

PREVENÇÃO DO SEROMA NAS ABDOMINOPLASTIAS ASSOCIADAS À LIPOASPIRAÇÃO E SEM DRENAGEM ATIVA

Prevention of seroma in liposuction associated abdominoplasty without active drainage

EVERARDO ABRAMO DE OLIVEIRA¹, FABIANA VALERA², ANDRÉ LUIS ROSENHAIM MONTE², CARLOS LÓPEZ²

RESUMO

Objetivo: Apresentamos, neste trabalho, nossa experiência em abdominoplastia associada à lipoaspiração, visando a demonstrar a importância de um descolamento reduzido e o uso dos pontos de adesão descrito por Baroudi, na prevenção de seromas, sendo dispensável a utilização de drenagem a vácuo. **Método:** Estudo comparativo retrospectivo de casos, referente ao período de janeiro de 1999 a janeiro de 2003, abrangendo pacientes submetidos a abdominoplastia associada ou não a lipoaspiração, nos quais utilizamos ou não drenagem fechada e pontos de Baroudi. **Resultados:** Dos 58 pacientes operados neste período, 56 eram do sexo feminino e 2 do sexo masculino, com faixa etária entre 29 e 73 anos. Segundo o levantamento estatístico, constatamos que fomos gradativamente retirando os drenos a vácuo, sendo que 48,3% dos pacientes ainda foram drenados e 51,7% não foram drenados. A incidência de seroma foi de 15,5% (9 casos). Nos pacientes em que foram realizados pontos de Baroudi sem drenagem ativa (30 pacientes), em apenas um ocorreu seroma. Não houve diferença estatística entre o uso ou não de drenos e a associação da lipoaspiração frente à incidência de complicações. **Conclusão:** Nessa casuística, demonstramos a importância de um descolamento reduzido do retalho supra-umbilical e a fixação deste à aponeurose, reduzindo-se o espaço morto e, conseqüentemente, o seroma, principalmente nos casos associados à lipoaspiração, sendo dispensável o uso de drenos ativos.

Descritores: Abdome/cirurgia. Lipectomia. Seroma

SUMMARY

Objective: We present in this study our experience with lipoabdominoplasty, demonstrating the economic dissection and the Baroudi's stiches importance on prevention of seroma, without use of suction drains in the last four years. **Methods:** Retrospective comparative study of cases, from January of 1999 to January of 2003, including patients submitted to abdominoplasty associated or not with abdominal liposuction, with or without close drainage and Baroudi's stiches. **Results:** The 58 patients submitted to abdominoplasty, 56 were female and two male, with the age between 29 and 73 years. According to statistical analysis, we evidence that we were gradually removing the suction drains, where 48.3% of the patients had been drained and 51.7% had not. The incidence of seroma was 15.5% (9 cases). In the patients with Baroudi's stiches and without suction drains (30 patients) in only one occurred seroma. **Conclusion:** The restricted undermining of supraumbilical flap and its fixation to the aponeuroses, reducing the dead space and consequently the seroma in liposuction associated cases, when the active drains can be now dispensable.

Descriptors: Abdomen/surgery. Lipectomy. Seroma.

1. Membro Titular da Sociedade Brasileira de Cirurgia Plástica; Preceptor do Serviço de Cirurgia Plástica da Clínica Fluminense.
2. Especialista pela Sociedade Brasileira de Cirurgia Plástica.

Correspondência para: André L.R Monte
Rua Sacadura Cabral, 161, ap 301 - Porto Alegre - RS - CEP 90690-420 - Fone 0xx51 3737-9008 / 3346-5450 - E-mail: alrmonte@hotmail.com

INTRODUÇÃO

A abdominoplastia é uma cirurgia corriqueiramente realizada, mas que ainda suscita calorosas discussões e impõe desafios mesmo aos cirurgiões mais experientes. Sem dúvida, o seroma persiste ainda como complicação freqüente, em algumas situações de difícil resolução, representando um grande transtorno para o cirurgião e um fator importante de insegurança e insatisfação para o paciente. O uso de drenos ativos sabidamente não previne a ocorrência dos seromas. Solução interessante para este problema encontra-se amplamente divulgada no trabalho de Baroudi e Ferreira^{1,2}, inicialmente publicado em 1996, baseado em pontos de adesão e redução do espaço morto entre os tecidos dissecados, culminando com a abolição completa do uso de drenos e ausência de seroma em sua casuística desde 1998.

