

Lipoabdominoplastia com descolamento seletivo: técnica de “Saldanha”. Padronização e avaliação de resultados

Lipoabdominoplasty with selective detachment: technique of “Saldanha”. Standardization and evaluation of results

ANDRÉ LUÍS NUNES
OBERMULLER¹

RESUMO

Introdução: A abdominoplastia é uma cirurgia considerada de fácil execução, tanto que médicos de outras especialidades se aventuram em executá-la. Por outro lado, essa cirurgia sempre esteve associada a grandes complicações, mesmo em mãos hábeis. Com advento da lipoaspiração e sua associação à abdominoplastia, essa cirurgia ganhou novos rumos e possibilidades, exigindo dos especialistas uma formação ainda mais ampla. **Objetivo:** Demonstrar um método desenvolvido ao longo de quatro anos e avaliar resultados e complicações da lipoabdominoplastia com descolamento seletivo, técnica descrita por Saldanha em 2001, aplicada em todos os casos de indicação de abdominoplastia clássica em associação ou não com outras cirurgias. **Método:** Foram estudados retrospectivamente 157 casos de lipoabdominoplastia, excetuando apenas os casos de grandes aventais abdominais em que não foram obedecidos todos os critérios descritos, como a preservação da fâscia de Scarpa. **Resultados:** No grupo estudado houve significativa redução de complicações como, por exemplo, necrose de retalho, seroma e hematoma. **Conclusão:** A lipoabdominoplastia é um procedimento seguro, de fácil execução e com índice de complicação muito baixo; desde que se respeitem os critérios de segurança da técnica.

Descritores: Abdome/cirurgia. Lipectomia. Cirurgia plástica.

SUMMARY

Introduction: The abdominoplasty is a considered surgery of easy execution, as much that doctors of other specialties if venture in executing it. On the other hand, this surgery always was associated the great complications, exactly in skillful hands. With advent of the lipoplasty and its association the abdominoplasty, this surgery gained new routes and possibilities, demanding of the specialists a still more ample formation. **Objective:** To demonstrate a method developed throughout four years and to evaluate resulted and complications of the lipoabdominoplasty with selective to ungle described for Saldanha in 2001, applied in all the cases of indication of classic abdominoplasty in association or not with other surgeries. **Methods:** 157 cases of lipoabdominoplasty had been studied retrospectively, excepting only the cases of great abdominal aprons where the described criteria had not been obeyed to all, as the preservation of the fascia of Scarpa. **Results:** In the studied group it had significant reduction of complications as, for example, necrosis of remnant, seroma and hematoma. **Conclusion:** The lipoabdominoplasty is a safe procedure, of easy execution and with very low index of complications, since that the criteria of security of the technique are respected.

Descriptors: Abdomen/surgery. Lipectomy. Plastic surgery.

Trabalho realizado na clínica privada do autor, Vitória, ES.

Este artigo foi submetido no SGP (Sistema de Gestão de Publicações) da RBCP.

Artigo recebido: 18/6/2009
Artigo aceito: 22/9/2009

1. Membro titular da Sociedade Brasileira de Cirurgia Plástica; Especialista em Cirurgia Plástica.

INTRODUÇÃO

As dermolipectomias abdominais vêm sendo realizadas há mais de um século com descrições de excisões simples inicialmente, em uma só direção, sem descolamento e sem preocupação com o umbigo. O tempo trouxe a evolução das técnicas, tornando a abdominoplastia uma cirurgia mais elaborada, como a conhecemos atualmente. Dessa evolução, participaram grandes nomes da cirurgia plástica brasileira, com contribuições fundamentais. Em 1943, Prudente¹ defende a importância da conservação do umbigo. Callia², em 1965, descreve a cicatriz sobre o púbis, com seus prolongamentos laterais abaixo das arcadas crurais, em área escondida, abrindo uma nova fase na história das abdominoplastias. Já Pontes³ recomenda incisão sobre o púbis, porém com prolongamentos laterais pouco acima das arcadas crurais e, em 1967, Pitanguy⁴⁻⁶ deu grande contribuição referente ao tratamento do músculo reto abdominal, sem abertura da aponeurose. Em 1975, Sinder⁷ publica a marcação prévia, retirando apenas o retalho inferior após o descolamento do retalho superior. Avelar⁸ descreve, em 1976, a confecção do umbigo em estrela com a finalidade de melhorar a cicatriz final e Hakme⁹, em 1979, demonstra resultados mais naturais com a lipectomia peri e supra-umbilical. Em 1998, Baroudi^{10,11} descreve sua tática de fixação do retalho visando à diminuição do seroma.

Entretanto, no que diz respeito à lipoabdominoplastia especificamente, o marco histórico se deu no ano de 1980, com o surgimento da lipoaspiração, criada e divulgada por Illouz¹². A partir de então, surgiu a possibilidade de procedimentos intermediários entre a abdominoplastia e a lipoaspiração.

Já em 1982, Vila Rovira¹³ descreve lipoaspiração em abdominoplastia com descolamento amplo e, no ano seguinte, 1983, Souza Pinto¹⁴ apresenta a lipoaspiração superficial, que fornece subsídios para a liberação do retalho, o que, juntamente com o descolamento seletivo, possibilita menor tensão em sua descida até o púbis.

