dentro da área da marcação posterior, sendo o seu limite inferior a linha de ressecção inferior, e os limites laterais as duas linhas para medianas posteriores. A altura deste retalho pode chegar a 10-12 cm e o eixo horizontal a 25 cm.
 2. Retalho estendido (Figuras 4 e 8): este retalho possibilita a utilização de um volume maior, e um preenchimento de toda a região glútea, se necessário. A marcação pode englobar toda a área posterior a ser retirada, tanto na altura quanto no eixo horizontal.
- Marcação do retalho de Sinder¹⁵ (Figura 5).

Procedimento cirúrgico

A cirurgia é iniciada na região dorsal, com o paciente em decúbito ventral, o que possibilita duas equipes cirúrgicas

trabalharem simultaneamente. É realizada infiltração com solução de adrenalina 1: 500.000 nas incisões e nas áreas de “culote” que serão lipoaspiradas. O retalho glúteo é desepitelizado, e em seguida, todo o tecido em excesso é retirado ao nível da aponeurose muscular e o retalho glúteo é posicionado seguindo o contorno superior do músculo glúteo maior e fixado à aponeurose com fios nylon 2.0 (Figura 9). O descolamento na região glútea é realizado abaixo da fáscia superficial, apenas o necessário para um adequado avanço sobre o retalho glúteo. O descolamento na região trocanteriana é realizado ao mesmo nível, possibilitando a fixação da fáscia superficial à aponeurose muscular em uma posição mais superior – “*high lateral tension*” – Lockwood⁶⁻⁸ com o objetivo de obter uma adequada tensão nesta área e impedir a criação de espaço morto.

A abordagem anterior, no caso da abdominoplastia vertical, tem início com a ressecção em bloco de todo tecido previamente marcado, ao nível da fáscia muscular. A plicatura da aponeurose do músculo reto abdominal é



Figura 4 – Marcação posterior, retalho estendido.



Figura 5 – Marcação anterior, vertical e retalho de Sinder.



Figura 6 – Marcação anterior.

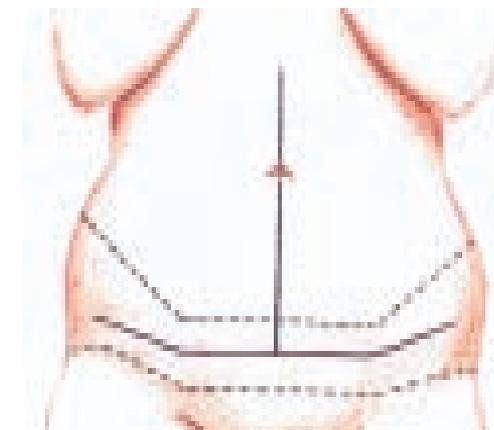


Figura 7 – Marcação anterior, compensação.

realizada em todos os casos, com fio prolene 0.0. O retalho de Sinder é inicialmente desepitelizado, sendo em seguida fixado à aponeurose. Não é realizado nenhum descolamento. Drenos a vácuo são utilizados, e posicionados em direção à região dorsal, com saída na região pubiana, através de dois orifícios.

O umbigo é suturado sem nenhum tipo de ressecção de pele adjacente.

RESULTADOS

Todos os pacientes ficaram satisfeitos com os resultados de melhora do contorno corporal, sem queixas em relação às cicatrizes. Apenas uma paciente foi submetida a hernioplastia incisional (cirurgia bariátrica aberta), sem utilização de tela de marlex.

A distância da plicatura da aponeurose do músculo reto abdominal em seu maior eixo variou de 6 a 13 cm, com média de 7,87 cm e desvio padrão de 2,53. O peso total da peça cirúrgica variou de 3 a 10,1 kg (Figura 10), com média de 6,08 kg e desvio padrão de 2,69.

O tempo de duração da cirurgia foi de 5 a 6 horas, com média de 5,31 e desvio padrão de 0,45; nos dois casos de *body lift* com compensação anterior, o tempo foi 2,5 e 3,5 horas.

O tempo de internação variou de 2 a 5 dias, com média de 4,12 dias e desvio padrão de 0,83 dia.

A drenagem a vácuo foi utilizada em todos os pacientes, permanecendo de 9 a 14 dias, com média de 13,37 dias e desvio padrão de 1,69 dias.

