

Umbilicoplastia triangular com retalho dérmico

Dermal flap triangular umbilicoplasty

JOÃO FRANCISCO DO VALLE
PEREIRA¹

LUCIANO VARGAS SCHUTZ²

VELIBOR KOSTIC³

CONRADO LUIZ PAIS D'ÁVILA⁴

FELIPE NASCIMENTO MATEUS⁵

RESUMO

Introdução: A técnica de umbilicoplastia varia muito, tanto na forma como é incisada a cicatriz umbilical, quanto na abertura cutânea no retalho abdominal e sua fixação na aponeurose e/ou coto umbilical. Descontentes com o aspecto pós-operatório da cicatriz umbilical, os autores viram a necessidade de desenvolver uma nova técnica, com o objetivo de proporcionar aos pacientes maior grau de naturalidade e satisfação pós-operatória. **Métodos:** Foram incluídas neste estudo as abdominoplastias realizadas na Clínica Valle Pereira (Florianópolis, SC), no período compreendido entre fevereiro de 2009 e janeiro de 2011, totalizando 194 pacientes. Todos os pacientes foram submetidos a abdominoplastia convencional e umbilicoplastia triangular com retalho dérmico. **Resultados:** Apenas 8 (4,13%) pacientes apresentaram complicações leves. Não houve complicações graves. A satisfação dos pacientes foi positiva em 188 (96,91%) casos; entre os cirurgiões, a satisfação foi positiva em 186 (95,88%) casos. **Conclusões:** A técnica demonstra versatilidade, facilidade de execução e reprodutibilidade, proporcionando harmonia no contorno corporal e naturalidade ao principal estigma da abdominoplastia, a cicatriz umbilical.

Descritores: Abdome/cirurgia. Umbigo/cirurgia. Retalhos cirúrgicos.

ABSTRACT

Background: The umbilicoplasty technique varies greatly, either in the way that the umbilicus is incised, the skin opening in the abdominal flap and its attachment to the aponeurosis and/or umbilicus. Dissatisfied with the postoperative appearance of the umbilicus, the authors saw the need to develop a new technique aiming at a greater degree of naturalness and postoperative satisfaction. **Methods:** One hundred ninety four abdominoplasties were included in this study, all of them carried out at Clínica Valle Pereira (Florianópolis, SC) from February 2009 to January 2011. All patients underwent conventional abdominoplasty and dermal flap triangular umbilicoplasty. **Results:** Only 8 (4.13%) patients had mild complications. There were no serious complications. Patient satisfaction was positive in 188 (96.91%) cases, while among surgeons the satisfaction was positive in 186 (95.88%) cases. **Conclusions:** The technique demonstrates versatility, ease execution and reproducibility, bringing body contouring harmony and naturality to the main stigma of abdominoplasty, the umbilicus.

Keywords: Abdomen/surgery. Umbilicus/surgery. Surgical flaps.

Trabalho realizado na
Clínica Valle Pereira,
Florianópolis, SC, Brasil.

Artigo submetido pelo SGP
(Sistema de Gestão de
Publicações) da RBCP.

Artigo recebido: 20/6/2011
Artigo aceito: 29/7/2011

1. Presidente da Sociedade Brasileira de Cirurgia Plástica (SBCP) – Regional Santa Catarina (gestão 1988-1989), membro da Comissão de Prêmios da SBCP, Florianópolis, SC, Brasil.
2. Presidente da SBCP – Regional Santa Catarina, Florianópolis, SC, Brasil.
3. Cirurgião plástico, membro titular da SBCP, Florianópolis, SC, Brasil.
4. Membro especialista da SBCP, Florianópolis, SC, Brasil.
5. Residente em Cirurgia Plástica do Hospital Cajuru da Pontifícia Universidade Católica do Paraná (PUC/PR), Curitiba, PR, Brasil.

INTRODUÇÃO

A cirurgia plástica do abdome vem sendo praticada desde fins do século XIX. As primeiras descrições foram de ressecções dermo adiposas abdominais por Voloir, Demars e Marx, em 1890. A partir de então, surgiram diversas modificações técnicas, as quais continuam sendo aperfeiçoadas, buscando-se melhores resultados^{1,2}.

