

Neo-onfaloplastia de rotina em abdominoplastias

Routine neoomphaloplasty during abdominoplasties

DARLI SAÚDE COSTA
NOGUEIRA¹

Trabalho realizado no Hospital Madre Teresa, Belo Horizonte, MG. Trabalho apresentado para ascensão à categoria de membro titular no 44º Congresso Brasileiro de Cirurgia Plástica – Curitiba, novembro de 2007
Artigo recebido: 11/07/2008
Artigo aceito: 04/09/2008

RESUMO

O umbigo é um componente essencial à beleza do abdome e as cicatrizes periumbilicais decorrentes da sua transposição nas abdominoplastias podem prejudicar o resultado final de um abdome bem operado. Após uma breve revisão histórica, o autor demonstra técnica de neo-onfaloplastia simples, rápida, que evita cicatrizes aparentes e produz bons resultados, estimulando a sua utilização rotineira, em substituição à transposição umbilical, amplamente divulgada entre os cirurgiões plásticos.

Descritores: Umbigo/cirurgia. Abdome/cirurgia. Inovação. Cirurgia plástica/métodos.

SUMMARY

The umbilicus is an essential feature of the beauty of the abdomen. Scars around it, caused by relocation during abdominoplasties, may harm the final results of a well performed surgery. After a brief historic review, the author presents a fast and simple method of neo-umbilicoplasty that avoids visible scars and yields goods results, and therefore encouraging its routine utilization, in substitution of the reimplantation of the natural umbilicus, nowadays widely used by plastic surgeons.

Descriptors: Umbilicus/surgery. Abdomen/surgery. Innovation. Surgery, plastic/methods.

INTRODUÇÃO

O umbigo é a única cicatriz considerada normal e componente essencial à beleza de um abdome. A preocupação com tal conceito, no entanto, não coincide com o desenvolvimento das abdominoplastias, iniciadas no século XIX, na França. Nesta época, algumas técnicas o removiam junto com o retalho (Kelly, Peters, Jolly, Flesch e outros)¹. A história da preocupação com o umbigo começa a se desenvolver em (1956), com trabalhos de Andrews que o reconstruía, e de Vernon (1957), que fazia sua transposição, utilizando incisões circulares^{2,3}.

A estenose umbilical decorrente das cicatrizes circulares tornou-se, então, o maior desafio. Em 1976, Avelar apresentou sua técnica quebrando a cicatriz em três retalhos. Muitos autores seguiram os mesmos conceitos³⁻⁶. Na impossibilidade de preservar o umbigo devido a hérnias, eventrações, ou na sua ausência decorrente de cirurgias anteriores, as técnicas de neo-onfaloplastias reapareceram. Kirianoff⁷, em 1978, Baroudi e Carvalho⁸, em 1981, e Franco^{7,9}, em 1973 e 1999,

descreveram suas técnicas. Foram descritos também retalhos mais complicados, com suturas em bolsa^{10,11}, enxertos de cartilagem¹² ou cicatrizes aparentes¹³. A utilização de rotina do umbigo reconstruído, porém, ainda não é amplamente utilizada^{14,15}.

Baseado na concepção de que o umbigo é decorrente de um processo de cicatrização por segunda intenção e que por ser uma cicatriz não há motivos para conservá-lo, desde que se consiga outra cicatriz com forma e posicionamento semelhantes, decidimos desmistificar a corrente necessidade de preservá-lo, realizando rotineiramente uma técnica de neo-onfaloplastia simples, rápida e que deixa apenas marcas que simulam as prévias pregas do umbigo original.

MÉTODO

No período de outubro de 2005 a maio de 2007, foram realizadas 46 abdominoplastias utilizando a técnica de reconstrução umbilical.

1. Membro Titular da Sociedade Brasileira de Cirurgia Plástica; Integrante do Corpo Clínico do Hospital Madre Teresa de Belo Horizonte.

Técnica cirúrgica

A abdominoplastia clássica é realizada com incisão suprapúbica com leve concavidade superior. Lipoaspiração nos flancos ou no abdome central é associada previamente, dependendo da necessidade de cada paciente. Inicia-se o descolamento do retalho com bisturi elétrico. Ao se atingir o pedículo umbilical, faz-se a secção total do mesmo (Figura 1). Através da sua palpação, pode-se determinar a junção da concavidade da pele à aponeurose. Mesmo que haja pequena abertura do pedículo nesta manobra, ela poderá ser suturada com ponto em “U” com nylon 3-0. Termina-se o descolamento até o apêndice xifóide. Após revisão da hemostasia, procede-se à correção da diastase dos músculos reto abdominais, embutindo o antigo pedículo umbilical e deixando este ponto marcado com azul de metileno. Inicia-se a tração do retalho,