Nenhum caso de hematoma, seroma, necrose de pele, problemas relacionados ao retalho glúteo ou infecção foi observado. Foram observadas complicações menores, como pequenas deiscências de sutura (um caso) e hipertrofia de cicatrizes (um caso), diminuição temporária de sensibilidade em hipogástrio e região glútea (todos os casos). Um caso de depressão maior, sem história prévia da doença, também foi observado.

As Figuras 11 a 13 exemplificam alguns casos operados com a técnica.

DISCUSSÃO

A associação da torsoplastia à abdominoplastia vertical pode ser considerada o tratamento de escolha para os pacientes ex-obesos submetidos a cirurgia bariátrica por abordagem aberta, que apresentem cicatriz abdominal vertical supra-umbilical ou naqueles que aceitem uma nova cicatriz vertical. A opção da associação com abdominoplastia clássica deve ser realizada nos pacientes que foram operados por abordagem videoendoscópica e, portanto, não apresentam cicatrizes abdominais prévias e não aceitem uma nova cicatriz vertical.

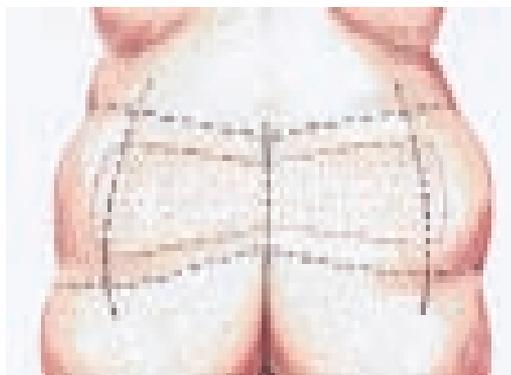


Figura 8 – Retalho estendido.



Figura 9 – Posicionamento e fixação do retalho ao nível do limite superior do músculo glúteo maior.



Figura 10 – Peça cirúrgica: retalhos anterior, laterais e posteriores. Régua de 20 cm como referência. Peso total: 10,1 kg.

