



Neo-onfaloplastia com enxerto cutâneo

Neomphaloplasty with cutaneous graft

PEDRO CELSO DE CASTRO PITA ^{1,2,3,4*}

RAFAEL ANLICOARA ^{1,4}

JUAN PABLO MARICEVICH ^{1,2}

KELSON KAWAMURA ⁴

PRISCILA DA SILVA LOPES ⁴

Instituição: Hospital das Clínicas,
Universidade Federal de Pernambuco,
Recife, PE, Brasil.

Artigo submetido: 21/12/2016.

Artigo aceito: 21/2/2017.

Conflitos de interesse: não há.

DOI: 10.5935/2177-1235.2017RBCP0037

■ RESUMO

Introdução: A cicatriz umbilical é decorrente da queda do coto umbilical, que ocorre alguns dias após o nascimento. Sua presença, formato e localização na parede abdominal fornecem ao indivíduo uma conotação estética e sensual. **Métodos:** Estudo primário, prospectivo, de intervenção. A casuística foi de conveniência, no período de fevereiro de 2006 a junho de 2016, incluindo pacientes de ambos os gêneros, alocados do ambulatório do Hospital das Clínicas da Universidade Federal de Pernambuco (HC-UFPE) e clínica privada. Os critérios de inclusão foram pacientes com indicação de abdominoplastia e que apresentavam um comprometimento da irrigação da pele da região umbilical e periumbilical devido a defeitos herniários da região. O estudo seguiu os critérios de Helsinki e os pacientes assinaram o Termo de Consentimento Livre e Esclarecido. **Resultados:** Foram operados 28 pacientes, sendo observada uma boa integração da pele enxertada, resultando em uma cicatriz umbilical de aparência natural e sem complicações. **Conclusões:** A neo-onfaloplastia com enxerto cutâneo é de fácil execução e que, a longo prazo, tem demonstrado um bom resultado estético, principalmente nos retalhos abdominais espessos, demonstrando ser mais uma opção técnica na realização de neo-onfaloplastias.

Descritores: Umbigo; Abdominoplastia; Hérnia umbilical; Abdome; Procedimentos cirúrgicos reconstrutivos.

¹ Faculdade de Medicina, Universidade Federal de Pernambuco, Recife, PE, Brasil.

² Sociedade Brasileira de Cirurgia Plástica, Recife, PE, Brasil.

³ Hospital Esperança, Recife, PE, Brasil.

⁴ Hospital das Clínicas, Universidade Federal de Pernambuco, Recife, PE, Brasil.

■ ABSTRACT

Introduction: The umbilical scar is due to the fall of the umbilical stump that occurs a few days after birth. Its presence, shape, and location on the abdominal wall provide the individual with an aesthetic and sensual connotation. **Methods:** A primary prospective interventional study. The sample was of convenience, from February 2006 to June 2016, and included patients of both sexes attending the outpatient clinic of the Hospital das Clínicas of the Federal University of Pernambuco (HC-UFPE), a private clinic. The inclusion criteria were patients with abdominoplasty indications presenting with compromised circulation to the skin of the umbilical and periumbilical region caused by hernia defects in this area. The study followed the criteria of Helsinki and the patients signed an Informed Consent Form. **Results:** Twenty-eight patients underwent surgery and good integration of the grafted skin was observed. This resulted in an umbilical scar with a natural appearance and without complications. **Conclusions:** Neomphaloplasty with a cutaneous graft is easy to perform and, in the long term, has shown to provide good aesthetic results, especially in thick abdominal flaps, thus proving to be an additional technical option for neomphaloplasty procedures.

Keywords: Navel; Abdominoplasty; Umbilical hernia; Abdomen; Reconstructive surgical procedures.

INTRODUÇÃO

A cicatriz umbilical é decorrente da queda do coto umbilical, que ocorre alguns dias após o nascimento. A palavra umbigo é derivada do latim *umbilicus*, diminutivo de *umbo*, significando saliência arredondada em uma superfície¹. Sua presença, formato e localização na parede abdominal fornecem ao indivíduo uma conotação estética e sensual².

