



Onfaloplastia em triângulo isósceles e com dupla fixação na abdominoplastia

Omphaloplasty based on an isosceles triangle with double fixation in abdominoplasty

RONEY CAMPOS^{1,2*}
BRUNO VICTOR BARBOSA LEONCIO
CAMPOS³

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

Artigo submetido: 6/4/2017.
Artigo aceito: 27/11/2018.

Conflitos de interesse: não há.

DOI: 10.5935/2177-1235.2019RBCP0007

■ RESUMO

Introdução: Na abdominoplastia convencional, a cicatriz do novo umbigo representa o ponto de maior desafio. Em sua execução, já foram descritas e utilizadas várias técnicas e táticas cirúrgicas, com resultados nem sempre satisfatórios, sob o ponto de vista do paciente e também do médico. O objetivo é demonstrar a aplicabilidade e satisfação com a onfaloplastia em triângulo isósceles e com dupla fixação na abdominoplastia. **Métodos:** Foram selecionadas 97 pacientes do sexo feminino, com idades entre 25 e 65 anos. Todas foram submetidas à dermolipectomia abdominal clássica associada à lipoaspiração moderada de todo abdome anterior e flancos e avaliadas com 90, 180 e 360 dias pós-operatórios, pelo mesmo cirurgião. **Resultados:** Observou-se um índice de resultados satisfatórios das cicatrizes umbilicais na maioria dos casos (92,8%). Algumas cicatrizes umbilicais apresentaram estenoses (3,1%) e outras, cicatrizes inestéticas (4,1%). Não se observaram necroses. **Conclusão:** A utilização desta técnica demonstrou ser eficaz, de fácil execução e com resultados muito satisfatórios na estética da cicatriz umbilical nas dermolipectomias abdominais.

Descritores: Lipoaspiração; Abdominoplastia; Abdome; Umbigo; Cicatriz.

¹ Sociedade Brasileira de Cirurgia Plástica, São Paulo, SP, Brasil.

² Universidade Estadual de Montes Claros, Montes Claros, MG, Brasil.

³ Faculdade de Medicina de Petrópolis, Faculdade Arthur Sá Earp Neto, Petrópolis, RJ, Brasil.

■ ABSTRACT

Introduction: In conventional abdominoplasty, the creation of a new umbilical scar is challenging. Several surgical techniques and approaches have previously been described and applied, but not always with satisfactory results. The objective is to demonstrate the applicability and satisfaction with omphaloplasty based on an isosceles triangle with double fixation in abdominoplasty. **Methods:** The study included 97 female patients aged between 25 and 65 years. All underwent classic abdominal dermolipectomy with moderate abdominal liposuction of the entire anterior abdomen and flanks by the same surgeon and were evaluated at 90, 180, and 360 days postoperatively. **Results:** Patients were satisfied with the umbilicus in most cases (92.8%). Some umbilical scars had contracted (3.1%) and others appeared unsightly (4.1%). No necrosis was observed. **Conclusion:** This technique was effective and easy to perform, with satisfactory umbilical scar aesthetic outcomes in abdominal dermolipectomy.

Keywords: Liposuction; Abdominoplasty; Abdomen; Umbilicus; Scar.

INTRODUÇÃO

A abdominoplastia ou dermolipectomia abdominal é um dos procedimentos cirúrgicos mais executados na Cirurgia Plástica e foi descrita há mais de um século por Kelly¹, em 1899.

A lipoaspiração foi associada à dermolipectomia abdominal por Avelar², em 1998, e posteriormente associada definitivamente como rotina por outros autores³⁻⁶.

Apesar da evolução das diversas técnicas e adaptações neste procedimento, ainda não se conseguiu uma unanimidade na confecção da cicatriz umbilical, continuando a ser um dos maiores desafios na harmonia da plástica abdominal.

Historicamente, a cicatriz umbilical divide o corpo humano exatamente ao meio, conforme Marcus Vitruvius⁷, arquiteto romano, que teve seu desenho aperfeiçoado por Leonardo da Vinci, em 1490. O desenvolvimento da onfaloplastia iniciou-se em 1924, quando Frist⁸ realizou a primeira transposição de umbigo. Muitas formas, a partir daí, foram utilizadas na tentativa de melhor se assemelhar a onfaloplastia à cicatriz original.

Na década de 70, Baroud⁹ e Regnaud⁷ usaram incisões horizontais no retalho abdominal, enquanto Avelar¹⁰, em 1978, a incisão em estrela.

Várias técnicas foram descritas: Juri et al.¹¹ defendiam incisão em forma de V, Massiha et al.¹² adicionaram uma incisão umbilical circular e uma

triangular no retalho abdominal, Malic et al.¹³ já utilizavam uma incisão em U invertido no retalho e, ainda, a de Castillo et al.¹⁴, que utilizavam retalhos de pele desepitelizados em forma de Y.

Vários autores^{2,7,8,9,13,15} dispuseram das mais diversas formas geométricas (estrela de “Mercedes”, losangos, elipses, cruzes, retângulos, forma de escudo, infinito, forma de Y) na tentativa de obtenção de um resultado mais natural na confecção da cicatriz umbilical, sem que haja ainda um consenso da melhor técnica.