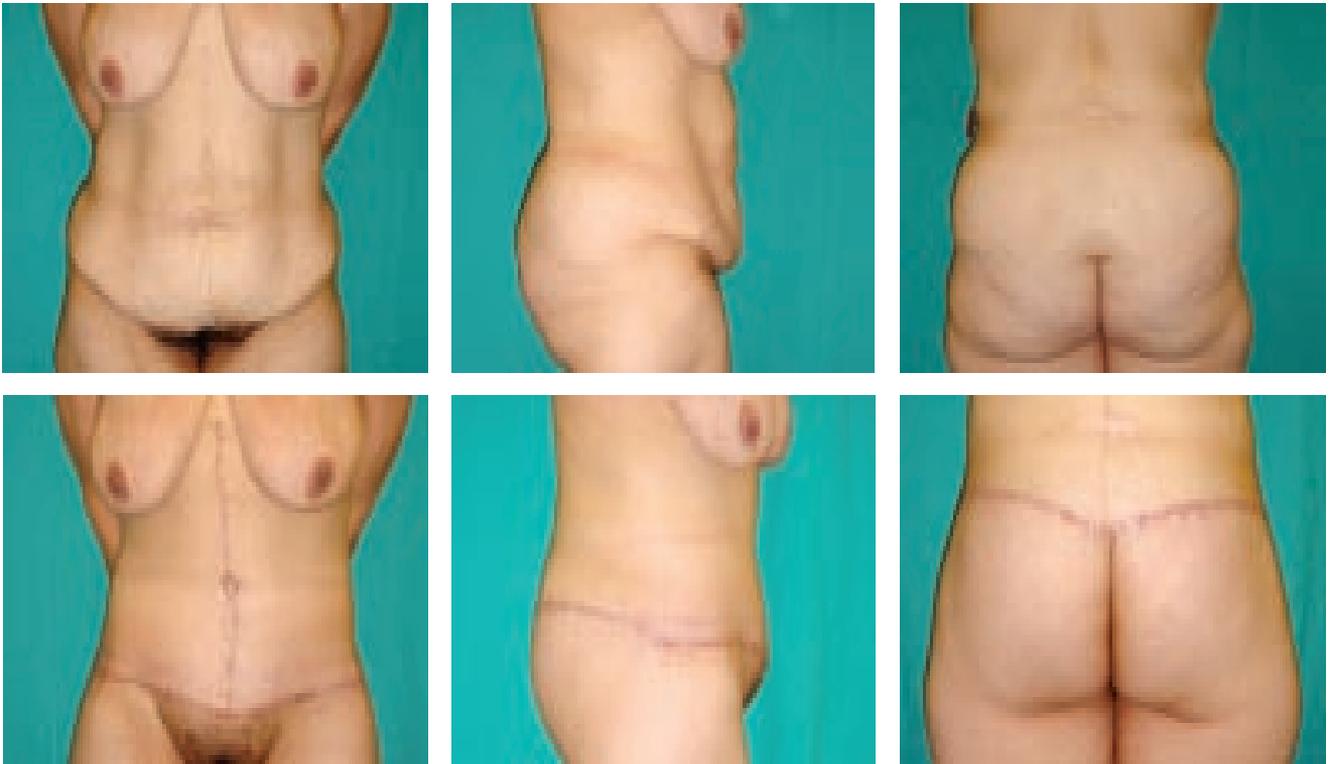


Figura 11 – Body lift com abdominoplastia vertical, 36 anos, perda de 62 kg, pré-operatório e pós-operatório de 3 meses.

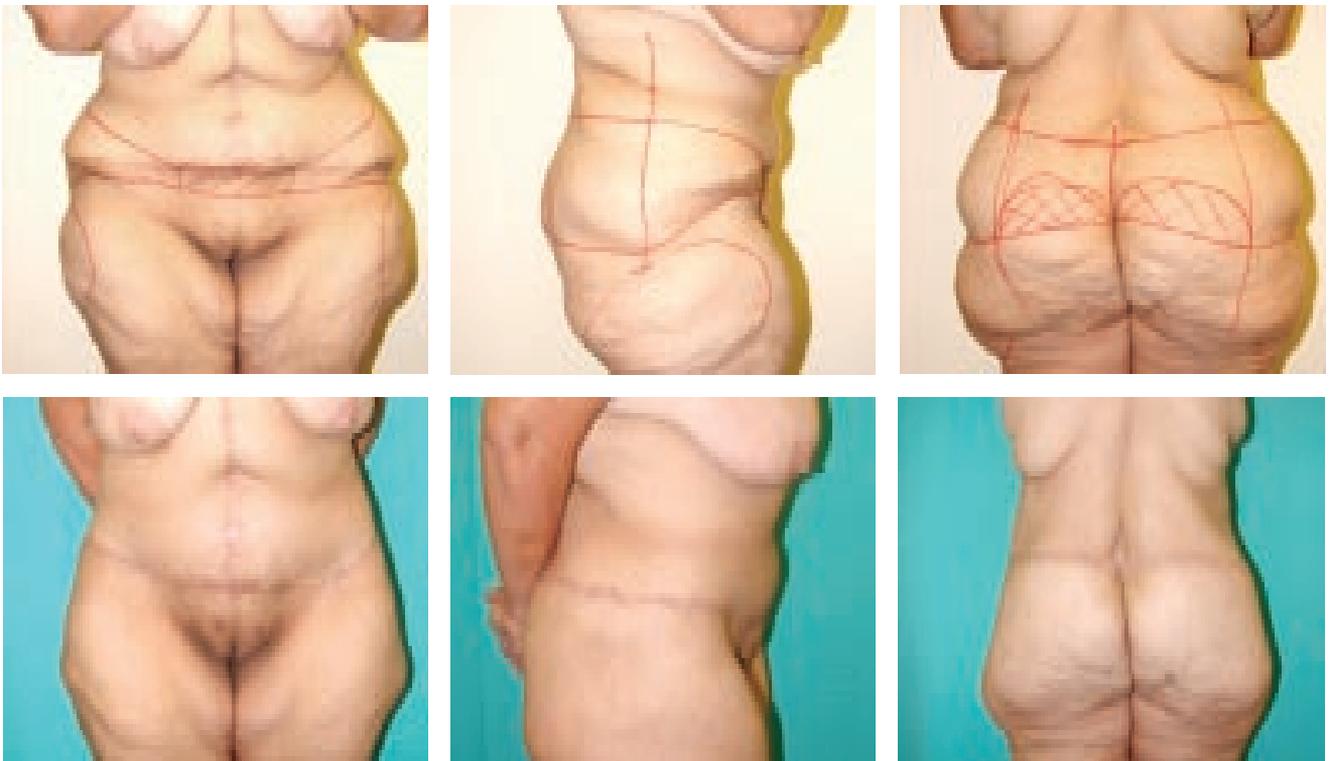


Figura 12 – Body lift com compensação anterior, 62 anos, perda de 50 kg pré-operatório e pós-operatório de 7 meses.