Hakme¹⁵, em 1985, e Wilkinson & Swartz¹⁶, em 1986, apresentam a minilipoabdominoplastia e miniabdominoplastia, respectivamente, associando a lipoaspiração à abdominoplastia parcial. Ainda em 1985, Stork¹⁷ apresenta o tratamento da diástase por via endoscópica em miniabdome ampliado. Já no início dos anos de 1990, começam a surgir propostas de descolamento reduzido do retalho abdominal, visando à redução do número de complicações, como, por exemplo, Dillerud¹⁸ em seu estudo de 487 casos de 1990.

Em 1992, Illouz¹⁹ descreve lipoaspiração em abdominoplastia tradicional sem descolamento do retalho abdominal, porém com indicação restrita a pacientes com panículo adiposo espesso e grande excesso de pele. E, em 1999, Avelar²⁰ publica seu trabalho sobre lipoaspiração e abdominoplastia

com ressecção parcial de pele suprapúbica sem descolamento do retalho abdominal. Com isso ratificando-se a importância da preservação das perfurantes musculocutâneas, que é a razão do descolamento seletivo.

No ano de 2001, Saldanha²¹ publica o primeiro trabalho sobre lipoaspiração completa do abdome associada à abdominoplastia clássica, com descolamento seletivo do retalho abdominal e transposição do umbigo. Devido a isso, padronizou-se uma forma segura de associação das duas técnicas com ampla indicação²². Em seu livro "Lipoabdominoplastia", publicado em 2004, com a colaboração de Ruth Graf²³ em um estudo com Fluxometria Doppler colorida da parede abdominal, os autores comprovaram a preservação das artérias perfurantes na região periumbilical e no hipocôndrio após lipoabdominoplastia com descolamento seletivo. A lipoaspiração não provocou lesão das perfurantes com mais de 1 mm e permitiu que o retalho deslizasse mais livremente durante sua tração, mostrando inclusive um aumento do calibre das artérias e do fluxo nos ramos perfurantes identificados. Munhoz et al.²⁴, através de estudo pelo ultrassom Doppler, quantificou no pré e pós-operatório de três meses, os vasos perfurantes supraumbilicais, demonstrando preservação média de 81,21% desses vasos. Esse levantamento valida a hipótese de que essa técnica resulta em menores índices de complicações decorrentes da isquemia do retalho.

MÉTODO

Entre abril de 2004 e março de 2008, foram operados pelo autor 157 casos de lipoabdominoplastia com descolamento seletivo (técnica de Saldanha), oriundos de sua clínica particular, em associação com outras cirurgias ou como único procedimento. Em apenas um dos casos o paciente era do sexo masculino e a idade dos pacientes variou de 20 a 65 anos na data da cirurgia.

Foram realizadas sistematicamente duas avaliações pré-operatórias em consultório, a fim de sanar quaisquer dúvidas por parte dos pacientes a respeito da técnica e fornecer dados ao cirurgião quanto aos reais anseios dos pacientes. Todos os casos foram encaminhados para o preparo clínico pré-operatório, sendo aferidos peso e medidas, bem como realizada documentação fotográfica, sendo assim considerados prontos para a cirurgia.

As cirurgias foram realizadas de rotina sob bloqueio peridural e sedação, antibioticoterapia profilática em dose única pré-anestésica e profilaxia antitrombótica realizada em média 3 horas após o bloqueio peridural. A marcação (Figura 1) é feita com o paciente anestesiado na maca cirúrgica, com azul de metileno ou verde brilhante, desenhando-se a linha média, a linha horizontal inferior suprapúbica que se estende bilateralmente em direção às espinhas ilíacas ântero-superiores. A linha superior que passa pela cicatriz umbilical é desenhada

em guidom de bicicleta. Em seguida, faz-se infiltração de solução vasoconstrictora (1000 ml soro fisiológico 0,9% + 1 ampola de adrenalina 1:1000 UI). Parte-se então para a lipoaspiração do retalho abdominal superior (Figura 2) com o paciente hiperestendido, iniciando na camada profunda e superficializando até cerca de 3-2 centímetros de espessura para não comprometer a viabilidade do retalho; procede-se da mesma forma nos flancos e dorso (quando associada lipoaspiração de dorso, sendo o paciente colocado em decúbito ventral no início da cirurgia). No retalho abdominal inferior (área da ressecção), a lipoaspiração retira toda a camada superficial e parte da profunda, preservando a fáscia de Scarpa. Terminada a lipoaspiração, a área demarcada é incisada com bisturi de lâmina 15, interessando somente a pele, sendo o retalho retirado por avulsão após a devida liberação do umbigo, conseguindo assim a manutenção de toda Scarpa e preservação de vasos ilíacos superficiais (Figura 3). Inicia-se o descolamento seletivo do retalho supra-umbilical,

respeitando-se os bordos mediais dos músculos retos abdominais, essa manobra mantém intactos os vasos perfurantes que nutrem o retalho (Figura 4). Na região infra-umbilical é removido fusso vertical contendo fáscia de Scarpa e tecido fibrogorduroso, para identificação dos bordos dos retos abdominais, para isso usa-se o prolongamento da marcação da diástase superior, para evitar retirada em excesso deste fusso infra-umbilical. Findada essa parte, pode-se então realizar a plicatura dos retos abdominais, sempre em dois planos: 1. pontos em X de mononailon zero; 2. sutura contínua de mononailon zero. É feito então o fechamento primário do abdome para marcação do umbigo, que é realizada como descrito por Avelar²⁰, porém sem fixar o pedículo umbilical na aponeurose, sendo o mesmo suturado diretamente na pele com pontos cardeais subdérmicos de mononailon 4-0 incolor e sutura intradérmica de mononailon 4-0 preto (Figura 5). O abdome é então fechado em três planos, com mononailon 2-0 na camada profunda; mononailon 4-0 incolor



Figura 1 - A: Marcação. B: Infiltração do abdome com solução vasoconstrictora.



