

Abdominoplastias em âncora em pacientes ex-obesos

Anchor-line abdominoplasty in ex-obese patients

JOSÉ ENEAS DE SOUZA CORTES¹
DEYSE DE PAULA OLIVEIRA²
AYMAR SPERLI³

Trabalho realizado no Serviço Integrado de Cirurgia Plástica - Hospital Ipiranga, São Paulo, SP.
Artigo recebido: 09/07/2008
Artigo aceito: 04/09/2008

RESUMO

Foram tratados 39 pacientes ex-obesos (pós-gastroplastia ou dietas) que apresentavam grandes sobras dermogordurosas com excessos abdominais clássicos, submetidos a abdominoplastia. A técnica consiste de incisão vertical e horizontal (em âncora), sem descolamentos ou descolamentos mínimos, correções de hérnias incisionais, plicatura da aponeurose dos músculos reto-abdominais, drenagem a vácuo, encurtamento da cicatriz umbilical e pexia da região púbica.

Descritores: Obesidade/cirurgia. Obesidade mórbida/cirurgia. Abdome/cirurgia. Parede abdominal/cirurgia.

SUMMARY

Thirty-nine ex-obese patients (post-gastroplasty or diets) with surplus skin-fatty and classics abdominal excess, were submitted to abdominoplasty. The technique consists of vertical and horizontal incision (at anchor), without release or minimum release corrections of incisional hernia, aponeurosis plication of the straight-abdominal muscles, draining vacuum, shortening the umbilical scar and pubis region pexia.

Descriptors: Obesity/surgery. Obesity, morbid/surgery. Abdomen/surgery. Abdominal wall/surgery.

INTRODUÇÃO

A obesidade mórbida caracteriza-se por acúmulo excessivo de tecido adiposo que se distribui de maneira heterogênea em todo o organismo, tendo alcançado índices epidêmicos em todo o mundo, sendo a gastroplastia o mais recente método de tratamento.

Os quadros de obesidade são aqueles em que o índice de massa corpórea (IMC) está acima de 30 kg/m² e de obesidade mórbida, quando atingem níveis superiores a 40 kg/m² ou acima de 35 kg/m² quando associados a co-morbidades, como coronariopatias, hipercolesterolemia, hipertensão arterial, osteopatias, diabetes melítus, doenças pulmonares, apnéia do sono e distúrbios psicossociais que comprometem a qualidade de vida do paciente obeso¹.

Após perda considerável de peso, o doente apresenta grande quantidade de sobras cutâneas que se distribuem pelo corpo e, sob essas sobras, tanto pelo volume quanto pela dificuldade de acesso à higiene, acumulam-se secreções que favorecem a instalação de infecções cutâneas².

Com o surgimento da gastroplastia redutora (sob visão direta ou videolaparoscópica), nos deparamos com um paciente

propenso a abdominoplastia, que apresenta grande flacidez abdominal, com ou sem cicatriz vertical (comumente de má qualidade estética), associado ou não a hérnia incisional³.

A abdominoplastia em âncora utilizada em pacientes obesos mórbidos foi descrita por Joffe⁴, Matory¹ e Soundararajan et al.⁵.

MÉTODO

Foi realizado estudo prospectivo de 39 pacientes submetidos a abdominoplastia em âncora no período de março/2002 a março/2004; com idade entre 23 e 68 anos, predominando o sexo feminino (65%). O IMC dos pacientes variou de 20 a 43 kg/m² e perda de peso, entre 35 kg e 143 kg.

Há consenso geral para a programação cirúrgica, que considera a estabilização da perda de peso e sua manutenção por vários meses. Tomamos como regra o período mínimo de um ano pós-gastroplastia ou sucesso na dieta, dando início a avaliação global⁶.

Frequentemente, pacientes submetidos a gastroplastia cursam com determinado grau de anemia e desnutrição.

1. Membro titular da SBCP e preceptor de ensino dos Serviços Integrados de Cirurgia Plástica do Hospital Ipiranga.

2. Residente de Cirurgia Plástica dos Serviços Integrados de Cirurgia Plástica do Hospital Ipiranga.

3. Doutor e regente dos Serviços Integrados de Cirurgia Plástica do Hospital Ipiranga.

Técnica

Todos os pacientes foram submetidos a anestesia geral. A marcação da técnica cirúrgica é semelhante à técnica padronizada por Spina⁷. É feita com o paciente em posição ortostática, com a linha mediana marcada desde o apêndice xifóide até a sínfise púbica (Figura 1). Com uma manobra bidigital, verifica-se todo o excesso cutâneo lateral. O tecido excedente é marcado de forma triangular, com um leve arqueamento, indo até o apêndice xifóide (Figuras 1 a 4).

O excesso cutâneo horizontal é marcado como em uma abdominoplastia clássica (segundo Spina)⁷, sendo o local da incisão inferior posicionado 0,5cm abaixo das dobras naturais lateralmente e medialmente, avançando na região pubiana, também com uma manobra bidigital, para a correção do avental púbico (Figuras 5 e 6).

