



Lifting do púbis após grande perda ponderal

Lifting of the mons pubis after massive weight loss

FERNANDO SANFELICE ANDRÉ¹,
BRUNA JACOBOWSKI²,
RAPHAEL S. SANFELICE ANDRÉ³

RESUMO

Introdução: O presente artigo descreve o planejamento cirúrgico, as condutas de pré e pós-operatório, e os resultados do lifting púbico em pacientes ex-obesos, submetidos ou não à Gastroplastia, que apresentavam grande flacidez cutânea e excesso adiposo do púbis. **Método:** Duzentos e dezoito pacientes foram submetidos à cirurgia no período de maio de 2005 a agosto de 2012. O Lifting pubiano foi realizado conjuntamente com a Abdominoplastia em âncora. O púbis foi elevado por meio de pontos posicionados 2 a 3 cm acima de sua posição original, na aponeurose dos retos abdominais. Vetores de tração foram direcionados do centro do púbis para cima e para os flancos e os retalhos abdominais foram tracionados para a linha média do abdome. Nenhuma complicação significativa foi observada que pudesse comprometer o resultado final.

Resultados: A elevação do púbis, a correção do formato e a ressecção, dos excessos adipocutâneos, foram alcançadas em todos os casos, trazendo satisfação aos pacientes. **Conclusão:** Considerando-se a deformidade pubiana após grandes perdas ponderais e os resultados obtidos, os procedimentos adotados mostraram-se seguros, facilmente reproduzíveis e estáveis a longo prazo.

Descritores: Púbis/Cirurgia. Procedimentos Cirúrgicos Reconstructivos. Obesidade Mórbida.

ABSTRACT

Introduction: This article describes the surgical planning, conducts pre and post operatively, results in the Lifting Pubic ex-obese patients submitted to gastroplasty or not, that feature large sagging skin and excess fat from the pubis. **Method:** Two hundred and eighteen patients underwent surgery from May 2005 to August 2012. The pubic lifting was held in conjunction with the Anchor Abdominoplasty. The pubis was raised through points positioned 2-3 cm above its original position in the aponeurosis of the muscles rectus abdominis. Traction lines were directed from the center to up and the sides of the pubis and abdominal flaps were pulled to the midline of the abdomen. No significant complication was observed, which could compromise the final result. **Results:** The elevation of the pubis, the correct shape and resection of excess adipocutaneous were achieved in all cases, bringing satisfaction to patients. **Conclusion:** Considering the pubic de-

Trabalho realizado no Serviço de
Cirurgia Plástica da Obesidade,
Hospital Regional Hans Dieter
Schmidt – Joinville, SC, Brasil.

Artigo submetido: 01/08/2013
Artigo aceito: 01/09/2013

DOI: 10.5935/2177-1235.2013RBCP0627

1. Membro Titular da SBCP e FILACPS. Coordenador da Cirurgia Plástica do HRHDS - Joinville - SC.
2. Médica residente R2 - Cirurgia Geral HRHDS - Joinville - SC. Médica Residente.
3. Acadêmico de Medicina 3o. Período - Faculdade Evangélica de Medicina de Curitiba - PR. Acadêmico de Medicina.

formity after massive weight loss, and the results obtained, the procedures adopted proved to be safe, easily reproducible and stable over the long term.

Keywords: Pubic Bone/Surgery. Reconstructive Surgical Procedures. Obesity, Morbid. Surgical Flaps.

INTRODUÇÃO

Os pacientes submetidos à Gastroplastia¹ ou a severos regimes dietéticos apresentam, após a redução ponderal, importantes deformidades corporais. A ptose do púbis é uma delas. Essa deformidade apresenta-se como um grande excesso de pele, aumento da camada adiposa e ptose de ambos os componentes, com consequente perda do seu formato natural (Fig. 1).



Figura 1 - Ptose do púbis após perda ponderal.

Essa deformidade causa aos pacientes inúmeros transtornos no cotidiano: dificuldades na vida social, no trabalho, exposição exagerada do púbis, com o uso de vestes mais justas, e na vida íntima do casal. Poucos autores dedicaram estudos sobre essa região anatômica isoladamente e seu tratamento²⁻⁴.

Outros autores descreveram o tratamento do abdome pós-gastroplastia, com poucas referências ao tratamento do púbis⁵⁻¹⁵. Definimos o padrão ideal do Púbis: formato em V, ou Delta invertido, sem cicatrizes, coxim adiposo moderado. Com o padrão definido (Fig. 2), seguimos uma rotina para tratamento dessa deformidade corporal, a fim de atingir o formato "ideal" do púbis.