Figura 2 - A: Retalho abdominal antes da lipoaspiração. B: Retalho abdominal pós-lipoaspiração.

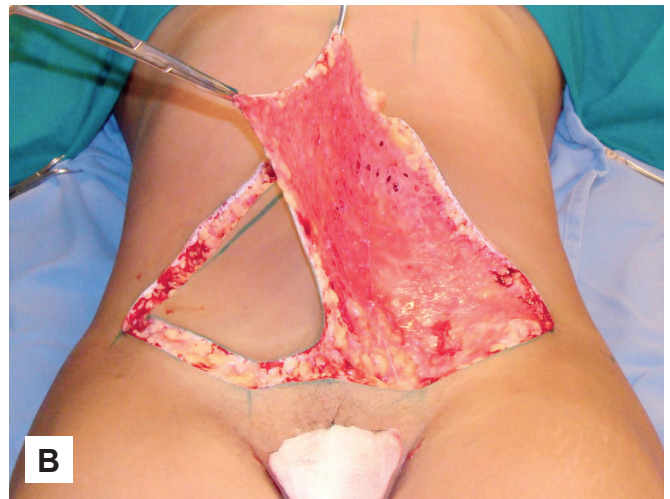
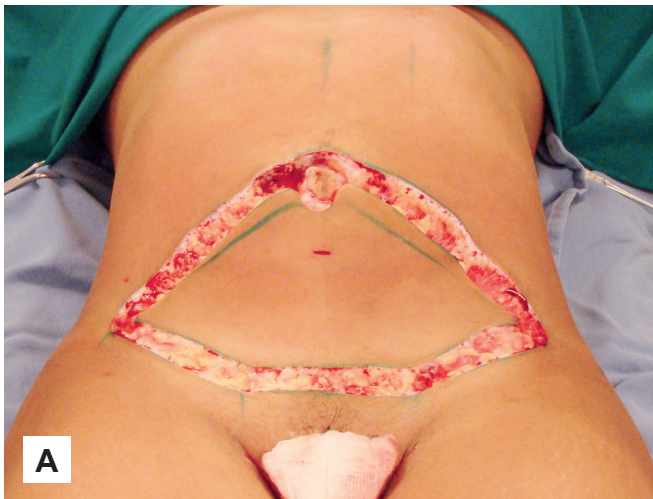


Figura 3 - A: Retalho abdominal inferior incisado. B: Retirado por avulsão.

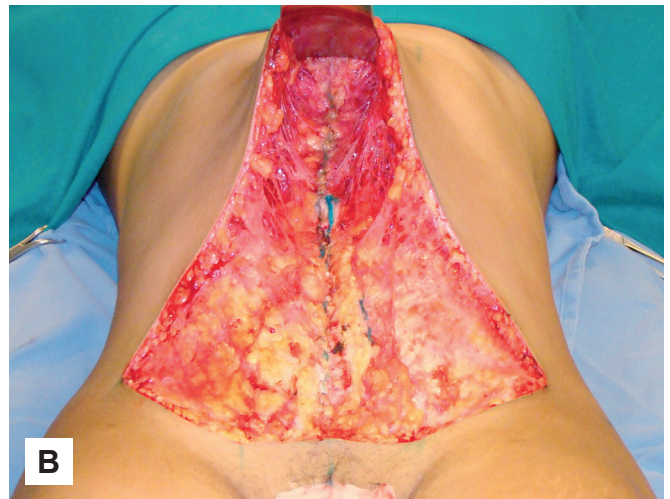
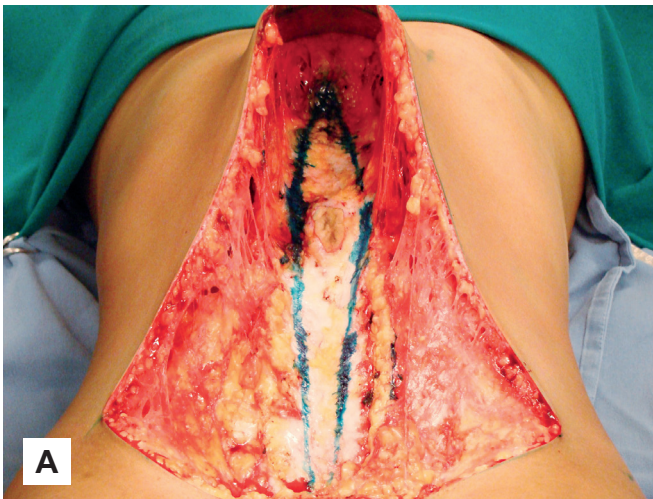


Figura 4 - A: Descolamento seletivo com marcação das bordas dos músculos reto abdominais. B: Plicatura concluída.