A preocupação com o umbigo durante as abdominoplastias tem seus primeiros relatos na década de 50, do século XX, com Andrews e Vernon, os quais o reconstruíam ou realizavam sua transposição fazendo incisões circulares na pele do retalho abdominal³⁻⁵. No Brasil, Baroudi apresentou, em 1975, uma técnica de neo-onfaloplastia que consistia em realizar incisões horizontais no retalho, fixando-o na aponeurose do músculo reto abdominal⁶. Matsuo, em 1990, no Japão, relatou a primeira técnica de neo-onfaloplastia com enxerto, no qual utilizava um enxerto composto de cartilagem conchal⁷. Em 2011, Pita et al.² descreveram a técnica que consistia na associação de enxerto cutâneo da pele umbilical previamente excisada associada a retalho dérmico de pedículo superior.

Neste trabalho, é descrita uma série de casos, nos quais foram realizadas abdominoplastias associando uma nova técnica de neo-onfaloplastia por meio de enxerto cutâneo, sem a associação do retalho dérmico de pedículo superior.

OBJETIVO

Apresentar uma opção técnica na reconstrução da cicatriz umbilical em pacientes portadores de hérnias umbilicais, que têm diminuição da irrigação desta região e com indicação de abdominoplastia.

MÉTODOS

Estudo primário, prospectivo, de intervenção. A casuística foi de conveniência, sendo operados 28 pacientes de ambos os gêneros, no período de fevereiro de 2006 a junho de 2016, alocados do ambulatório do Hospital das Clínicas da Universidade Federal de Pernambuco (HC-UFPE), em Recife, PE, e clínica privada. Os critérios de inclusão foram pacientes com indicação de abdominoplastia e que apresentavam comprometimento da irrigação da pele da região umbilical e periumbilical devido à defeitos herniários da região (Figura 1). O estudo seguiu os critérios de Helsinki e os pacientes assinaram o Termo de Consentimento Livre e Esclarecido.

Técnica Cirúrgica

Após a marcação de abdominoplastia clássica com o paciente em posição ortostática e posteriormente em decúbito dorsal, realiza-se o bloqueio anestésico. Inicia-se a cirurgia marcando um círculo com verde brilhante, de diâmetro aproximado de 1,5 cm na pele, correspondente à cicatriz umbilical pré-existente no retalho abdominal.

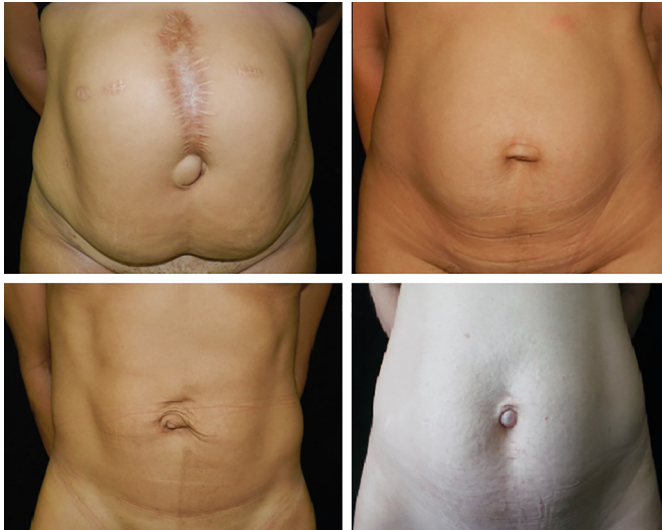


Figura 1. Pré-operatório.

Com um bisturi de lâmina 15, realiza-se a ressecção da pele com espessura dérmica parcial (Figura 2) e coloca-se dentro de uma cuba com soro fisiológico para posterior enxertia.

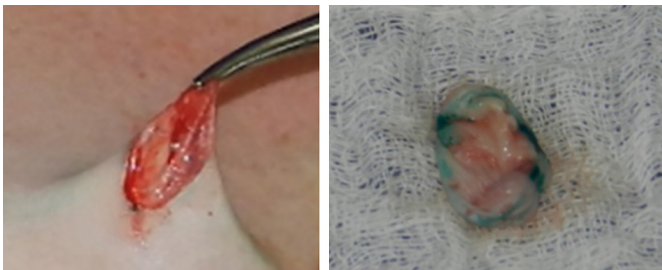


Figura 2. Pele da cicatriz umbilical.