O grande fator predisponente ao aparecimento do seroma é o amplo descolamento do retalho abdominal, que além de gerar uma maior área descolada para localização de coleções líquidas, desvasculariza sobremaneira o retalho abdominal, com maior lesão de vasos linfáticos, propiciando a ocorrência de seromas e necrose. Daí, muitos cirurgiões terem buscado disseções mais conservadoras. O uso da lipoaspiração associada a abdominoplastia, no mesmo tempo cirúrgico, sempre suscitou o medo de aumentar a freqüência dessas complicações, o que realmente observou-se nas casuísticas iniciais. Hakme³, em 1985, descreveu a miniabdominoplastia associada à lipoaspiração para casos selecionados. Matarasso⁴, em 1991, observou que a incidência dessas complicações estava diretamente relacionada ao tipo de cirurgia realizada e à amplitude de descolamento. Illouz⁵, em 1990, publicou a técnica de abdominoplastia sem descolamento associada à lipoaspiração superior e neo-onfaloplastia. Saldanha et al.⁶, baseados no trabalho de Illouz, descreveram brilhantemente a lipoabdominoplastia, ampliando sua indicação para todos os casos selecionados para a abdominoplastia clássica.

O objetivo deste trabalho é apresentar a nossa evolução técnica no tratamento estético da região abdominal e prevenção de complicações, tendo por base os conceitos supracitados. Para tanto, apresentamos nossa casuística de abdominoplastias realizadas no período de 1999 a 2003, analisando a aplicação dos pontos de adesão e a lipoabdominoplastia, bem como a incidência de complicações. Após este período, nossa rotina em contorno corporal abdominal é a lipoabdominoplastia, sem drenagem ativa.

MÉTODO

Foram submetidos a abdominoplastia, no período de janeiro de 1999 a janeiro de 2003, 58 pacientes, com idade entre 29 e 73 anos, sendo cinquenta e seis pacientes do sexo feminino. Os dados foram analisados retrospectivamente por meio de prontuários dos pacientes e fichas de descrições cirúrgicas. As variáveis relacionadas para análise compreendem a cirurgia realizada (abdominoplastia clássica) associada ou não a

lipoaspiração, uso de drenagem, utilização dos pontos de Baroudi e a presença de complicações. Na análise estatística, utilizamos o cálculo do risco relativo, o teste do qui quadrado e o teste de Fisher, com $p < 0,05$.

Técnica operatória

Realizamos a marcação (Figura 1) e, após a infiltração da região abdominal a ser lipoaspirada (Figura 2) com solução fisiológica 0,9% com adrenalina 1:500.000, inicia-se a lipoaspiração da região supra-umbilical, por duas incisões no retalho. Para evitar que o segmento lipoaspirado fique solto e possibilitar que a retirada da gordura seja mais uniforme e segura, fixamos nas incisões duas pinças de Kocher, fortes, de tal maneira que as passadas das cânulas sejam em plano paralelo à pele, flancos e infra-umbilical, conforme a indicação (Figuras 3 e 4). A seguir, procede-se ao isolamento da cicatriz umbilical e à

Figura 1 – Marcação da abdominoplastia e da área a ser lipoaspirada.



Figura 2 – Infiltração com solução vasoconstritora 1:500000 da área a ser lipoaspirada e retalho infra-umbilical.



Figura 3 e 4 – Lipoaspiração do retalho supra-umbilical por incisões no retalho infra-umbilical, tracionados por pinças de Kocher.



ressecção “em bloco” do retalho abdominal, como preconizado por Pontes⁷, em 1964 (Figura 5). Em seguida, utilizamos dois ganchos para suspender o retalho e procedemos à dissecação econômica deste (Figura 6). Se houver indicação de plicatura dos músculos retos, descolamos uma estreita faixa sobre a linha alba até o processo xifóide, compreendendo as bordas externas desses músculos. A plicatura é realizada com fio de Mersilene® 3.0 em pontos separados (Figura 7). A onfaloplastia é realizada com base na técnica de Avelar, configurando um triângulo de base superior. Realizamos a seguir os pontos de adesão do retalho à aponeurose abdominal, em número de 30 a 40 pontos com fio Vicryl® 3.0, separados por aproximadamente 2 a 3 centímetros, equidistantes da linha média, a partir do processo xifóide até a junção das bordas da incisão pubiana (Figuras 8 e 9). A síntese da parede abdominal é feita em dois planos com fios de Mononylon® 4,0 e 5,0 no tecido celular subcutâneo e subdérmico, e sutura contínua com Monocryl® 4,0 (Figura 10).