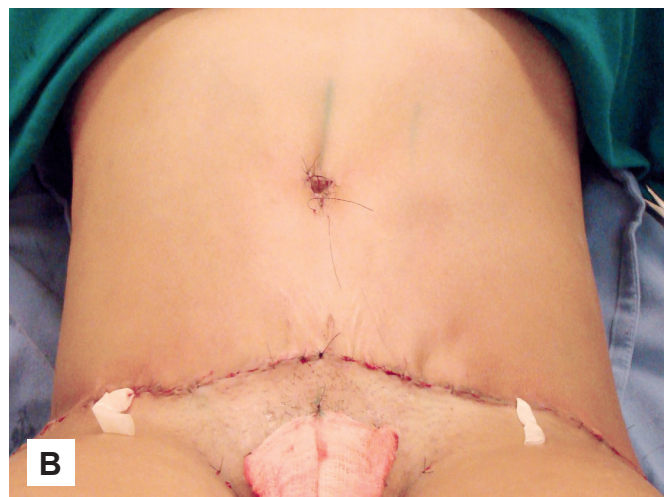
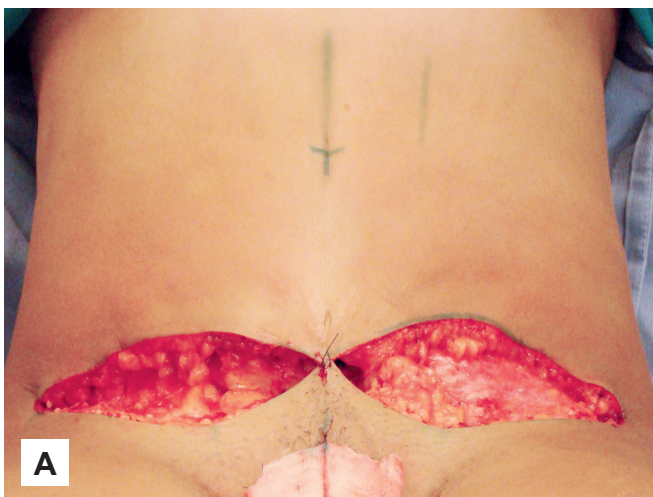


Figura 5 - A: Fixação provisória do retalho para marcação da cicatriz umbilical. B: Cirurgia concluída.

no plano subdérmico; e sutura intradérmica de mononailon 3-0. Utiliza-se apenas dreno de penrose, que é introduzido pela cicatriz lateralmente, antes de completar a sutura intradérmica, dreno este que será retirado na alta hospitalar; e finalmente curativo compressivo habitual. As cirurgias têm duração média de 140 minutos.

A alta hospitalar é dada no dia seguinte pela manhã, com curativo de gaze e cinta modeladora. São prescritos para uso em casa, analgésico potente (Tramadol, 50 mg, 3x dia), antiinflamatório não hormonal (Prexige, 400 mg/dia) e heparina de baixo peso molecular (Clexane, 0.2/0.4, por 10 dias sistematicamente). O paciente é orientado a deambular a cada 2 horas e iniciar drenagem linfática com 48 horas de pós-operatório (20 sessões). As revisões são marcadas com 10, 20 e 30 dias pós-cirurgia. O seguimento mais tardio é feito com 2, 4 e 6 meses de cirurgia. Após essa data, é avaliada a necessidade ou não de qualquer refinamento. É mantida a compressão cicatricial com fita adesiva por, no mínimo, 90 dias e prescrita corticoterapia tópica por mais 60 dias, em média. O paciente é encaminhado ao serviço de nutrição e liberado e estimulado a prática esportiva a partir do segundo mês de pós-operatório.

RESULTADOS

Todos os pacientes tiveram grande melhora de contorno corporal, com exceção daqueles em que houve ganho de peso corporal pós-operatório. Não foi realizada nenhuma revisão cirúrgica por lipoaspiração insuficiente.

As Figuras 6 a 16 ilustram alguns pacientes dessa casuística.

Não houve nenhum caso de necrose ou hematoma nessa sequência, entretanto, foram observados 4 casos de deiscência de pequena extensão, tratados conservadoramente; 3 casos de epiteliólise superficial, com resolução espontânea e posterior revisão cirúrgica da cicatriz final; 3 casos de seroma de pouquíssimo volume, sendo necessária a punção em apenas 1 desses casos (40 ml), sendo os demais resolvidos com auxílio da drenagem linfática. Foram observados, também, 1 caso de infecção de ferida operatória tratada com Ciprofloxacino 500 mg, 12/12 horas, por 10 dias, e sem qualquer repercussão sobre o resultado final e 1 caso de recidiva da diástase dos músculos retos abdominais, que exigiu reoperação e reforço com tela de Marlex. O maior número de queixas recaiu sobre as alterações cicatriciais; foram 57 casos, desde pequenas hipertrofias tratadas com corticoterapia tópica até cicatrizes alargadas que necessitaram revisão cirúrgica.

DISCUSSÃO

A perda da harmonia do contorno abdominal causada pelas alterações pós-gravídicas ou obesidade ainda é motivo

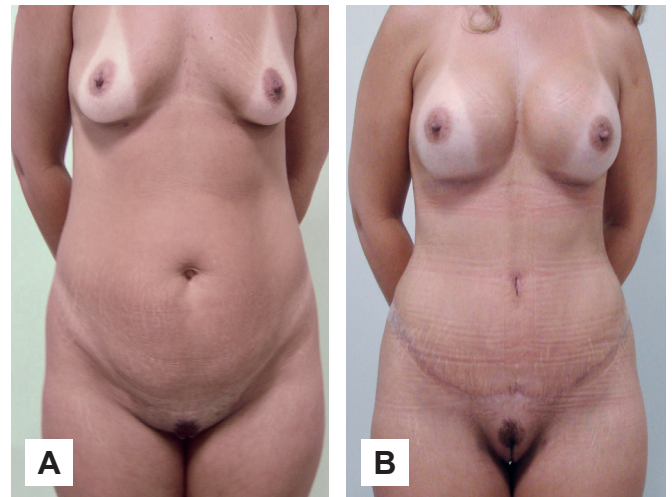


Figura 6 - A: Pré-operatório. B: Pós-operatório de 1 mês.