Figura 2 - Formato natural do púbis.

MÉTODO

Foram submetidos à cirurgia 218 pacientes, sendo sete masculinos e 211 femininos. Desses pacientes, 207 foram submetidos à Gastroplastia Fobi-Capella por via aberta e 11 obtiveram redução ponderal após dieta severa. Os pacientes foram fotografados com o intuito de avaliação e comparação dos formatos pré e pós-operatório. As formas do púbis eram as mais variadas possíveis. A forma a ser atingida era em V, ou delta invertido. Foi medida a distância da fúrcula vulvar até a prega abdominal suprapúbica no pré-operatório, que se encontrava entre 10 a 12 cm, e a distância da mesma até a cicatriz suprapúbica da abdominoplastia após o Lifiting pubiano, entre 7 a 8 cm.

Todos os pacientes seguiram rigorosamente o protocolo do serviço.

Conduta pré-operatória / Protocolo do serviço

Adotamos os seguintes critérios para a realização das cirurgias plásticas pós-gastroplastias: Os pacientes somente são agendados para cirurgia plástica após liberação da equipe multidisciplinar (cirurgião bariátrico, psicólogo, nutricionista, endocrinologista, hematologista, anestesiológico). Os pacientes deveriam ter sido submetidos à gas-

troplastia há pelo menos 1 ano, o IMC deveria estar em 30 ou abaixo deste índice, o peso estabilizado há 6 meses e os exames laboratoriais normais. A avaliação laboratorial foi rigorosa. Alguns parâmetros são imprescindíveis:

Hemograma: EO > 3.000, HB > 10, HT > 30, Albumina > 3, Ferritina > 50, TAP > 70 %, Função renal normal, ECG nl. Não realizamos cirurgias em pacientes sabidamente tabagistas, devido ao risco aumentado de necrose de extremidade dos retalhos.

Técnica Cirúrgica

A marcação da ressecção do excesso adipocutâneo e a elevação do púbis foram feitas no transoperatório das abdominoplastias, de acordo com o excesso encontrado, após a retirada do retalho abdominal, ressecado em âncora, e da plicatura dos Retos Abdominais (Fig. 3). Tractionamos e fixamos o retalho abdominal na linha media do abdome. O púbis foi tracionado cranialmente e para os flancos. Uma linha para elevação do púbis foi marcada com azul de metileno, 2 a 3 cm acima da posição original do púbis na aponeurose dos retos abdominais (Fig. 4).

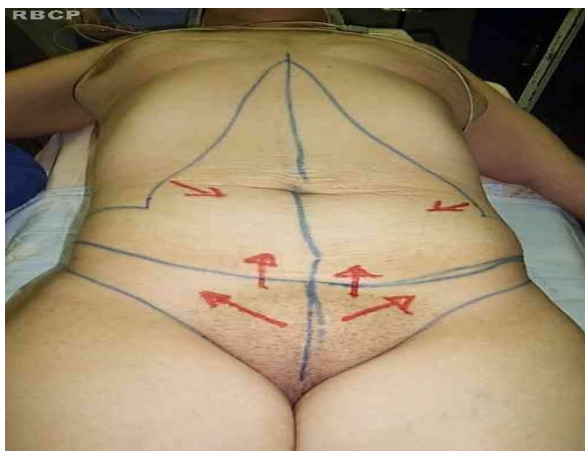


Figura 3 - Vetores de tração do retalho abdominal e do púbis.

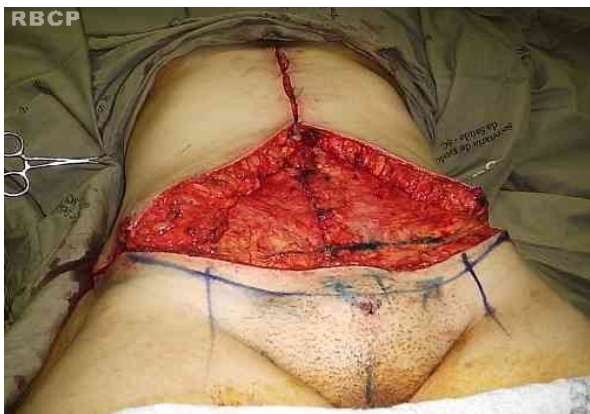


Figura 4 - Marcação da ressecção do excesso pubiano.