Nas primeiras abdominoplastias, pouca ou nenhuma atenção era dada à cicatriz umbilical, que, em muitas vezes, era excisada com o excesso de tecido dermo adiposo. Por razões estéticas, alguns cirurgiões passaram a preservar a cicatriz umbilical, conservando-a em sua posição normal¹.

A técnica de umbilicoplastia varia muito, tanto na forma como é incisada a cicatriz umbilical, quanto na abertura cutânea no retalho abdominal e sua fixação na aponeurose e/ou coto umbilical³⁻⁷.

Praticamente todos os abdômes operados se revelam, por dois motivos: pelo posicionamento da cicatriz transversa e pelo aspecto do novo umbigo, o estigma mais frequente⁸. Múltiplas técnicas cirúrgicas foram descritas, com o objetivo de evitar esse estigma, entre elas as publicadas por Baroudi⁶, em 1975, Avelar⁷, em 1978, e, mais recentemente, D'Assumpção⁸, em 2005.

Dessa forma, a insatisfação com o aspecto da cicatriz umbilical fomentou a necessidade de desenvolvimento de uma nova técnica, com o objetivo de proporcionar aos pacientes maior grau de naturalidade à região operada e satisfação pós-operatória.

MÉTODO

Foram incluídos no estudo 194 pacientes submetidos a abdominoplastia e umbilicoplastia pela técnica triangular com retalho dérmico na Clínica Valle Pereira (Florianópolis, SC), no período compreendido entre fevereiro de 2009 e janeiro de 2011. Todos os pacientes foram acompanhados no período pós-operatório. Importante salientar que essa técnica foi desenvolvida e vem sendo utilizada pelos autores desde abril de 2004.

As abdominoplastias foram realizadas com o paciente sob anestesia peridural, por meio de incisão transversal baixa, levemente côncava superiormente, descolamento moderado do retalho em plano supra-aponeurótico infraumbilical e apenas em túnel na região supraumbilical, com bisturi elétrico. A plicatura da aponeurose da musculatura retoabdominal foi realizada com alguns pontos em "X", com mononáilon 2.0, seguida de chuleio com vicril 0. Os pontos de adesão foram realizados com vicril 0, como descrito por Baroudi⁶. Na maioria dos casos, foi realizada lipoaspiração de todo o retalho previamente à abdominoplastia, sem utilização de qualquer tipo de drenagem.

A umbilicoplastia foi realizada por meio de técnica triangular com retalho dérmico. A técnica foi iniciada isolando-se o umbigo do retalho descolado, por incisão que o circunscreveu, mantendo-o em sua posição original (Figura 1).

Após o descolamento completo do retalho abdominal, realizou-se a plicatura da aponeurose dos músculos retos. Sequencialmente, foi ressecado o excedente de tecido umbilical, com tesoura de pele, com o objetivo de deixá-lo com a forma de um triângulo equilátero de base inferior, com lados distando 1,5 cm, em média. O coto umbilical foi fixado com dois pontos de mononáilon 2.0, em "X", um no ápice do triângulo e outro em sua base (Figuras 2 e 3).

Os pontos de Baroudi foram feitos inicialmente na região supraumbilical, fixando e levemente tracionando o retalho



Figura 1 – Isolamento da cicatriz umbilical do retalho abdominal.

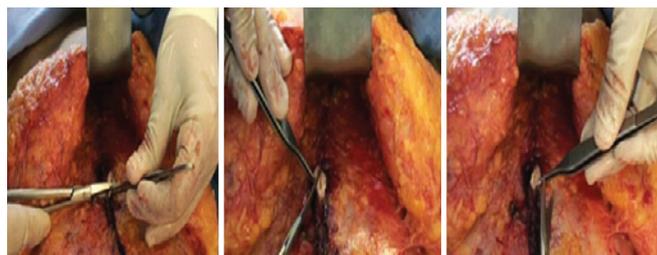


Figura 2 – Confeção do coto umbilical em forma de triângulo de base inferior.