realizando os pontos de fixação do mesmo à aponeurose, como descritos por Baroudi, com fios absorvíveis monofilamentares 3-0 ou 2-0¹⁵. Já com o retalho cutâneo-gorduroso fixo até a antiga posição do umbigo, faz-se a ressecção do excesso do mesmo. O retalho é agora fixado à borda inferior da incisão com três pontos simples, para dar maior precisão à marcação do umbigo. É feita, então, a projeção do ponto prévio do umbigo no retalho (Figura 2). Neste local, marca-se um X, com segmentos regulares, medindo cada um 0,3 a 0,5 cm de comprimento (Figura 3). Faz-se a incisão sobre estes segmentos, criando quatro retalhos de base externa (Figura 4). Com tesoura em direção centrífuga através deste orifício, retira-se um cone de gordura, que em pacientes magras deve ser apenas o suficiente para visualização dos retalhos.

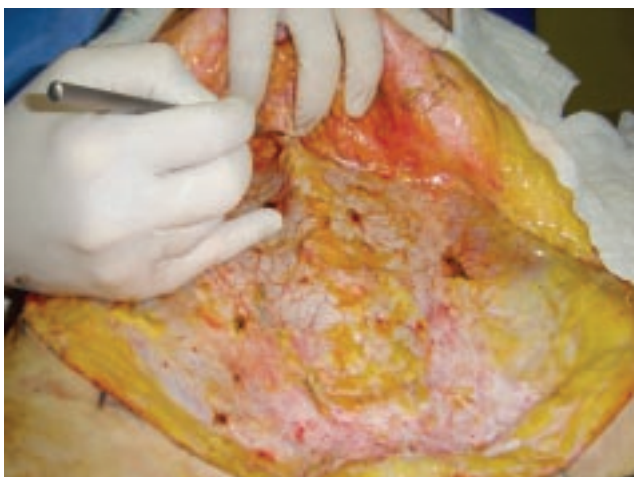


Figura 1 – Secção do pedículo umbilical para deslocamento total do retalho.



Figura 2 – O afastador à direita permite entrada de luz para a marcação.



Figura 3 – Acima da marcação do X, nota-se depressão pela fixação do retalho à aponeurose.



Figura 4 – Os retalhos devem ser pequenos para esconder a cicatriz no fundo do neo-umbigo.

Retiram-se os pontos de fixação inferior e everte-se o retalho para hemostasia e confecção do novo umbigo (Figura 5). Utilizando fio absorvível monofilamentar 2-0 ou 3-0, o retalho superior e o da esquerda são suturados entre si e na aponeurose onde se encontra a marca do umbigo anterior (Figura 6). Fazemos o mesmo com o retalho inferior e o da direita. Procede-se, a seguir, à fixação da porção inferior do retalho à aponeurose e a sutura final em dois planos com fio absorvível 4-0 (Figura 7).

Quando é realizada abdominoplastia com incisão em T, após ressecção e fixação do retalho inferior, marca-se e resseca-se o excesso na vertical. O desenho do umbigo será em cruz, cruzando a incisão vertical e o ponto do umbigo anterior, previamente marcado, poderá ser visto por esta incisão.

Nos casos em que a ressecção do retalho cutâneo-gorduroso não atinge a altura do umbigo, fazemos o fechamento do mesmo.

No pós-operatório é mantido curativo sobre o neo-umbigo com gaze e sulfadiazina de prata, por oito dias, com trocas diárias após as primeiras 48 horas, para evitar contaminação.

RESULTADOS

Foram operados 46 pacientes, sendo 23 pela técnica de abdominoplastia clássica e 23 com incisão em “T”, sendo cinco homens e 41 mulheres. O período de acompanhamento variou de 2 a 19 meses. Em relação à cicatrização umbilical, foram detectadas as seguintes complicações: um apagamento da cicatriz em paciente muito magra que apresentou cicatriz queloidiana em todas as incisões e três deiscências em abdominoplastias em “T”, que cicatrizaram bem, mantendo o formato do umbigo.

Não houve reclamações em relação às cicatrizes do neo-umbigo.

As Figuras 8 a 19 mostram pacientes submetidas a abdominoplastia clássica no pré e pós-operatório. As Figuras 20 a 25 mostram pacientes submetidas a abdominoplastia em “T” com o neo-umbigo; as Figuras 26 a 28 mostram detalhes das cicatrizes, e as Figuras 29 e 30 demonstram resultado de cicatrização espontânea após deiscência do neo-umbigo.