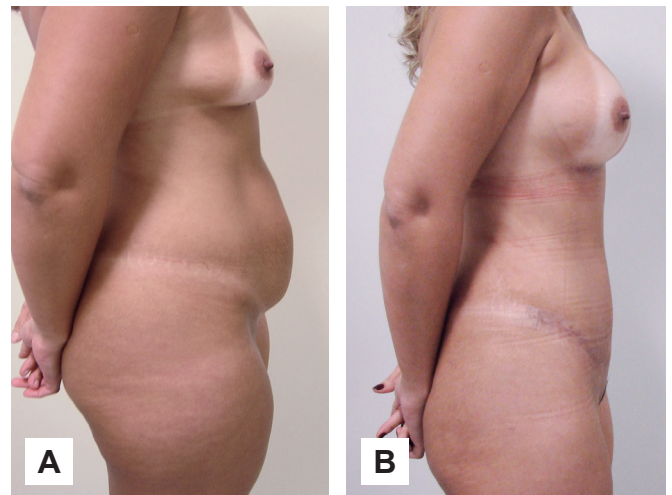


Figura 7 - A: Pré-operatório. B: Pós-operatório de 1 mês.

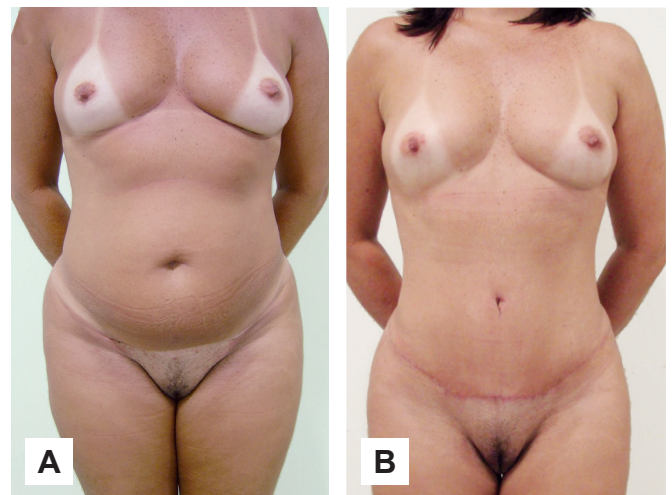


Figura 8 - A: Pré-operatório. B: Pós-operatório de 1 mês.

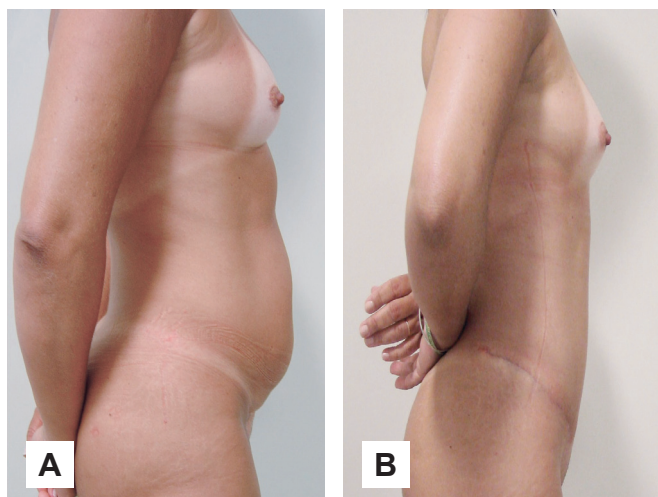


Figura 9 - A: Pré-operatório. B: Pós-operatório de 1 mês.

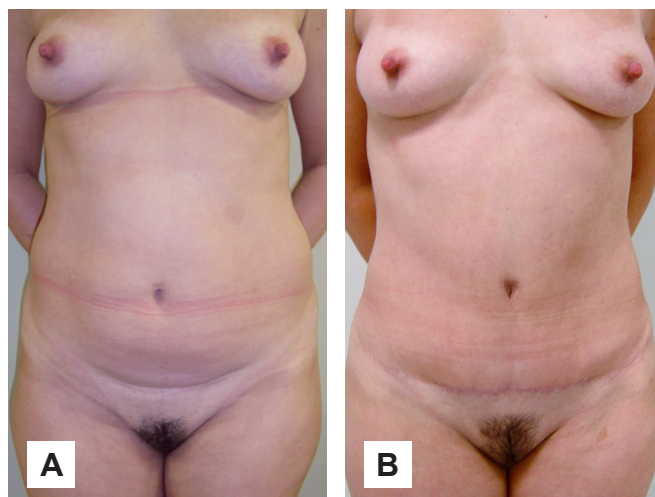


Figura 10 - A: Pré-operatório. B: Pós-operatório de 1 ano.