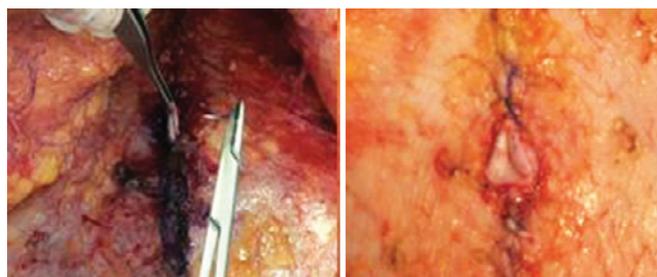


Figura 3 – Fixação do coto umbilical na aponeurose dos músculos retos.

em direção ao coto umbilical. Após alguns desses pontos, o retalho foi tracionado inferiormente, identificando-se o ponto exato da projeção do coto umbilical no retalho abdominal. Essa marcação foi realizada em forma de triângulo de base inferior, coincidindo com a forma do coto umbilical e igualmente medindo os mesmos 1,5 cm em cada lado. Após a marcação, foi realizada apenas a desepidermização desse triângulo (Figura 4).

Em seguida, foi realizada uma incisão dentro desse triângulo, com o objetivo de retirar uma “rolha” de derme e tecido adiposo, porém sempre mantendo os três vértices do triângulo com boa quantidade de derme (Figuras 5 e 6).

Em seguida, foi realizada a fixação do retalho abdominal na aponeurose da musculatura retoabdominal e no coto umbilical.



Figura 4 – Marcação do triângulo de base inferior, na projeção adequada do coto umbilical, no retalho abdominal e sua desepidermização.



Figura 5 – Incisão dentro do triângulo de base inferior, mantendo os três vértices dérmicos.



Figura 6 – Ressecção de “rolha” dermo adiposa na nova posição umbilical.

Iniciou-se a manobra pela extremidade superior do triângulo, utilizando-se fio mononáilon 2.0, com ponto simples invertido, passado primeiramente na porção desepidermizada e com boa quantidade de derme; em seguida, passou-se na aponeurose e, por último, na derme do coto umbilical, também em sua extremidade superior (Figuras 7 a 10).

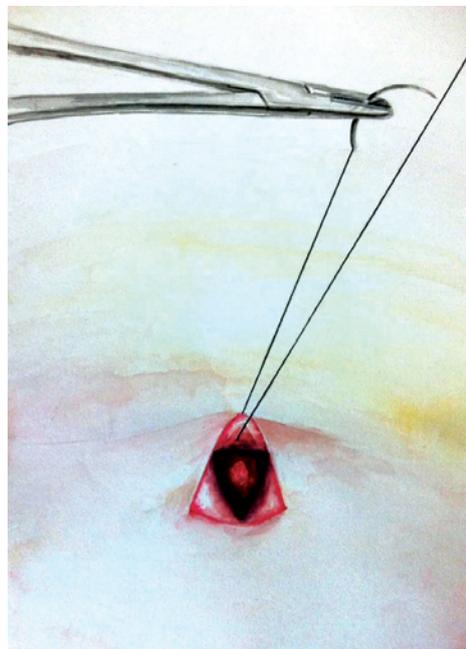


Figura 7 – Ilustração do primeiro ponto a ser realizado na umbilicoplastia: ponto simples invertido com mononáilon 2.0, no vértice dérmico superior do triângulo desepidermizado no retalho.

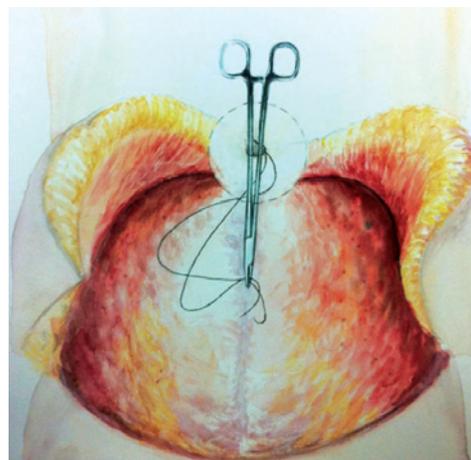


Figura 8 – Ilustração da manobra de transferência do porta-agulha com fio de mononáilon 2.0 reparado por dentro do orifício do novo posicionamento umbilical, no retalho abdominal, após etapa descrita na Figura 7, com a finalidade de continuar a fixação do retalho abdominal na aponeurose e coto umbilical.