Os pontos de intersecção entre as ressecções, vertical e horizontal, devem ser levados até a região suprapúbica sem tensão (Figura 7).

Após a indução anestésica, com o paciente em decúbito dorsal, conferimos a marcação para que todo o tecido a ser ressecado o seja com segurança.

Iniciamos a ressecção pela incisão peri-umbilical com dissecação e esqueletização da cicatriz umbilical até sua base, isolando-a e mantendo o pedículo umbilical (Figura 8).

A seguir, o retalho marcado é incisado e ressecado em monobloco. Nos casos de grandes retalhos, ressecamos o retalho horizontal e depois o vertical. Se necessário, realizamos um pequeno descolamento lateral para melhor realização da plicatura (Figuras 9 e 10).



Figura 1 - Marcação da linha mediana.



Figura 2 - Marcação da linha mediana.



Figura 3 - Marcação do retalho.



Figura 4 - Marcação do retalho.



Figura 5 - Marcação do retalho.



Figura 6 - Marcação do retalho.

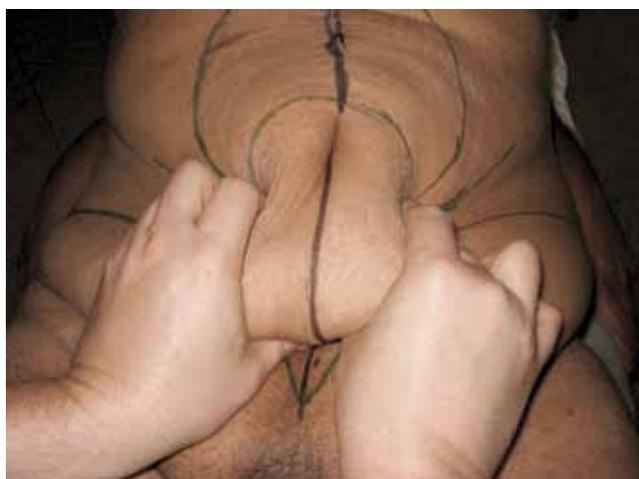


Figura 7 - Manobra na marcação.



Figura 8 - Intra-operatório, isolando pedículo umbilical.



Figura 9 - Intra-operatório pós-resssecção do retalho.



Figura 10 - Exérese do "âncora".

Realizamos uma plicatura vertical na aponeurose dos músculos reto-abdominais com pontos separados em U com MN 2-0, do apêndice xifóide ao púbis (Figura 11). Em casos de grandes relaxamentos da aponeurose, realizamos plicaturas horizontais superiormente, junto ao apêndice xifóide, e inferiormente, paralelo à incisão, do tipo H, com MN 2-0. O reparo das hérnias preexistentes é realizado simultaneamente (Figura 11).

Realiza-se a fixação do pedículo umbilical à aponeurose com MN 4-0. Nos casos em que nos deparamos com pedículos extremamente longos, preferimos fazer um encurtamento do mesmo (Figura 12).

Em casos de grande flacidez da região púbica, pode ser necessária a ressecção de um ou dois triângulos de pele,



Figura 11 - Intra-operatório pós-ressecção do retalho.



Figura 12 - Intra-operatório fixando pedículo umbilical.

para melhor posicionamento do mesmo, ou lipectomia por aspiração do retalho gorduroso, diminuindo sua projeção.

As extremidades dos retalhos são tracionadas e suturadas na incisão inferior em um ponto central. Marcamos o ponto de reimplantação da cicatriz umbilical (Figura 13). Procedemos ao fechamento por planos, aproximando-se o retalho gorduroso com MN 4-0. O retalho gorduroso é fixado à aponeurose na sua vertical. São passados pontos subdérmicos MN 5-0 e sutura intradérmica com monocril 5-0 (Figura 13).

Procedemos à drenagem a vácuo em todos os pacientes por cinco a sete dias ou débito inferior a 50 ml. Os pacientes permanecem em repouso no leito por 24 horas. Deambulação após este período e permanência hospitalar por um a dois dias. Antibioticoterapia por sete dias com cefalosporina. Utilizamos cintas elásticas compressivas no pós-operatório por dois meses.

As Figuras 14 a 25 ilustram alguns casos dessa série.

RESULTADOS

Foram avaliados 39 pacientes ex-obesos, sendo a grande maioria do sexo feminino (65%), com idades entre 23 e 68 anos. O IMC dos pacientes à época da cirurgia variou de 20 a 48 kg/m², e o peso de retalho ressecado de 1,8 kg a 13,5 kg.

Observamos que o IMC elevado favorece complicações e que os resultados mais satisfatórios foram obtidos em pacientes com IMC baixos, próximos ao normal⁸⁻¹⁰.