RESULTADOS

Os 58 pacientes analisados evoluíram satisfatoriamente (Figuras 11 a 16), com adequado resultado estético, sendo seis (10,3%) casos de abdominoplastia secundária. A abdominoplastia foi realizada concomitante a outras cirurgias em 42 (72,4%) casos, sendo destas a mamoplastia a mais freqüentemente associada, totalizando 21 casos. As outras cirurgias associadas foram: 17 lipoaspirações de outras áreas, três ritidoplastias, duas rinoplastias e 18 outras cirurgias (Tabela 1). A ressecção em bloco foi realizada em todos os casos, sendo a lipoaspiração associada em 52. O uso de drenos de aspiração restringiu-se a 28 (48,3%) pacientes, sendo que nos 30 (51,7%) restantes não utilizamos qualquer tipo de drenagem. Os pontos de adesão foram aplicados em 33 casos, sendo que destes, em apenas três utilizamos drenagem ativa. A incidência de complicações nesta casuística foi de 31% (18 casos), sendo nove (15,5%) seromas, três pequenas necroses de bordas da ferida

Figura 5 – Ressecção em monobloco do retalho infra-umbilical, conforme preconizado por Pontes.



operatória (epiteliólise), duas necroses suprapúbicas tratadas com ressecção e resutura, três pequenas deiscências de sutura, uma infecção e uma complicação clínica (acidente vascular encefálico transitório). Observamos apenas uma ocorrência de seroma com a aplicação dos pontos de Baroudi, na qual não utilizamos dreno. Obtivemos sete casos de seromas em pacientes sob drenagem ativa pós-operatória. Os pontos de adesão coibiram a formação de seroma nessa casuística, dados estes estatisticamente significativos com $p < 0,05$ (Tabela 2), fato não observado com a utilização de drenos (Tabela 3). Não houve diferença estatística quanto ao uso ou não de drenos e à incidência de seroma.

A lipoaspiração do abdome superior associado à dissecação econômica do retalho não aumentou o índice de complicações maiores do que a realização da abdominoplastia em si, apresentando um risco relativo de 0,576% nesta casuística, com um intervalo de confiança de 95%, variando de 0,23% a 1,42% (Tabela 4).

Figura 6 – Descolamento reduzido do retalho supra-umbilical na linha média e marcação da plicatura dos músculos retos abdominais. Detalhe dos túneis da lipoaspiração com preservação dos vasos perforantes.



Figura 7 – Plicatura já realizada, observando-se a preservação dos vasos perforantes.



Figura 8 – Detalhe dos pontos de adesão à aponeurose, conforme proposto por Baroudi.



Figura 9 – Pontos de adesão já realizados. Detalhe do retalho abdominal praticamente sem tensão e sem espaços-mortos, mesmo sem a sutura da pele, em virtude dos pontos de adesão.



Figura 10 – Pós-operatório imediato.



Figura 11 e 12 – Pré-operatório e pós-operatório de abdominoplastia, lipoaspiração e mamoplastia (frente).

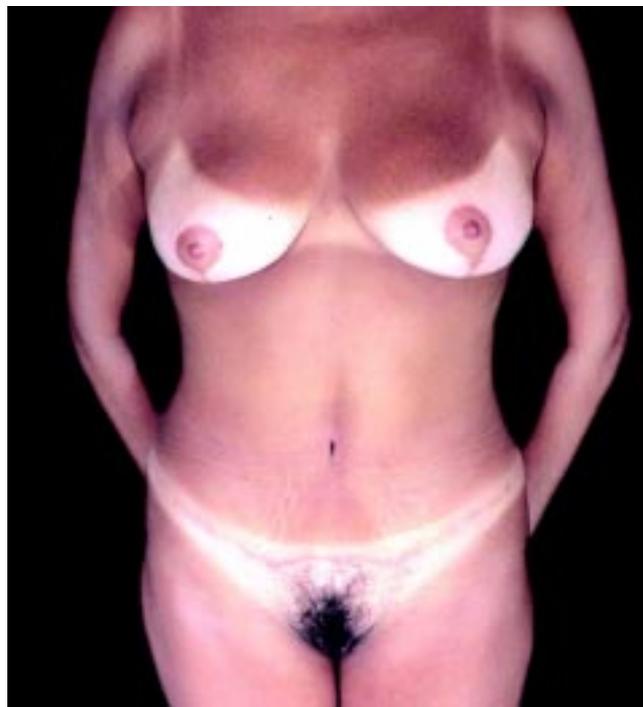


Figura 13 e 14 – Pré-operatório e pós-operatório (vista ¾).



