



Como evitar uma retração no meio da cicatriz horizontal e minimizar o risco de necrose nas abdominoplastias clássicas

How to avoid a retraction in the middle of the horizontal scar and minimize the risk of necrosis in the classic abdominoplasty

RONY CAMPOS^{1*}
BRUNO VICTOR BARBOSA LEONCIO
CAMPOS²

■ RESUMO

Introdução: Nas abdominoplastias clássicas, um resultado indesejado após o tracionamento do retalho abdominal é a ocorrência de uma retração suprapúbica, no meio da cicatriz horizontal quando esta coincide com o ponto superior da antiga cicatriz umbilical. **Métodos:** Foram avaliadas 45 pacientes submetidas à dermolipectomia abdominal associada à lipoaspiração de todo o abdome e flancos, com decorticação de uma área suprapúbica cerca de 5 cm acima da marcação inicial da linha de incisão, com posterior fixação na borda inferior do retalho abdominal. **Resultados:** Não foram observadas depressões ou necroses na região suprapúbica. **Conclusão:** Observamos, nos casos operados, que a presença de um coxim dermogorduroso na porção central da linha de sutura nas abdominoplastias clássicas, associada à reconstituição completa dos planos cirúrgicos e fixação deste coxim no retalho abdominal superior, evita a ocorrência de depressões nesta região, evita ocorrência de necroses e melhora a qualidade da cicatriz por redução da tensão de tração sobre os tecidos. **Descritores:** Abdominoplastia; Necrose; Cicatriz; Lipectomia; Aderências teciduais.

■ ABSTRACT

Introduction: In classic abdominoplasty, an undesirable result after abdominal flap traction is the occurrence of a suprapubic retraction in the middle of the horizontal scar when it coincides with the superior point of the old umbilical scar. **Methods:** Forty-five patients underwent abdominal dermolipectomy associated with liposuction of the entire abdomen and flanks, with decortication of the suprapubic area approximately 5 cm above the initial marking of the incision line, with posterior fixation at the lower border of the abdominal flap. **Results:** No depressions or necroses were observed in the suprapubic region. **Conclusion:** We observed that the presence of a dermo-fat flap in the central portion of the suture line in the classic abdominoplasties associated with the complete reconstruction of the surgical planes and the fixation of this flap in the upper abdominal flap avoids the occurrence of depressions in this region, prevents occurrence of necrosis, and improves the quality of the scar by reducing the tensile stress on the tissues. **Keywords:** Abdominoplasty; Necrosis; Cicatrix; Lipectomy; Tissue adherions.

Instituição: STK - Núcleo de Cirurgia Plástica, Belo Horizonte, MG, Brasil.

Artigo submetido: 16/12/2015.
Artigo aceito: 23/9/2017.

Conflitos de interesse: não há.

DOI: 10.5935/2177-1235.2017RBCP0094

¹ Sociedade Brasileira de Cirurgia Plástica, Contagem, MG, Brasil.

² Faculdade de Medicina de Petrópolis, Petrópolis, RJ, Brasil.

INTRODUÇÃO

Nas dermolipectomias abdominais objetiva-se a remoção do excesso tecidual com correção da flacidez e remodelamento da parede abdominal, com cicatriz plana e uniforme, sem depressões ou elevações em toda sua extensão^{1,2}. A associação da lipoaspiração³⁻⁵ veio contribuir de forma positiva para obtenção de um abdome plano, com recuperação de suas linhas de definição interferindo diretamente no resultado final do procedimento cirúrgico.

Um dos resultados indesejados após o reposicionamento do retalho abdominal é a ocorrência de uma retração tecidual suprapúbica, na porção média da linha de incisão (Figuras 1A e 1B).

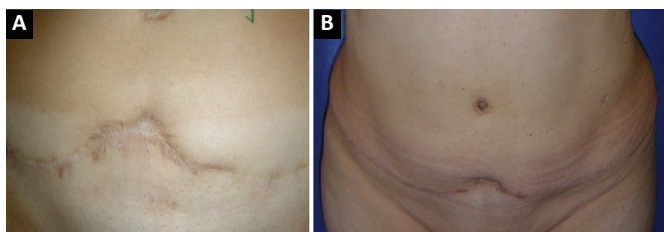


Figura 1A e 1B: Retração cicatricial suprapúbica.

OBJETIVO

Demonstrar que a permanência de um panículo dermogorduroso na porção central, sob a cicatriz, diminui a ocorrência de retrações e necroses nesta área e favorece a cicatrização, proporcionando resultados esteticamente aceitáveis.

MÉTODOS

Foi feito um estudo prospectivo com seguimento de 6 meses. Selecionamos 45 pacientes do sexo feminino submetidas à dermolipectomia abdominal associada à lipoaspiração de todo o abdome e flancos. Em todas as pacientes, na documentação pré-operatória foi assinado um Termo de Autorização Livre e Esclarecido, assim como autorização para utilização de fotografias.