DISCUSSÃO

Embora a abdominoplastia seja uma técnica que, em geral, produz alto grau de aceitação, uma cicatriz periumbilical ruim pode prejudicar o resultado final. E, foi a partir do final da década de 1950, quando a exposição do corpo da mulher tornou-se maior, que a preocupação com a preservação da cicatriz umbilical veio à tona. A idéia de incisões quebradas, lançada por Avelar, reduziu a incidência de estenose decorrente das incisões circulares. No entanto, as cicatrizes

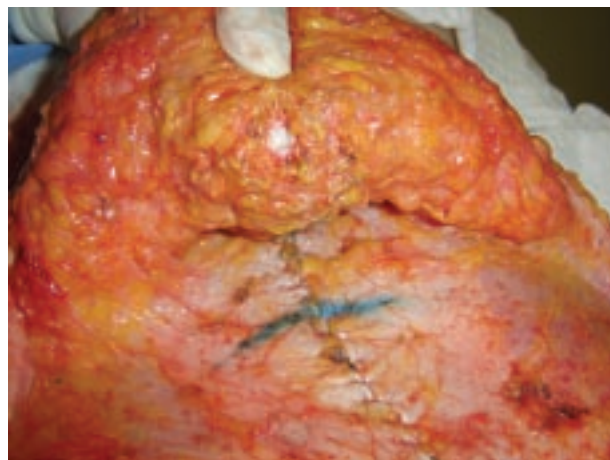


Figura 5 – Os quatro retalhos estão prontos para a sutura. A marca do azul corresponde à localização anterior do umbigo.

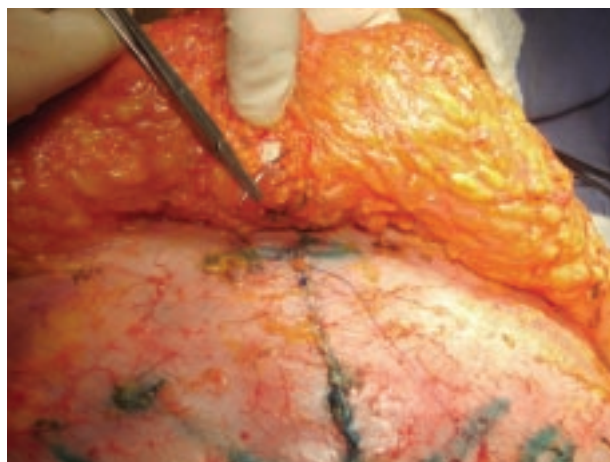


Figura 6 – O cirurgião faz inversão dos retalhos, facilitando a passagem da agulha.



Figura 7 – Pós-operatório imediato. Umbigo antigo fechado.



Figura 8 – Pré-operatório.



Figura 9 – Pós-operatório. Cicatriz vertical após retoque recente.



Figura 10 – Pré-operatório.



Figura 11 – Pós-operatório, onde se observa naturalidade do umbigo.



Figura 12 – Pré-operatório. Umbigo alargado.



Figura 13 – Pós-operatório. Cicatrizes ainda avermelhadas, mas inaparentes no umbigo.



Figura 14 – Pré-operatório.



Figura 15 – Pós-operatório. Profundidade no umbigo, sem cicatrizes evidentes.



Figura 16 – Pré-operatório.



Figura 17 – Pós-operatório. Cicatriz invisível no umbigo.



Figura 18 – Pré-operatório.



Figura 19 – Pós-operatório. Notar profundidade do umbigo.



Figura 20 – Pré-operatório. Hérnia deformando o umbigo.



Figura 21 – Abdomen em T, sem cicatrizes circulares no umbigo.



Figura 22 – Pré-operatório. Hérnia e abdome em avental.



Figura 23 – Pós-operatório. Cicatriz umbilical simula pregas naturais do umbigo.



Figura 24 – Pré-operatório.



Figura 25 – Pós-operatório de abdominoplastia em T.
Ausência de cicatriz no contorno umbilical.



Figura 26 – Cicatrizes pouco visíveis no umbigo.
Retoque recente da vertical.



Figura 27 – Cicatrizes simulam profundidade
e formas naturais.



Figura 28 – Arco superior bem formado.



Figura 29 – Pré-operatório.