Pontos invertidos foram ancorados na aponeurose dos retos abdominais, fixando-se o púbis em uma posição mais alta, cranialmente e para os flancos (Fig. 5). Procuramos manter a distância da fúrcula vulvar até a cicatriz abdominal inferior em 7/8 cm (Figs. 6 e 7).



Figura 5 - Linha de suspensão do púbis, 3 cm acima da posição original.



Figura 6 - Púbis elevado e fixado na aponeurose dos retos abdominais.



Figura 7 - Distância da fúrcula vulvar até a cicatriz abdominal inferior.

Em alguns casos, a flacidez do púbis era tão importante que foi necessária uma ressecção adicional de pele na linha da virilha, em forma de V. Eventualmente, utilizamos o recurso da Lipoaspiração para diminuir a projeção ântero-posterior do púbis, nos casos de importante excesso adiposo. O fechamento da ferida operatória foi feita em três planos, utilizando-se fios de nylon monofilamentar 3-0 profundamente, nylon monofilamentar 4-0 na derme e sutura cutânea com Monocryl 3-0. Utilizamos drenos de aspiração a vácuo, do tipo Suctor, e drenos Penrose em todos os casos (Fig. 8). A ferida foi coberta com pomada antibiótica, ocluída com gazes e fixada com fita microporosa. Foram utilizadas as anestésias: Peridural em 191 casos, Raquidiana em 20 casos, Geral em 7 casos.



Figura 8 - Suturas completadas e drenagem.

Conduitas no pós-operatório

De rotina adotamos ATB profilática: cefazolina 2 g intra-op e por mais 2/3 dias, durante a internação. Cefalexina 2 g/dia por 5 dias após a alta hospitalar. Sondagem vesical de demora foi mantida por 24 horas. A deambulação foi liberada e estimulada no 1º. PO. Os drenos Suctor foram retirados com um débito diário inferior a 50 ml. Os drenos de Penrose foram retirados no mesmo momento dos drenos tipo Suctor. Não foram utilizados anticoagulantes de rotina, mas indicados nos casos de riscos de TEP e TVP, de acordo com os protocolos aceitos. Os curativos foram diários na internação e a cada 3 dias após a alta hospitalar. Os curativos foram mantidos por 60 dias, somente com fita Microporosa. Recomendou-se repouso por 30 dias, além de uso contínuo de faixas compressivas ou macaquinhos elásticos por até 90 dias. As atividades físicas mais intensas foram liberadas após 60

dias.

RESULTADOS

Nossos resultados foram satisfatórios. Obtivemos a correção da deformidade do púbis, mediante a fixação superior do púbis e a ressecção dos excessos de pele e gordura. A melhora do formato pubiano e sua elevação, em relação à posição original, foram comprovadas pela comparação das fotos de pré e pós-operatório. Comparamos, também, a distância da fúrcula vulvar até a cicatriz inferior da abdominoplastia com a posição da mesma no pré-operatório. As distâncias da rima vulvar até a prega suprapúbica eram, em média, de 10 cm; no pós-operatório, estavam em 7/8 cm. Os pacientes ficaram satisfeitos com o resultado final (Figs. 9AB - 15AB). As complicações estavam relacionadas com a cirurgia maior (Abdominoplastia em âncora). Como complicações ocorreram: seromas (25 casos), hipertrofia, alargamento cicatricial ou queloides (cinco casos); necroses parciais da extremidade do retalho abdominal (quatro casos); infecção: Nenhum caso; deiscências parciais de sutura (quatro casos - Fig. 16 A/B).



Figura 9A - Visão pré-operatória. **Figura 9B** - Visão pós-operatória, 60 dias.



Figura 10A - Visão pré-operatória. **Figura 10B** - Visão pós-operatória, 2 anos.



Figura 11A - Visão pré-operatória. **Figura 11B** - Visão pós-operatória 60 dias.



Figura 12A – Visão pré-operatória. **Figura 12B** - Visão pós-operatória 1 ano.



Figura 13A – Visão pré-operatória. **Figura 13B** - Visão pós-operatória 60 dias



Figura 14A – Visão pré-operatória. **Figura 14B** - Visão pós-operatória 2 anos.



Figura 15A – Visão pré-operatória. **Figura 15B** - Visão pós-operatória 3 anos.



Figura 16A - Deiscência parcial de sutura. **Figura 16B** - Deiscência parcial de sutura.