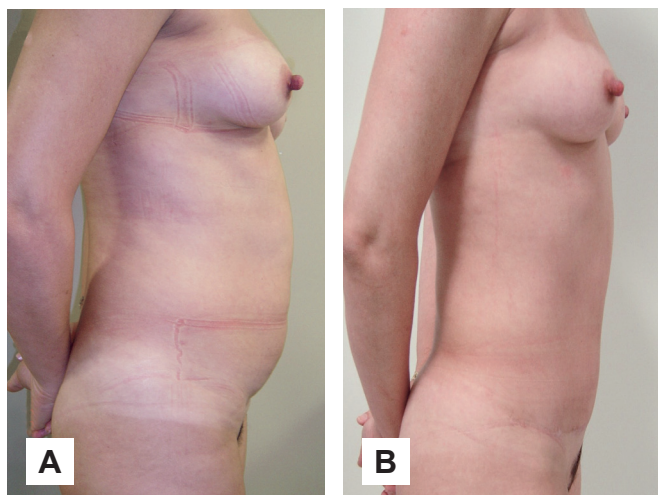


Figura 11 - A: Pré-operatório. B: Pós-operatório de 1 ano.

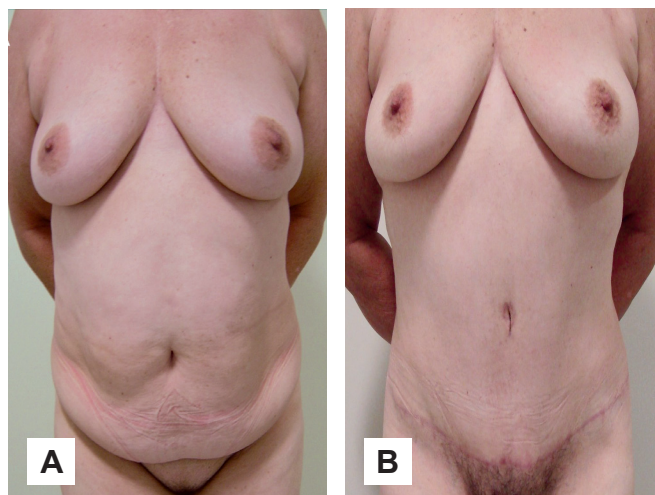


Figura 12 - A: Pré-operatório. B: Pós-operatório de 6 meses.

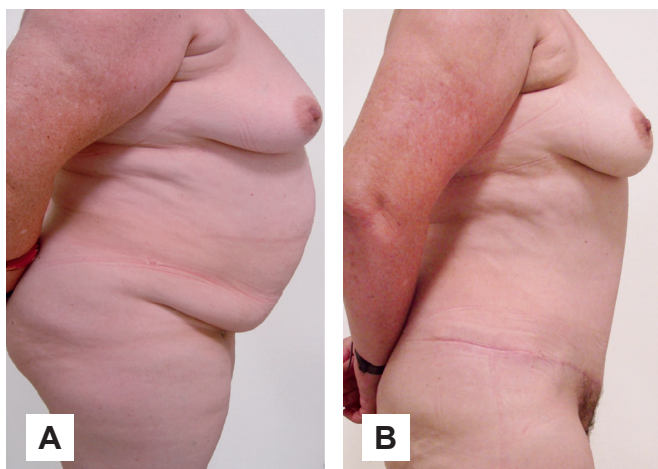


Figura 13 - A: Pré-operatório. B: Pós-operatório de 6 meses.

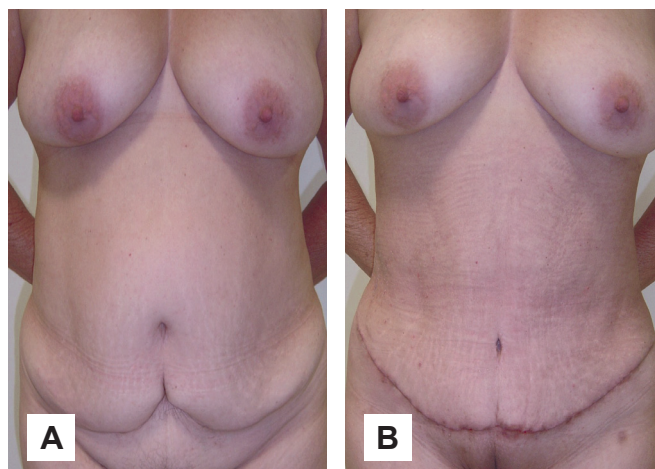


Figura 14 - A: Pré-operatório. B: Pós-operatório de 2 meses em abdome secundário e lipoaspiração de dorso.

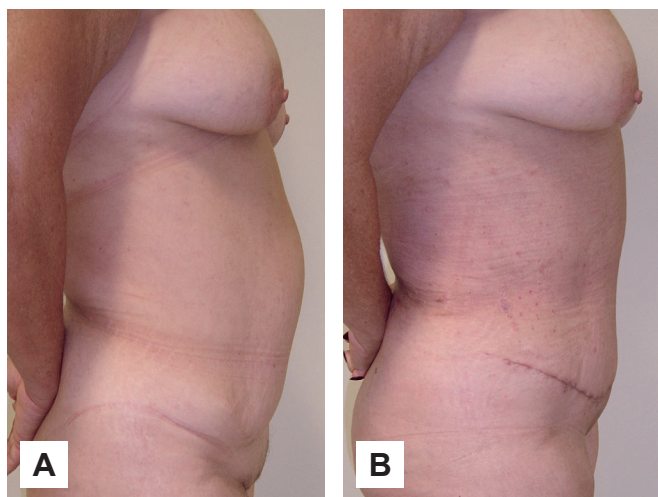


Figura 15 - A: Pré-operatório. **B:** Pós-operatório de 2 meses em abdome secundário e lipoaspiração de dorso.