Incisão suprapúbica de aproximadamente 30 cm, descolamento supra-aponeurótico do retalho da parede abdominal, indo do púbis até o rebordo costal, seguindo a técnica tradicional de dermolipectomia abdominal, prossegue com o fechamento do anel herniário e a correção da diástase dos retos abdominais com Mononylon 2-0. Em seguida, define-se a nova localização da cicatriz umbilical, que normalmente corresponde na região da intersecção da linha média do abdômen com uma linha horizontal que liga a espinha ilíaca anterossuperior direita à esquerda, que é marcada também com verde brilhante.

A pele remanescente da cicatriz umbilical é então perfurada com lâmina 15, para facilitar a integração (pega), fixada na região previamente demarcada na aponeurose dos músculos retos abdominais com fio de Monocryl 4-0 (Figura 3). Em seguida, procede-se com a definição da nova localização da cicatriz umbilical na pele do retalho abdominal, que pode ser feita com visão direta ou com o auxílio da pinça de Pitanguy.

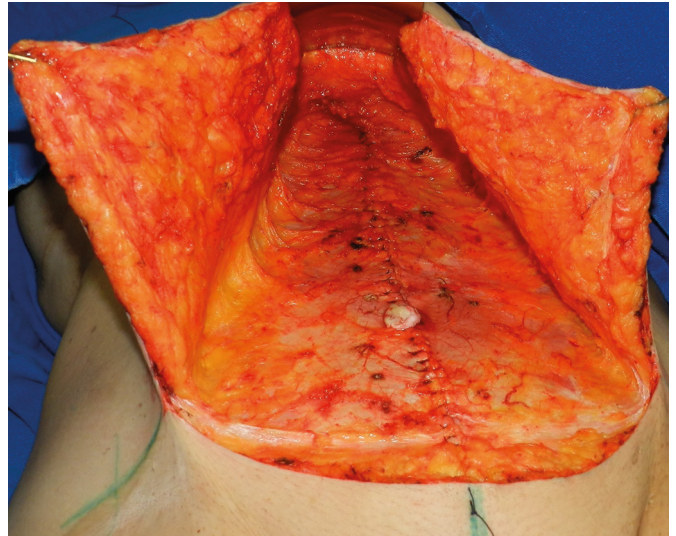


Figura 3. Enxerto da pele da cicatriz umbilical.

Após definir a nova localização, realiza-se o desenho de um losango, com aproximadamente 0,5 cm de cada aresta. Com o auxílio de uma tesoura, resseca-se a pele e tecido celular subcutâneo. Segue-se a abdominoplastia com a ressecção do retalho dermogorduroso em excesso, fixação do retalho abdominal na aponeurose com pontos de Baroudi, e sutura das bordas do losango da parede abdominal ao enxerto com o uso de Nylon 4-0 (Figura 4). Posteriormente, realiza-se o fechamento da ferida operatória por planos.

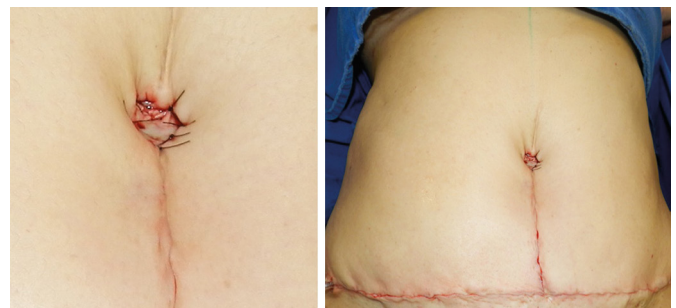


Figura 4. Pós-operatório imediato.

RESULTADOS

Foram operados 28 pacientes tendo sido observada uma boa integração da pele enxertada, resultando em uma cicatriz umbilical de aparência natural e sem complicações (Figura 5).

DISCUSSÃO

Os primeiros relatos de reconstrução umbilical datam da década de 50, com Andrews e Vernon, os quais o