Figura 30 – Pós-operatório após cicatrização por segunda intenção.

visíveis, a incidência também de alargamento da circunferência, o aspecto raiado decorrente de suturas externas e a possibilidade de necrose do coto umbilical levaram às tentativas de se reconstruir o umbigo. Esta idéia de reconstrução já foi amplamente discutida por vários autores, inicialmente nos casos de deformidade congênita da parede abdominal, ou na impossibilidade de reaproveitar o umbigo original, mas poucos advogam seu uso rotineiro como descrito por Illouz¹⁴. A técnica descrita neste trabalho consegue construir um novo umbigo com formato semelhante ao natural, algumas vezes até melhor que o original deformado por obesidade ou gravidez. Não deixa cicatrizes raiadas, já que a sutura é feita internamente, não sendo também necessária a retirada de pontos. Não existe a preocupação com escurecimento como ocorre com os enxertos. As cicatrizes hipertróficas que independem da técnica podem aparecer, mas como as incisões são colocadas em direção ao fundo do neo-umbigo são mais bem camufladas, simulando pregas naturais. As neo-onfaloplastias, em geral, também permitem a alteração na posição inicial do umbigo, para cima ou para baixo. Nos casos de deiscência, a cicatrização espontânea reforçou a aderência à aponeurose, o que contribuiu para bons resultados.

CONCLUSÃO

A técnica aqui descrita mostra que a neo-onfaloplastia pode ser utilizada de rotina em abdominoplastia, de forma simples e rápida, atingindo resultados naturais, com grande aceitação pelos pacientes. A fixação dos retalhos à aponeurose garante a depressão encontrada num umbigo normal e a dobra de pele existente acima desta cavidade se forma naturalmente com a gravidade, sem necessidade de retalhos complexos, dando ao neo-umbigo suas duas características primordiais. Acreditamos que a naturalidade do neo-umbigo possa contribuir ao arsenal das abdominoplastias, excluindo algumas complicações decorrentes da transposição umbilical, que constitui ainda uma forte corrente entre os cirurgiões plásticos.

AGRADECIMENTOS

Ao Dr Ticiano C. Teixeira Cló, pela colaboração com as idéias iniciais da técnica.

REFERÊNCIAS

1. Hakme F. Abdominoplasty: peri and supra-umbilical lipectomy. *Aesthetic Plast Surg.* 1983;7(4):213-20.
2. Seung-Jun O, Thaller SR. Refinements in abdominoplasty. *Clin Plast Surg.* 2002;29(1):95-109.
3. Ribeiro L, Muzy S, Accorsi A. Omphaloplasty. *Ann Plast Surg.* 1991;27(5):457-75.
4. Avelar J. Cicatriz umbilical: da sua importância e da técnica de confecções nas abdominoplastias. *Rev Bras Cir.* 1979;69(1/2):41-52.
5. Daher JC, Oliveira JI. Onfaloplastias nas abdominoplastias. *Anais do Simpósio Brasileiro de Abdominoplastias; 1982; Rio de Janeiro, Brasil.*
6. Lodovici O. *Anais do Simpósio Brasileiro de Abdominoplastia; 1982; Rio de Janeiro, Brasil.*
7. Franco T, Boghossian LC, Silva ALB. Neo-onfaloplastia. *Rev Bras Cir.* 1985;75(4):257-60.
8. Baroudi R, Carvalho C. Neoumbilicoplastias. Um procedimento eclético em el transcurso de las abdominoplastias. *Cir Plast Iberolatinoam.* 1981;7(4):391-401.
9. Franco T, Franco D. Neoomphaloplasty: an old and new technique. *Aesthetic Plast Surg.* 1999;23(2):151-4.
10. Marconi F. Reconstruction of the umbilicus: a simple technique. *Plast Reconstr Surg.* 1995;95(6):1115-7.
11. Pardo Mateu L, Chamorro Hernandez JJ. Neoumbilicoplasty through a purse-string suture of three defatted flaps. *Aesthetic Plast Surg.* 1997;21(5):349-51.
12. Matsuo K, Kondoh S, Hirose T. A simple technique for reconstruction of the umbilicus, using a conchal cartilage composite graft. *Plast Reconstr Surg.* 1990;86(1):149-51.
13. Uraloglu M, Tekin F, Orbay H, Ünlü RE, Sensöz Ö. Simultaneous abdominoplasty and umbilical reconstruction using a modified C-V flap technique. *Plast Reconstr Surg.* 2006;117(7):2525-6.
14. Illouz YG. A new safe and aesthetic approach to suction abdominoplasty. *Aesthetic Plast Surg.* 1992;16(3):237-45.
15. D'Assumpção EA. Técnica para umbilicoplastia, evitando-se um dos principais estímulos das abdominoplastias. *Rev Soc Bras Cir Plást.* 2005;20(3):160-6.

Correspondência para:

Darli Saúde Costa Nogueira
Rua Itapemirim, 241/301 – Serra – Belo Horizonte – MG – CEP 30240-000
E-mail: darlinog@click21.com.br