A complicação mais freqüente, presente em 53% dos pacientes, foi o seroma. Os seromas foram tratados por punções repetidas. Não tivemos nenhum caso de tromboembolismo pulmonar. Três pacientes necessitaram de neoneofaloplastia posterior por terem apresentado sofrimento total ou parcial do umbigo (Tabela 1). Dez pacientes evoluíram com sobras de pele na região suprapúbica, andar superior do abdome



Figura 13 - Intra-operatório aproximando os retalhos.



Figura 14 - Pré-operatório: perfil esquerdo.



Figura 15 - Pós-operatório: perfil esquerdo.



Figura 16 - Pré-operatório: vista anterior.



Figura 17 - Pós-operatório: vista anterior.



Figura 18 - Pré-operatório: perfil esquerdo.



Figura 19 - Pós-operatório: perfil esquerdo.



Figura 20 - Pré-operatório: vista anterior.



Figura 21 - Pós-operatório: vista anterior.



Figura 22 - Pré-operatório: vista anterior.



Figura 23 - Pós-operatório: vista anterior.



Figura 24 - Pré-operatório: perfil direito.



Figura 25 - Pós-operatório: perfil esquerdo.

Tabela 1. Complicações após abdominoplastias em âncora em pacientes ex-obesos.

Complicação	Nº de pacientes	Porcentagem
Seroma	21	53%
Sobras de pele	10	26%
Cicatrizes inestéticas	5	13%
Deiscência de sutura	4	10%
Sofrimento coto umbilical	3	8%
Hematoma	1	2,5%
H.D.A.	1	2,5%
Total de pacientes	39	

ou orelhas laterais na cicatriz horizontal necessitando de reparação.

DISCUSSÃO

O paciente ideal é aquele com estabilidade ponderal, com menor IMC possível, equilíbrio emocional e quadro clínico estável.

Inicialmente, realizamos descolamentos laterais como em abdominoplastias clássicas, levando a maior percentual de complicações, necessitando de correções posteriores, sem ganho no resultado estético. A ressecção do excesso do retalho dermogorduroso sem descolamento, com menor índice de complicações e o bom resultado estético nos trazem maior satisfação.

Obviamente, os resultados obtidos em pacientes que apresentavam obesidade mórbida estão aquém daqueles conseguidos em pacientes não-obesos. Contudo, o alívio pela retirada dos excessos dermogordurosos é maior que a presença das cicatrizes, levando à melhoria da qualidade de vida, permitindo melhor desenvoltura do aparelho locomotor, melhora da integração social, do comportamento sexual e das condições higiênicas.

Por serem pacientes com índices de morbidade mais elevados, com maior possibilidade de complicações, índices

hematimétricos baixos e com hipovitaminoses frequentes, evitamos procedimentos associados à abdominoplastia. Estes estão programados para tempos cirúrgicos posteriores.

CONCLUSÃO

A abdominoplastia em âncora no paciente ex-obeso apresenta bom resultado estético, melhorando a qualidade de vida, facilitando a higienização, a deambulação, além de melhorar o desempenho sexual e reforçar a auto-estima.

O encurtamento do pedículo da cicatriz umbilical corrige os umbigos longos e profundos. Os resultados são satisfatórios, não sendo a cicatriz vertical um empecilho.

REFERÊNCIAS

1. Matory Jr WE, O'Sullivan J, Fudem G, Dunn R. Abdominal surgery in patients with severe morbid obesity. *Plast Reconstr Surg.* 1994;94(7):976-87.
2. Ravussin E, Swinburn BA. Pathophysiology of obesity. *Lancet.* 1992;340(8816):404-8.
3. Black J, Mangan M. Body contouring and weight loss surgery for obesity. *Nurs Clin North Am.* 1991;26(3):777-88.
4. Joffe SN. Surgical management of morbid obesity. *Gut.* 1981;22(3):242-54.
5. Soundararajan V, Hart NB, Royston CM. Abdominoplasty following vertical banded gastroplasty for morbid obesity. *Br J Plast Surg.* 1995;48(6):423-7.
6. Dargent J. Plastic surgery after massive weight loss obtained from bariatric surgery. Disponível em: www.obesity-online.com/ifso/lecture_Dargent.html. Acesso em: 20/06/2003.
7. Corrêa-Iturraspe M. Tratamiento quirúrgico de la obesidad. *Rev Med Argent.* 1952;66:340-56.
8. Fernandes JC, Corrêa-Iturraspe M. Dermolipectomia vertical del abdomen. *Dia Med.* 1951;22(3):242-54.
9. Floros C, Davis PK. Complications and long-term results following abdominoplasty: a retrospective study. *Br J Plast Surg.* 1991;44(3):190-4.
10. Vastine VL, Morgan RF, Williams GS, Gampper TJ, Drake DB, Knox LK, et al. Wound complications of abdominoplasty in obese patients. *Ann Plast Surg.* 1999;42(1):34-9.

Correspondência para:

José Eneas de Souza Cortes
Alameda dos Tupiniquins, 212 – Moema – São Paulo, SP - CEP 04077-001.
e-mail: j.eneascortes@uol.com.br