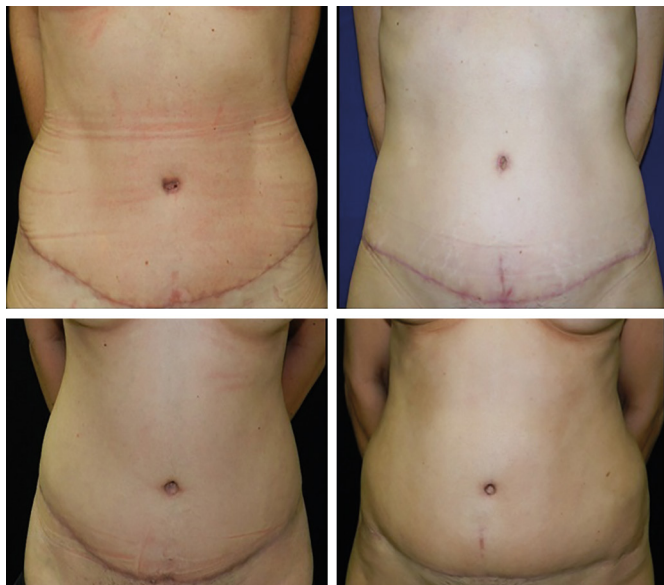


Figura 5. Pós-operatório tardio.

reconstruíam ou realizavam sua transposição, realizando incisões circulares na pele do retalho abdominal³⁻⁵.

A utilização de enxertos na realização de neo-onfaloplastia foi primeiramente relatada por Matsuo, no Japão em 1990; no entanto, se tratava de um enxerto composto de cartilagem conchal⁷. Posteriormente, no Brasil, em 2011, Pita et al.² descreveram uma técnica que consistia na associação de enxerto cutâneo da pele umbilical previamente excisada associada a retalho dérmico de pedículo superior; entretanto, os autores modificaram a técnica, eliminando a necessidade do retalho dérmico, devido à melhora do resultado estético final.

Esta técnica de neo-onfaloplastia é de fácil execução e com resultados estéticos satisfatórios. Um dos motivos de seu aspecto natural é a utilização de tecido local como área doadora do enxerto, usando um dos princípios fundamentais da reconstrução, o “*like with like*”, em português, de igual para igual⁸.

CONCLUSÃO

A neo-onfaloplastia com enxerto cutâneo é de fácil execução e a longo prazo tem mostrado um bom resultado estético, principalmente nos retalhos abdominais espessos, demonstrando ser mais uma opção técnica na realização de neo-onfaloplastias.

COLABORAÇÕES

- PCCP** Aprovação final do manuscrito; concepção e desenho do estudo; realização das operações e/ou experimentos.
- RA** Redação do manuscrito ou revisão crítica de seu conteúdo.
- JPM** Redação do manuscrito ou revisão crítica de seu conteúdo.
- KK** Redação do manuscrito ou revisão crítica de seu conteúdo.
- PSL** Redação do manuscrito ou revisão crítica de seu conteúdo.

REFERÊNCIAS

1. Ferreira ABH. Novo Dicionário Aurélio da Língua Portuguesa. 3a ed. Curitiba: Positivo; 2004.
2. Pita PCC, Lacerda AMR, Ferreira Filho JRA. Neo-onfaloplastia: técnica do enxerto da pele umbilical e retalho dérmico em “V” invertido. Apresentação de casos. Rev Bras Cir Plást. 2011;26(3 Suppl.1):78.
3. Ribeiro L, Muzy S, Accorsi A. Omphaloplasty. Ann Plast Surg. 1991;27(5):457-75. PMID: 1746865 DOI: <http://dx.doi.org/10.1097/0000637-199111000-00008>
4. Seung-Jun O, Thaller SR. Refinements in abdominoplasty. Clin Plast Surg. 2002;29(1):95-109. DOI: [http://dx.doi.org/10.1016/S0094-1298\(03\)00088-9](http://dx.doi.org/10.1016/S0094-1298(03)00088-9)
5. Vernon S. Umbilical transplantation upward and abdominal contouring in lipectomy. Am J Surg. 1957;94(3):490-2. PMID: 13458618 DOI: [http://dx.doi.org/10.1016/0002-9610\(57\)90807-3](http://dx.doi.org/10.1016/0002-9610(57)90807-3)
6. Baroudi R. Umbilicoplasty. Clin Plast Surg. 1975;2(3):431-48.
7. 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.
8. Southwell-Keely JP, Berry MG. Umbilical reconstruction: a review of techniques. J Plast Reconstr Aesthet Surg. 2011;64(6):803-8. PMID: 21145300 DOI: <http://dx.doi.org/10.1016/j.bjps.2010.11.014>

*Autor correspondente:

Pedro Celso de Castro Pita

Rua Antônio Gomes de Freitas, 365 - Ilha do Leite - Recife, PE, Brasil
CEP 50070-490

E-mail: pedro.pitta@hotmail.com