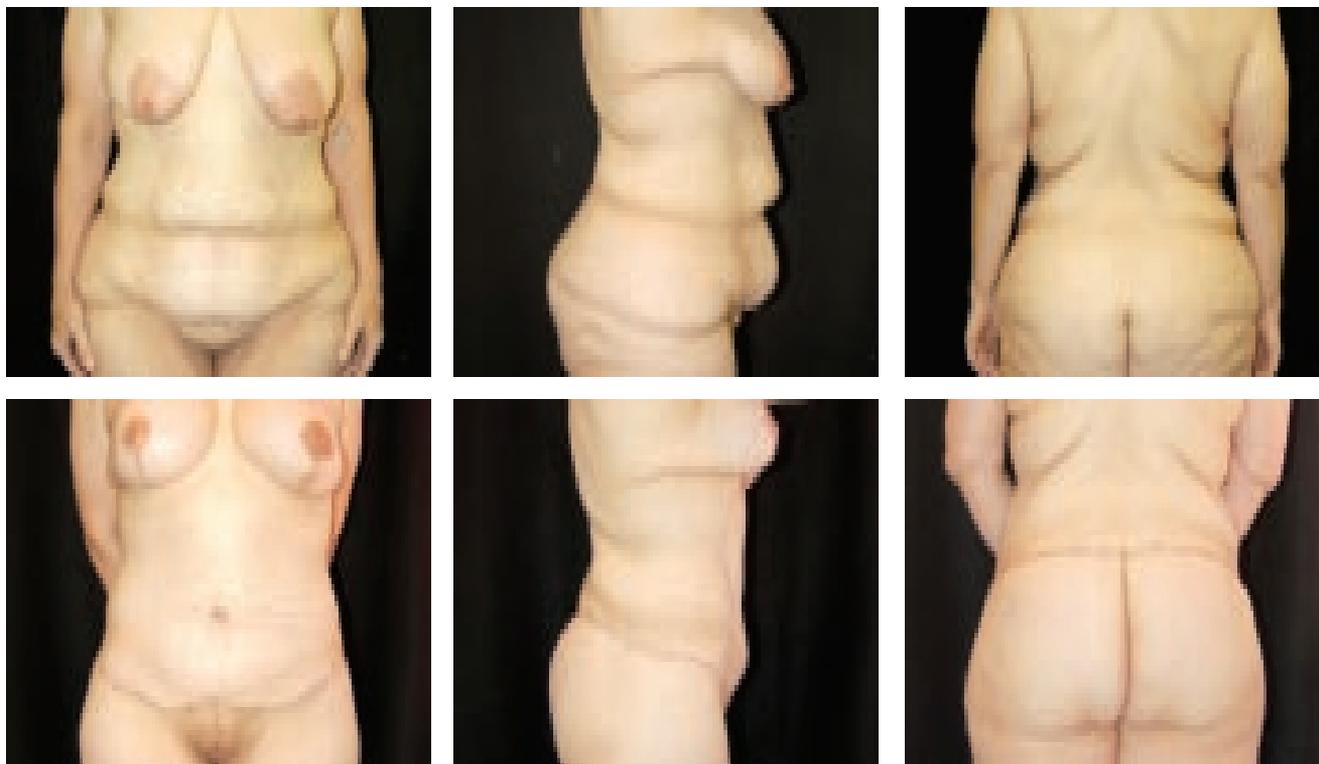


Figura 13 – *Body lift com abdominoplastia clássica, 38 anos, perda de 72 kg, pré-operatório e pós-operatório de 7 meses.*

O *body lift* proporciona, aos pacientes que apresentam um considerável excesso de pele após perda ponderal maciça, um tratamento conjunto das regiões abdominal, pubiana, glútea, lateral de coxas e flancos.

A perda sanguínea nesta cirurgia é considerável. Além disto, a maioria destes pacientes, principalmente as mulheres, apresenta níveis limítrofes de hemoglobina. A hemotransfusão é indicada de rotina (dois concentrados de hemácias) nas pacientes do sexo feminino. Os pacientes do sexo masculino devem ser avaliados individualmente, sendo que os dois pacientes operados não necessitaram transfusão.