Após as marcações da linha de incisão para dermolipectomia abdominal (Figura 2), é demarcada uma segunda linha de incisão paralela a primeira distante cerca de 5 cm (Figura 3), promove-se a decorticação desta área (Figura 4), deixando um panículo dermogorduroso na região (Figuras 5A e 5B), que posteriormente foi fixado à borda inferior do retalho abdominal (Figuras 6A e 6B), após a ressecção do excedente tecidual

RESULTADOS

Não foram observadas retrações ou necroses na região supra púbica. Observamos melhora significativa



Figura 2. Marcação da linha de incisão inferior.



Figura 3. Marcação da segunda linha de incisão.



Figura 4. Área de decorticação.

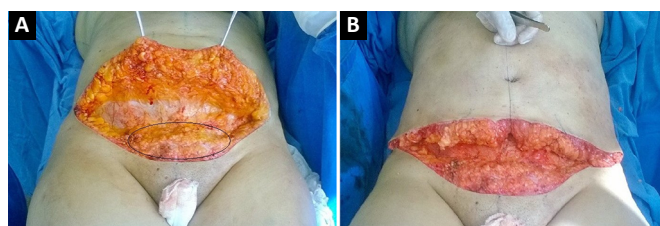


Figura 5. A: Retalho dermogorduroso; B: Retalho abdominal superior e dermogorduroso suprapúbico.

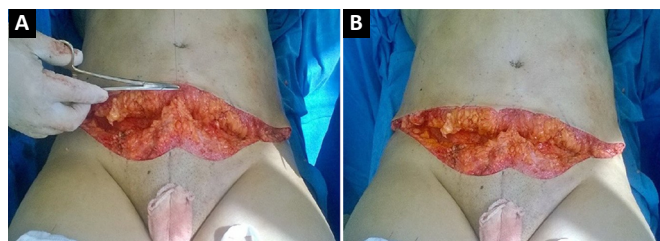


Figura 6. A: Início da síntese tecidual; B: Fixação do retalho abdominal superior à área decortificada.

na qualidade da cicatriz, que se apresentaram planas e uniformes.

DISCUSSÃO E CONCLUSÃO

Foi observado nos casos estudados que a presença de um coxim dermogorduroso na porção central da linha de sutura nas dermolipectomias abdominais, associado à reconstituição completa dos planos cirúrgicos e fixação deste coxim no retalho abdominal superior (Figura 7), evita a ocorrência de retrações cicatriciais nesta região, minimizando a ocorrência de necroses e melhorando a qualidade da cicatriz por redução da tensão de tração sobre os tecidos (Figuras 8A e 8B).



Figura 7. Reconstituição dos planos anatômicos.

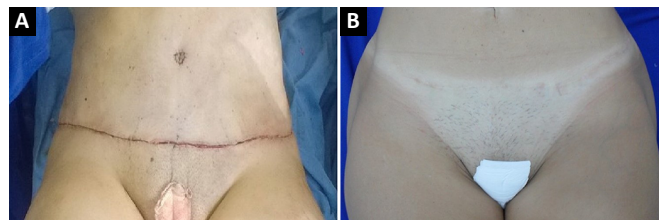


Figura 8. A: Pós-operatório imediato; B: Pós-operatório de 6 meses.

COLABORAÇÕES

RC Aprovação final do manuscrito; realização das operações e/ou experimentos.

BVBLC Aprovação final do manuscrito; realização das operações e/ou experimentos.

REFERÊNCIAS

1. Baroudi R, Ferreira CA. Contouring the hip and the abdomen. *Clin Plast Surg*. 1996;23(4):551-72.
2. Pitanguy I, Salgado F, Murakami R, Radwanski HN, Mauad Junior R. Abdominoplastia: classificação e técnicas cirúrgicas. *Rev Bras Cir*. 1995;85(1):23-44.
3. Hakme F. Technical details in the lipoaspiration associated with liposuction. *Rev Bras Cir*. 1985;75(5):331-7.
4. Saldanha OR, Federico R, Doi M. Lipoabdominoplasty: Saldanha's Technique In: Aston SJ, Walden J, Steinbrech DS, eds. *Aesthetic Plastic Surgery*. 1st ed. New York: Elsevier Health Sciences; 2009. p. 757-64.
5. Franco FF, Basso RCF, Tincani AJ, Kharmandayan P. Complicações em lipoaspiração clássica para fins estéticos. *Rev Bras Cir Plást*. 2012;27(1):135-40. DOI: <http://dx.doi.org/10.1590/S1983-51752012000100023>

*Autor correspondente:

Roney Campos

Av. João Cesar de Oliveira, 1298, sala 605 - Eldorado - Contagem, MG, Brasil

CEP 32310-000

E-mail: roneycampos66@hotmail.com