Figura 15 e 16 - Pré-operatório e pós-operatório (perfil).

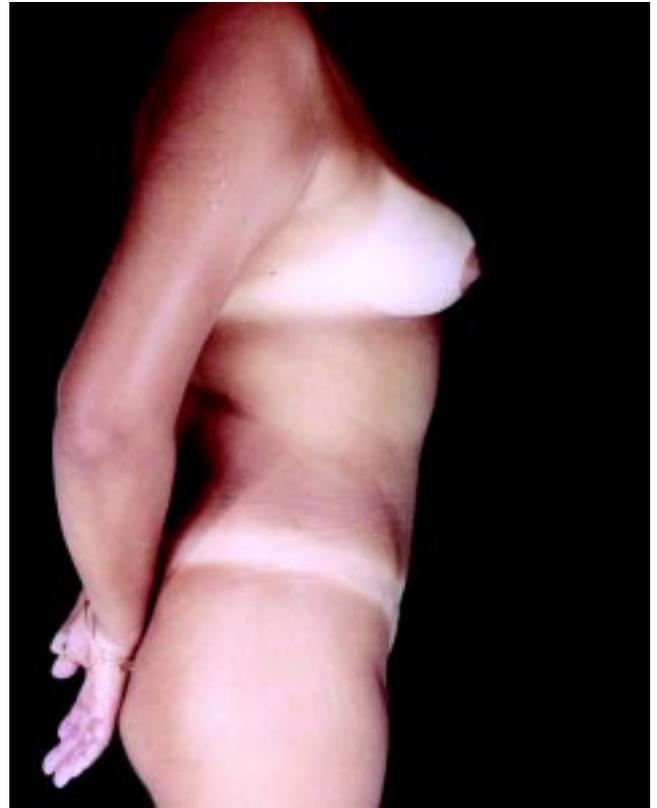


Tabela 1 – Outras cirurgias associadas a abdominoplastia.

Outras Cirurgias Associadas	Nº
Histerectomia	8
Colecistectomia	2
Blefaroplastia	1
Ooforectomia	1
Prótese de panturrilhas	1
Lift de coxas	1
Dermolipectomia de braços	4
Total	18

Tabela 2 – Uso dos pontos de adesão em relação à incidência de seromas.

	Seroma	Sem complicações	Total
Com pontos	1	32	33
Sem pontos	8	17	25
Total	9	49	58

p<0,05; $\chi^2=9,1061^*$; χ^2 corrigido (Yates) = 7,0303*; Fisher = 0,00335435625*;
* dados com significância estatística.

DISCUSSÃO

Na evolução da abdominoplastia, as complicações, sobretudo o seroma e a necrose do retalho, sempre estiveram presentes, variando conforme a casuística. Como principal causa relaciona-se o grande descolamento da cirurgia clássica, o qual seccionaria vasos linfáticos e perfurantes. Com o objetivo de minimizar tais complicações, foram propostas técnicas que reduzissem as dissecções. A associação da abdominoplastia clássica com a lipoaspiração abdominal sempre foi temida, por se acreditar num aumento potencial de complicações, mesmo quando embasada e defendida em algumas casuísticas. Muito comentado entre os colegas, e ainda causa de fervorosas discussões, os pontos de adesão apresentados no trabalho de Baroudi foram, sem dúvida, uma solução simples e eficiente para um problema freqüente e por vezes complexo, sendo atualmente empregada por sua equipe em diversas cirurgias, abolindo completamente o uso de drenos.

O conceito da lipoabdominoplastia preservando vasos linfáticos e perfurantes, diminuindo a amplitude de dissecção, sem prescindir do deslizamento necessário à abdominoplastia, tem sido empregado em nossa casuística, com redução significativa do índice de complicações, conforme observado nos dados supracitados. Parece-nos coerente a associação da

Tabela 3 – Uso de drenagem ativa em relação à incidência de seroma.