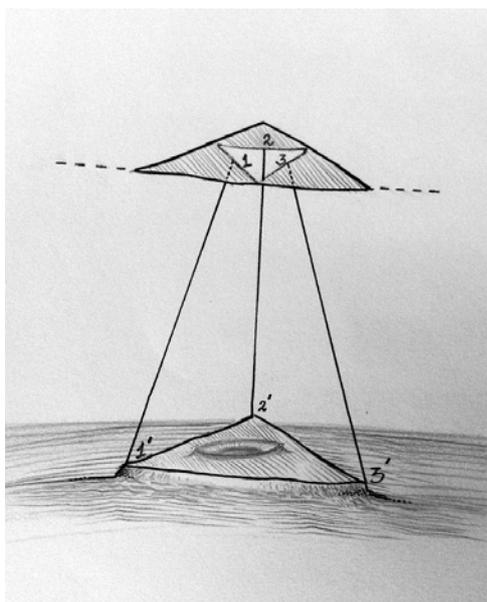


Figura 9 – Esquema da fixação do retalho abdominal na aponeurose e coto umbilical. Utiliza-se fio mononáilon 2.0 para realizar três pontos, unindo as referências do retalho e aponeurose/ coto umbilical, respectivamente, 1 a 1', 2 a 2', e 3 a 3'.

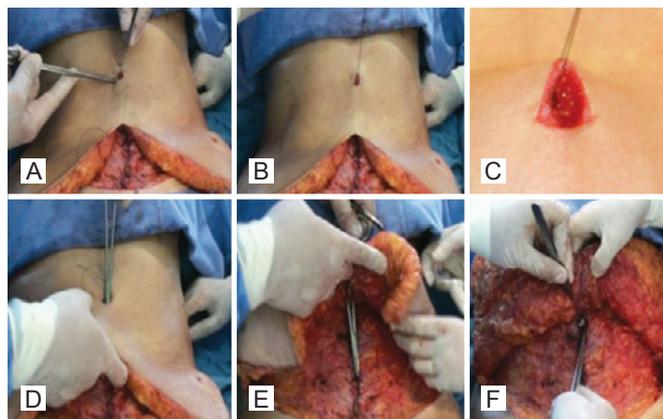


Figura 10 – Fixação do retalho na aponeurose e coto umbilical – primeiro ponto: vértice superior do triângulo. Em A, confecção de ponto simples invertido no vértice dérmico superior do triângulo. Em B e C, ponto passado no vértice dérmico superior e reparado por porta-agulha. Em D e E, manobra de transferência do fio reparado pelo porta-agulha por dentro do orifício do retalho abdominal. Em F, fixação do retalho na aponeurose e coto umbilical.

O segundo e o terceiro pontos foram realizados da mesma maneira, nas extremidades inferiores direita e esquerda, totalizando três pontos (Figura 11).

Para finalizar a umbilicoplastia, foram passados três pontos simples de sutura com monocril 4.0, em plano subdérmico,