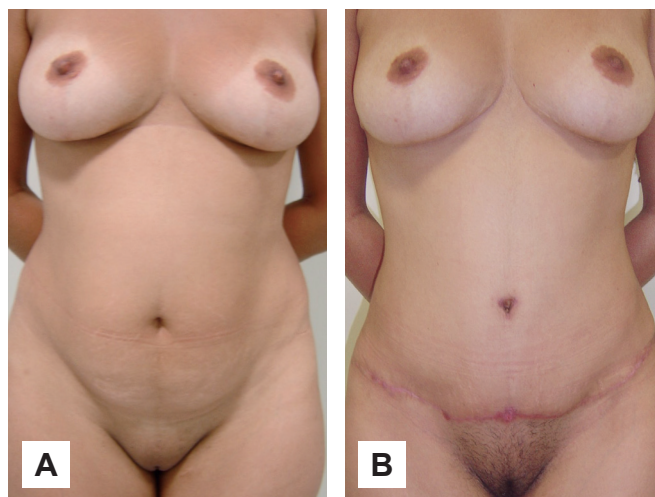


Figura 16 - A: Pré-operatório. **B:** Pós-operatório de 3 meses com hipertrofia cicatricial.

de grande procura pela cirurgia plástica, alterações essas que não são passíveis de resolução apenas com controle de peso corporal associado à atividade física regular. A possibilidade de resgatar essa harmonia em um único procedimento cirúrgico, que muitas vezes pode ser associado a cirurgias de contorno corporal, é um alento para os pacientes e não deixa de sê-lo para os cirurgiões, que conseguem em tempo operatório único observar resultados que antes somente seriam possíveis com no mínimo dois tempos cirúrgicos e com um espaço de tempo considerável entre eles.

É inegável também a maior viabilidade e segurança de um retalho muito pouco descolado, que preserva sua fonte de irrigação direta e desliza com muita facilidade para seu novo sítio. Essa segurança do ponto de vista da irrigação do retalho está comprovada em estudos com Doppler, que demonstraram a preservação das perfurantes com mais de 1 mm e inclusive aumento do calibre das artérias em 9% do total e do fluxo em 56% nos ramos perfurantes identificados. Esse aumento teria ocorrido devido à fisiopatologia do trauma cirúrgico, que resultaria em vasodilatação e diminuição dos ramos perfurantes menores. A ausência de hematoma e necrose, bem como a diminuição de seroma, são consequências do descolamento seletivo e da preservação da fásia de Scarpa, que garante a adesão do retalho ao seu novo leito sem deslizamento, garantindo também melhor drenagem linfática local, permitindo o descarte do dreno de demora.

A lipoaspiração do abdome não aumentou significativamente o tempo cirúrgico, pois se ganha tempo no descolamento e na descida do retalho. Com uma equipe treinada e habituada com a técnica, além da padronização dos tempos cirúrgicos, o procedimento torna-se seguro e com baixíssimo grau de sangramento. Apesar do descolamento

não ultrapassar as bordas dos músculos retos abdominais, obtêm-se um campo cirúrgico bem amplo, que não exige, na maioria das vezes, instrumental específico para a execução da plicatura da lâmina anterior da aponeurose dos músculos retos abdominais que, como demonstram trabalhos experimentais²⁵, são mais resistentes à tração que a lâmina posterior. No único caso de recidiva da diástase que ocorreu nesse estudo, optou-se pelo uso de material aloplástico (tela de Marlex), em decorrência da maior experiência da equipe cirúrgica com essa tática, porém seria possível a correção da parede muscular com a utilização apenas de tecidos autógenos, conforme descrito por Nahas et al.²⁶.

Os casos de abdômes muito volumosos, com grandes aventais, não foram incluídos nesse estudo porque nesses pacientes foi realizada lipoaspiração apenas do retalho abdominal superior, com o intuito de facilitar o descolamento e sua descida, com ressecção clássica do retalho inferior, a fim de evitar grande redundância de tecido conjuntivo no andar inferior do abdome, não sendo possível assim manter a fásia de Scarpa preservada, e utilizou-se dreno da aspiração ativa. Por isso, esses casos não se encaixariam no objeto do estudo.

Acredita-se que a incidência de alterações cicatriciais seja fruto da tensão natural sofrida pela cicatriz numa cirurgia desse porte e que talvez a mesma sofra ação das forças de retração da pele, como numa lipoaspiração isolada, já que o retalho desliza para baixo ao invés de ser descolado. Esse é um aspecto que mereceria um estudo mais aprofundado em nível experimental e clínico, porém por serem alterações de pequena monta não seriam fatores limitadores de indicação da técnica, desde que o paciente esteja ciente de sua ocorrência e da possível necessidade de revisão no pós-operatório tardio.

CONCLUSÃO

Verificou-se com esse trabalho que, ao respeitar-se os parâmetros de segurança da técnica, tais como: a preservação da fâscia de Scarpa e o descolamento restrito aos bordos mediais dos músculos reto abdominais, alcança-se grande diminuição de importantes complicações que acompanham a abdominoplastia desde seu surgimento (necrose de retalho, infecções e seromas de grandes volumes). A percepção que se tem no pós-operatório, de um retalho mais vascularizado com preservação das artérias perfurantes e vasos ilíacos superficiais, é corroborada pelos estudos fluxometria doppler. Observou-se também grande avanço no resultado de contorno corporal pela possibilidade segura de lipoaspiração de todo o abdome e dorso, quando desejado, o que leva a maior adesão por parte dos pacientes às mudanças de hábitos e, conseqüente, manutenção do resultado.