DISCUSSÃO

A ptose do púbis pode ser considerada como deformidade corporal após o advento da Cirurgia Bariátrica. Poucos artigos trataram desse assunto anteriormente, fazendo referência exclusiva ao púbis²⁻⁴. Ao nos depararmos com as queixas dos pacientes, nos vimos obrigados a procurar uma solução aceitável para esse problema. Após resultados insatisfatórios do formato pubiano, resultante da Abdominoplastia em Âncora, observamos que alguns detalhes no planejamento da Abdominoplastia em Âncora poderiam deixar o púbis com aspecto agradável ao paciente. Os detalhes principais eram os vetores de tração do retalho abdominal e do púbis. Esses vetores de tração deveriam ter direções opostas, além de uma fixação do púbis em uma posição mais alta nos retos abdominais. O vetor de tração dos retalhos abdominais seria para a porção central do abdome e o do púbis cranialmente, e para a lateral do abdome, obtendo-se um formato em V, ou Delta invertido. Grandes excessos adiposos do púbis, no entanto, exigiram mais refinamentos, tais como lipoaspiração adicional e/ou ressecção do excesso cutâneo nas extremidades laterais do púbis, em direção à prega inguinal. Eventualmente, um segundo tempo cirúrgico é necessário para corrigir excessos ainda presentes. Não achamos conveniente ressecções verticais de pele e gordura na porção central do púbis.

CONCLUSÃO

Considerando-se a importante deformidade pubiana apresentada pelos pacientes ex-obesos, a abordagem por nós utilizada atingiu seu objetivo. Conseguimos obter um formato satisfatório do púbis: formato em V ou Delta invertido, com redução do excesso de pele e do tecido adiposo. Nossa conduta mostrou-se segura, eficaz, facilmente reproduzível e estável a longo prazo.

Fernando Sanfelice André
 Rua Osvaldo Cruz, 128, Bairro Boa Vista
 CEP: 89205-240 - Joinville, SC, Brasil.

REFERÊNCIAS

1. Capella JF, Capella RF. The weight reduction operation of choice: vertical banded gastroplasty or gastric bypass? Am J Surg. 1996;171(1):74-9.

2. Kaluf R, Araujo GAZ, Martins DL, Campos LCB, Magalhães RC, Santos Júnior AJ. Tratamento da região pubiana na abdominoplastia de pacientes após grande perda ponderal. *Rev Bras Cir Plást.* 2008;23(4):302-4.
3. Alter GJ. Management of the mons pubis and labia majora in the massive weight loss patient. *Aesthet Surg J.* 2009;29(5):432-42.
4. Nóbrega SS, Silva HLA. Rejuvenescimento da região pudenda, associada ou não à dermolipectomia abdominal. *Rev Bras Cir Plast.* 2009;24(3):351
5. Baroudi R, Ferreira CA. Seroma: how to avoid it and how to treat it. *Aesthet Surg J.* 1998;18(6):439-41.
6. Bozola AR, Psillakis JM. Abdominoplasty: a new concept and classification for treatment. *Plast Reconstr Surg.* 1988;82(6):983-93.
7. Soundararajan V, Hart NB, Royston CM. Abdominoplasty following vertical banded gastroplasty for morbid obesity. *Br J Plast Surg.* 1995;48(6):423-7.
8. Pitanguy I, Gontijo de Amorim NF, Radwanski HN. Contour surgery in the patient with great weight loss. *Aesthetic Plast Surg.* 2000;24(6):406-11.
9. Roxo CDP, Pinheiro O, Almeida D. Abdominoplastia multifuncional. *Rev Bras Cir Plast.* 2004;19(3):64-74.
10. Borud LJ, Warren AG. Modified vertical abdominoplasty in the massive weight loss patient. *Plast Reconstr Surg.* 2007;119(6):1911-21.
11. Hurwitz DJ, Zewert T. Body contouring after bariatric surgery. *Op Tech Plast Surg.* 2002;(1):87-97.
12. Cintra W Jr, Modolin ML, Gemperli R, Gobbi CI, Faintuch J, Ferreira MC. Quality of life after abdominoplasty in women after bariatric surgery. *Obes Surg.* 2008;18(6):728-32.
13. Wallach SG. Abdominal contour surgery for the massive weight loss patient: the fleur-de-lis approach. *Aesthet Surg J.* 2005;25(5):454-65.
14. Savage RC. Abdominoplasty following gastrointestinal bypass surgery. *Plast Reconstr Surg.* 1983;71(4):500-9.
15. Ramirez O. U-M abdominoplasty. *Aesthetic Surg J.* 1999;19(4):279-86.