Foram realizadas modificações pessoais na abdominoplastia vertical. O limite inferior da marcação vertical 4-5 cm abaixo do nível da cicatriz umbilical tem o objetivo de aumentar a distância da cicatriz resultante vertical entre o umbigo e a cicatriz horizontal no púbis, além de possibilitar maior ressecção de pele na região pubiana e um posicionamento adequado desta cicatriz a 7 cm da fúrcula vaginal ou da base do pênis. Para evitar o alargamento da cicatriz umbilical, o umbigo é suturado diretamente aos retalhos laterais, sem ressecção de pele ao seu redor, já que no caso da abdominoplastia vertical, os vetores de tração em direção lateral tendem a aumentar o tamanho final da cicatriz umbilical. O retalho de Sinder preenche o “espaço morto” na junção em “T” invertido, além de proporcionar uma sustentação mais

eficiente da região pubiana, quando fixado à aponeurose do músculo reto abdominal.

O princípio de *high lateral tension* de Lockwood é utilizado no *body lift*, nas regiões trocanterianas, evitando-se assim uma tensão exagerada e problemas posteriores de posição e alargamento das cicatrizes, além de evitar “espaço morto” nestas regiões.

As longas cicatrizes do *body lift* são bem aceitas pelos pacientes, devido ao alto grau de satisfação com os resultados de melhora do contorno corporal.

De acordo com a literatura, esta cirurgia apresenta baixos índices de complicação, resultado que também é observado nesta casuística.

CONCLUSÃO

O *body lift* é uma cirurgia de grande porte, que proporciona aos pacientes ex-obesos um tratamento eficiente de diferentes áreas corporais – abdome, região pubiana, flancos, região glútea e região lateral das coxas, com um baixo índice de complicações.

Esta cirurgia, apesar de resultar em longas cicatrizes, apresenta alto grau de satisfação dos pacientes, devido à dramática melhora do contorno corporal e posicionamento apropriado das cicatrizes.

REFERÊNCIAS

1. Gonzales-Ulloa M. Circular lipectomy with transposition of the umbilicus and aponeurotic technique. *Cirurgia*. 1959;27:394-401.
2. Gonzales-Ulloa M. Belt lipectomy. *Br J Plast Surg*. 1961;13:179-85.
3. Muhlbauer W. Radical abdominoplasty, including body shaping: representative cases. *Aesthetic Plast Surg*. 1989;13(2):105-10.
4. Baroudi R. Body contour surgery. *Clin Plast Surg*. 1989;16(2):263-77.
5. Baroudi R. Flankplasty: a specific treatment to improve body contouring. *Ann Plast Surg*. 1991;27(5):404-20.
6. Lockwood T. Lower body lifting. *Aesthetic Surg J*. 2001;21:355-70.
7. Lockwood T. High-lateral-tension abdominoplasty with superficial fascial system suspension. *Plast Reconstr Surg*. 1995;96(3):603-15.
8. Lockwood T. Lower body lift with superficial fascial system suspension. *Plast Reconstr Surg*. 1993;92(6):1112-25.
9. Hamra S. Circumferencial body lift. *Aesthetic Surg J*. 1999;19:244-50.
10. Hurwitz DJ, Zewert T. Body contouring after bariatric surgery. *Op Tech Plast Reconstr Surg*. 2002;8(1):87-97.
11. Aly AS, Cram AE, Chao M, Pang J, McKeon M. Belt lipectomy for circumferencial truncal excess: the University of Iowa experience. *Plast Reconstr Surg*. 2003;111(1):398-413.
12. Pascal JF, Le Louarn C. Remodeling bodylift with high lateral tension. *Aesthetic Plast Surg*. 2002;26(3):223-30.
13. Strauch B, Herman C, Rohde C, Baum T. Mid-body contouring in the post-bariatric surgery patient. *Plast Reconstr Surg*. 2006;117(7):2200-11.
14. Wallach S. Abdominal contour surgery for the massive weight loss patient: the fleur-de-lis approach. *Aesthetic Surg J*. 2005; 25:454-65.
15. Sinder R. Uso de retalho dermo adiposo em plástica de abdome (técnica pessoal). XI Congresso Brasileiro de Cirurgia Plástica; 1974; Belo Horizonte, Brasil.

Correspondência para:

Marcelo Carlos Aniceto de Souza
Avenida Afrânio de Melo Franco, 141/405 – Leblon – Rio de Janeiro, RJ – CEP 22430-060
E-mail: marceloaniceto@terra.com.br