REFERÊNCIAS

1. Prudente A. Dermolipectomia abdominal com conservação da cicatriz umbilical. In: Anais do 11º Congresso Latino-Americano de Cirurgia Plástica; Buenos Ayres;1943.
2. Callia WEP. Contribuição para o estudo da correção cirúrgica do abdome pêndulo e globoso-técnica original [Tese de Doutorado]. São Paulo:Faculdade de Medicina, Universidade de São Paulo;1965.
3. Pontes R. Plástica abdominal: importância de sua associação à correção das hérnias incisionais. Rev Bras Cir. 1965;52(2):85-91.
4. Pitanguy I. Abdominoplastias. O Hospital. 1967;71(6):1541-56.
5. Pitanguy I, Yabar AA, Pires CEB, Matta SR. Aspectos atuais em lipectomia abdominal. Rer Bras Cir. 1974; 64(5/6):147-67.
6. Pitanguy I, Salgado F, Murakami R, Radwanski HN, Mauad Junior R. Abdominoplastia: classificação e técnicas cirúrgicas. Rev Bras Cir. 1995;85(1):23-44.
7. Sinder R. Plastic surgery of the abdomen: personal technique. In: Abstracts of the 6th International Congress of the Plastic and Reconstructive Surgery. Paris; 1975. p.58.
8. Avelar JM. Umbilicoplastia: uma técnica sem cirurgia externa. Anais do 13º Congresso Brasileiro de Cirurgia Plástica;Porto Alegre;1976.
9. Hakme F. Lipectomia peri e supra-umbilical nas abdominoplastias. Rev Bras Cir. 1979;69:271.
10. Baroudi R, Moraes M. A "bicycle-handlebar" type of incision for primary and secondary abdominoplasty. Aesthetic Plast Surg. 1995;19(4):307-20.
11. Baroudi R, Ferreira CA. Seroma: how to avoid it and how to treat it. Aesthet Surg J. 1998;18(6):439-41.
12. Illouz IG. Une nouvelle technique pour les lipodystrophies localisées. Rev Chir Esth Franc. 1980;6:10-2.
13. Vila Rovira R. Liposucción en cirugía plástica y estética. Barcelona:Ed Salvat;1988.
14. Souza Pinto EB. Our experience in liposuction. In: Anais do Congresso Brasileiro de Cirurgia Plástica;1983.
15. Hakme F. Technical details in the lipoaspiration associate with liposuction. Rev Bras Cir. 1985;75(5):331-7.
16. Wilkinson TS, Swartz BE. Individual modifications in body contour surgery: the "limited" abdominoplasty. Plast Reconstr Surg. 1986;77(5):779-84.
17. Stork R. Lipoaspiração como complemento da cirurgia do miniabdome. In: Anais do XXIII Congresso Brasileiro de Cirurgia Plástica;Belo Horizonte;1986.
18. Dillerud E. Abdominoplasty combined with suction lipoplasty: a study of complication, revisions, and risk factors in 487 cases. Ann Plast Surg. 1990;25(5):333-8.
19. Illouz IG. A new safe and aesthetic approach to suction abdominoplasty. Aesthetic Plast Surg. 1992;16(3):237-45.
20. Avelar JM. Abdominoplasty: a new technique without undermining and fat layer removal. Arq Catarinense Med. 2000;29:147-9.
21. Saldanha OR. Lipoabdominoplasty without undermining. Aesthet Surg J. 2001;21(6):518-26.
22. Saldanha OR, Pinto EB, Matos WN Jr, Lucon RL, Magalhães F, Bello EM. Lipoabdominoplasty with selective and safe undermining. Aesth Plast Surg. 2003;27(4):322-7.
23. Graf R, Freitas R, Fisher M, Bark A, Loureiro A, Pianowski R, et al. Estudo de fluxometria Doppler. In: Saldanha OR, ed. Lipoabdominoplastia. Rio de Janeiro. Ed. Di Livros;2004. p.87-92.
24. Munhoz AM, Kamamoto F, Saito FL, Menezes M, Gemperli R. Mapeamento anatômico dos vasos perfurantes abdominais e aplicação clínica no tratamento de deformidades estéticas da parede abdominal pela lipoabdominoplastia. In: Saldanha OR, ed. Lipoabdominoplastia. Rio de Janeiro. Ed. Di Livros;2004. p.103-13.
25. Nahas FX, Ferreira LM. Modelo experimental de cadáver para estudo de tensão de parede abdominal. Acta Cir Bras. 2003;28:37-45.
26. Nahas FX, Barbosa MVJ, Ferreira LM. Reconstrução da parede abdominal com uso de tecidos autógenos. In: Moraes IN, ed. Tratado de clínica cirúrgica. São Paulo: Roca;2005. p.1835-8.

Correspondência para:

André Luís Nunes Obermuller

Av. Nossa Senhora dos Navegantes, 451, salas 409/410 – Enseada do Suá – Vitória, ES, Brasil – CEP 29050-420

E-mail: andre.obermuller@terra.com.br