	Seroma	Sem complicações	Total
Com dreno	7	21	28
Sem dreno	2	28	30
Total	9	49	58

$p < 0,05$; $\chi^2 = 3,7132$; χ^2 corrigido (Yates) = 2,4464; Fisher = 0,0577720661.

Tabela 4 – Lipoaspiração do retalho supra-umbilical em relação à incidência de complicações.

	Complicações	Sem complicações	Total
Com lipo	15	37	52
Sem lipo	3	3	6
Total	18	40	58

IC95%

RR= 0,576% (0,23 – 1,42)

RA= -21,2% (-63,01 - 20,70)

$p < 0,05$; $\chi^2 = 1,1247$; c^2 corrigido (Yates) = 0,3535; Fisher = 0,2670801331; RR = risco relativo, RA = risco absoluto e IC = intervalo de confiança.

lipoabdominoplastia com os pontos de Baroudi objetivando a redução do espaço morto remanescente, diminuindo ainda mais a possibilidade de complicações. A lipoaspiração como atualmente empregada e associada a abdominoplastia não parece acrescentar riscos, como observado igualmente na casuística desse e de outros autores.

CONCLUSÃO

A pesquisa e a curiosidade do homem são realmente ilimitadas. Desde o início da nossa vida profissional procuramos copiar os mestres que, com experiência comprovada, nos ensinam os primeiros passos. Assim foi com a abdominoplastia, que sempre fizemos ressecando em monobloco o retalho

excedente infra-umbilical. Com a experiência adquirida, pudemos ousar, mas com segurança, associando a lipoaspiração à abdominoplastia clássica, melhorando significativamente nossos resultados quanto ao contorno corporal, antes menos gracioso pelos excessos gordurosos ainda remanescentes. Mas sempre a nos acompanhar um índice de seroma que acreditávamos ser normal, porém aumentou drasticamente com a associação da lipoaspiração, complicação que alongava sobremaneira o pós-operatório. Eis que surge o nosso querido Baroudi, que, com seu irrequieto espírito pesquisador, nos trouxe os pontos de adesão do retalho e conseqüente diminuição do espaço morto. Hoje, em qualquer área descolada, fazemos uso destes pontos, zerando a incidência de hematomas e seromas sem a utilização de drenos. Mais uma vez, os mestres nos ensinam novos passos, tornando a prática médica excitante e sempre inovadora e como lição para todos os mortais que a vida é um renovar constante e, que para isto, devemos sempre nos manter abertos, com os olhos e os ouvidos prontos para a atualização constante.

REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS

1. Baroudi R, Ferreira CA. Contouring the hip and the abdomen. *Clin Plast Surg.* 1996;23(4):551-73.
2. Baroudi R, Ferreira CA. Seroma: how to avoid it and how to treat it. *Aest Surg J.* 1998;18:439-41.
3. Hakme F. Technical details in the lipoaspiration associated with liposuction. *Rev Bras Cir.* 1985;75(5):331-7.
4. Matarasso A. Abdominoplasty: a system of classification and treatment for combined abdominoplasty and suction-assisted lipectomy. *Aesthetic Plast Surg.* 1991;15(2):111-21.
5. Illouz YG. Study of subcutaneous fat. *Aesthetic Plast Surg.* 1990;14(3):165-77.
6. Saldanha OR, Souza Pinto EB, Matos Jr WN, Lucon LR, Magalhães F, Bello EML, et al. Lipoabdominoplastia – técnica Saldanha. *Rev Soc Bras Cir Plast.* 2003;18(1):37-46.
7. Pontes R. Variantes das abdominoplastias em bloco. In: Pontes R, ed. *Abdominoplastia: ressecção em bloco e sua aplicação em lifting de coxa e torsoplastia.* Rio de Janeiro:Revinter;2004. p.25-54.

Trabalho realizado na Clínica Fluminense de Cirurgia Plástica, Niterói, RJ. Apresentado na XII Jornada Mineira de Cirurgia Plástica – III Simpósio Brasileiro de Abdominoplastia – Araxá, MG, 2003.

Artigo recebido: 05/11/2007

Artigo aprovado: 15/01/2008