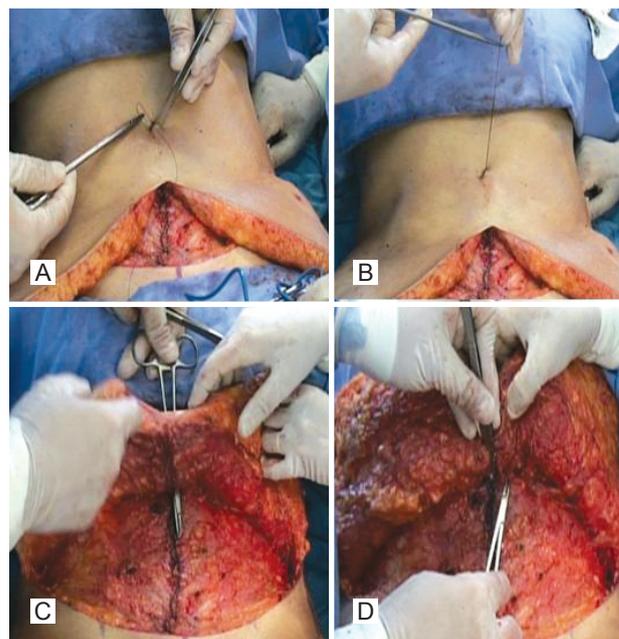


Figura 11 – Fixação do retalho na aponeurose e coto umbilical – segundo ponto: vértice contralateral ao cirurgião. Em A, confecção de ponto simples invertido no vértice dérmico do triângulo contralateral ao cirurgião. Em B, ponto passado no vértice dérmico e reparado por porta-agulha. Em C, manobra de transferência do fio reparado pelo porta-agulha por dentro do orifício do retalho abdominal. Em D, fixação do retalho na aponeurose e coto umbilical.

nos lados do triângulo. Conseguiu-se, dessa forma, adequada coaptação das bordas dos dois triângulos: retalho e coto umbilical (Figura 12).

Procedeu-se à abdominoplastia com pontos de Baroudi na região infraumbilical até próximo à incisão transversa baixa, fixando-se e levemente tracionando-se o retalho. Nesse momento, foi realizada leve tração do retalho e marcação do excedente de tecido dermo adiposo, bilateralmente, seguida de ressecção e sutura da incisão inferior.

Todos os pacientes submetidos ao procedimento cirúrgico assinaram o termo de consentimento pós-informado usado de rotina no serviço.

RESULTADOS

Dentre os 198 pacientes submetidos a abdominoplastias com umbilicoplastia triangular com retalho dérmico, foram excluídos 4 casos, todos do sexo feminino, em decorrência da impossibilidade de realização da avaliação por período superior a dois meses. Dessa forma, foram incluídos neste estudo 194 pacientes, sendo 192 do sexo feminino e 2 do sexo masculino.

Quanto às complicações, foram observados 5 (2,58%) casos de epidermólise no coto umbilical, com resolução completa

com curativo úmido, porém cursando com hiperemia no pós-operatório. Em outros 3 (1,55%) casos, houve leve estreitamento umbilical por retração cicatricial, mas boa evolução apenas com moldes de silicone por dois meses. Não foram observados os estigmas mais frequentes relacionados à umbilicoplastia, como apagamento após necrose, estreitamento cicatricial com necessidade de reintervenção cirúrgica, alargamento da circunferência da cicatriz umbilical, falta de contornos anatômicos, posicionamento irregular ou mesmo aspecto raiado decorrente de marcas de suturas externas.

O grau de satisfação dos pacientes foi positivo em 188 (96,91%) casos; entre os cirurgiões, o grau de satisfação foi positivo em 186 (95,88%) casos.

Nas Figuras 13 a 16, são apresentadas imagens de pré e pós-operatórios de quatro casos incluídos neste estudo.

DISCUSSÃO

As técnicas de umbilicoplastia nas abdominoplastias são realizadas há mais de 80 anos, desde Vernon (1927), porém a busca por melhores resultados ainda fomenta novas técnicas cirúrgicas. Estudos recentes comparando diversos métodos de umbilicoplastia demonstram que as técnicas circulares apresentam risco relativo sete vezes maior de estenose cicatricial

que as técnicas não-circulares, como as mais recentes, em formas de “V”, “Y” ou triângulo invertido^{7,9}.

A técnica de umbilicoplastia triangular com retalho dérmico apresenta duas grandes vantagens. A primeira, por ser uma técnica não-circular, apresenta menor risco de estreitamento cicatricial¹⁰. A segunda refere-se à manutenção da derme nas extremidades de cada vértice do triângulo, proporcionando uma área segura de fixação do retalho na aponeurose



Figura 14 – Caso 2: pré e pós-operatório.



Figura 12 – Resultado da umbilicoplastia (transoperatório).



Figura 15 – Caso 3: pré e pós-operatório.

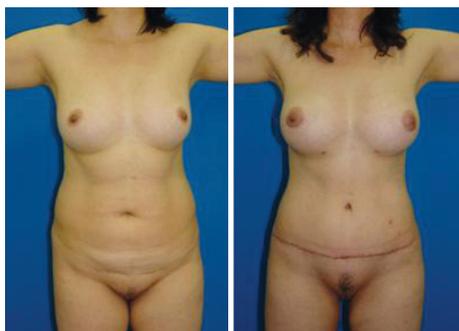


Figura 13 – Caso 1: pré e pós-operatório.



Figura 16 – Caso 4: pré e pós-operatório.

abdominal e coto umbilical, sem encoches, diminuindo drasticamente a possibilidade de deiscência dessa sutura.

As epidermólises da cicatriz umbilical foram associadas ao sofrimento da pele nos casos de tratamento associado de hérnias umbilicais, fato ocorrido em 5 (2,58%) pacientes. O estreitamento cicatricial, ocorrido em 3 (1,55%) pacientes, foi associado ao menor tamanho do orifício triangular criado no retalho abdominal, propiciando a estenose.

Ressalta-se, neste trabalho, o elevado grau de satisfação dos cirurgiões (95,88%) e, acima de tudo, dos pacientes (96,91%) submetidos a essa técnica.

CONCLUSÃO

A técnica de umbilicoplastia triangular com retalho dérmico demonstrou versatilidade, facilidade de execução e reprodutibilidade, oferecendo cicatriz umbilical com tamanho e posicionamento adequados, assim como cicatrizes inconspícuas ou mesmo imperceptíveis, proporcionando harmonia ao contorno corporal e naturalidade ao principal estigma da abdominoplastia, a cicatriz umbilical.

REFERÊNCIAS

1. Sinder R. Abdominoplastias. In: Carreirão S, Cardim V, Goldenberg D, eds. Cirurgia plástica. Sociedade Brasileira de Cirurgia Plástica. São Paulo: Atheneu; 2005. p.621-45.
2. Bozola AR, Bozola AC. Abdominoplastias. In: Mélega JM, ed. Cirurgia plástica: fundamentos e arte. Cirurgia Estética. Rio de Janeiro: Medsi; 2003. p.609-28.
3. Pitanguy I. Abdominoplastias. O Hospital. 1967;71(6):1541-56.
4. Pitanguy I. Abdominal lipectomy: an approach to it through an analysis of 300 consecutive cases. Plast Reconstr Surg. 1967;40(4):384-91.
5. Baroudi R, Keppke EM, Tozzi Netto F. Abdominoplasty. Plast Reconstr Surg. 1974;54(2):161-8.
6. Baroudi R. Umbilicoplasty. Clin Plast Surg. 1975;2(3):431-48.
7. Avelar JM. Abdominoplasty: systematization of a technique without external umbilical scar. Aesthetic Plast Surg. 1978;2:141-51.
8. D'Assumpção EA. Técnica para umbilicoplastia, evitando-se um dos principais estigmas das abdominoplastias. Rev Soc Bras Cir Plast. 2005; 20(3):160-6.
9. Rosique MJF, Rosique RG, Lee FDI, Kawakami H, Glatstein N, Mélega JM. Estudo comparativo entre técnicas de onfaloplastia. Rev Bras Cir Plast. 2009;24(1):47-51.
10. Malic CC, Spyrou GE, Hough M, Fourie L. Patient satisfaction with two different methods of umbilicoplasty. Plast Reconstr Surg. 2007; 119(1):357-61.

Correspondência para:

João Francisco do Valle Pereira
Av. Osvaldo Rodrigues Cabral, 1.570 – Ático – Centro – Florianópolis, SC, Brasil – CEP 88015-710
E-mail: xanico@vallepereira.com