OBJETIVO

Demonstrar a aplicabilidade e satisfação com a onfaloplastia em triângulo isósceles com dupla fixação na abdominoplastia clássica.

MÉTODOS

Foram selecionadas 97 pacientes do gênero feminino, com idade média de 45 anos, (25 anos a 65 anos), no período de janeiro de 2014 a dezembro de 2015.

As cirurgias foram executadas no STK-Núcleo de Cirurgia Plástica em Belo Horizonte, MG, pelo mesmo cirurgião.

Todas as pacientes se submeteram aos mesmos cuidados no pré, trans e pós-operatórios.

Na execução deste trabalho foram seguidas as orientações dos princípios de Helsinque.

Técnica cirúrgica

Promove-se liberação do umbigo do retalho abdominal através de uma incisão triangular, de forma isósceles, com base superior medindo 2 cm e arestas medindo 2,5 cm (Figura 1A e B).

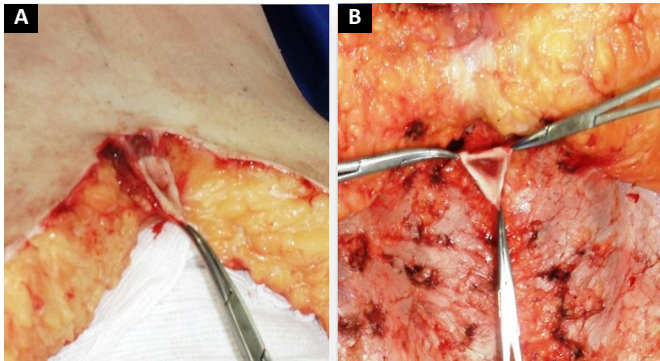


Figura 1. A: Demarcação da cicatriz umbilical, ainda aderida no retalho abdominal; **B:** Cicatriz umbilical base superior medindo 2cm e arestas medindo 2,5cm.

O retalho abdominal foi fixado provisoriamente na região suprapúbica (Figura 2).

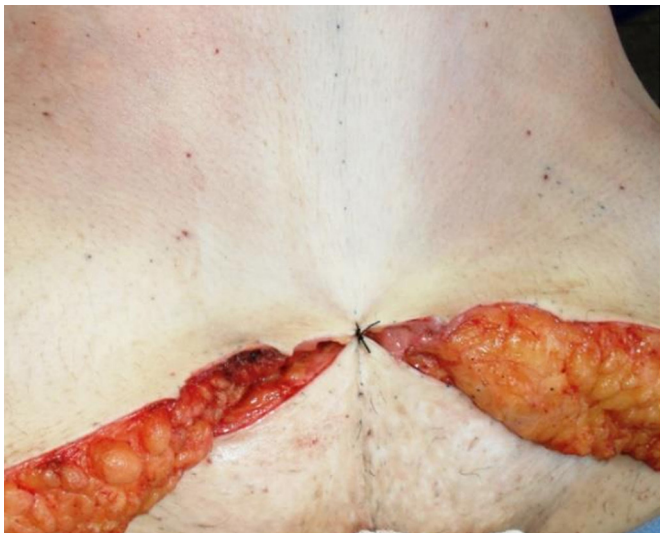


Figura 2. Fixação provisória do retalho dermogorduroso na região púbica.

A demarcação do novo sítio de implantação do umbigo iniciou-se com uma incisão retilínea, horizontal, de 2 cm no retalho abdominal, no local de projeção da cicatriz umbilical original na pele (Figura 3).

Retira-se, então, um triângulo de aproximadamente 0,5 cm do terço médio da borda inferior desta incisão (Figura 4 A e B).

Uma vez feita a incisão na pele para o novo sítio umbilical, soltou-se o ponto de fixação do retalho à região suprapúbica. Este retalho foi levantado com a exposição da área de descolamento e do umbigo.



Figura 3. Incisão retilínea, horizontal de 2cm, no retalho abdominal ao nível da projeção da cicatriz umbilical original na pele.

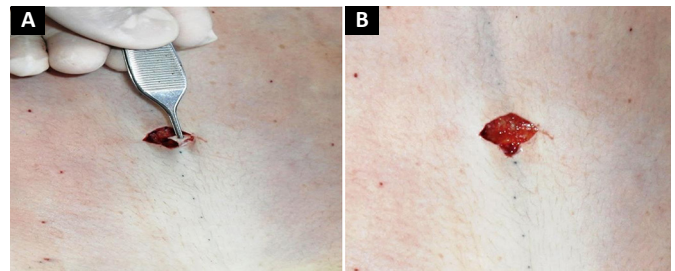


Figura 4. A e B: Retirada de um triângulo de aproximadamente 0,5cm do terço médio da borda inferior desta incisão.

Efetua-se a fixação com nylon monofilamentar 3-0, entre a região mediana da derme da borda superior da nova incisão umbilical com a aponeurose dos retos abdominais na base superior do pedículo umbilical (Figuras 5 e 6).

A seguir, uniu-se com um ponto em U, transcutâneo, a porção superior da nova incisão umbilical à porção superior do umbigo (Figura 7), com o nó para dentro do umbigo.

Transfere-se o umbigo através da incisão no retalho abdominal (Figura 8)

Fixam-se os ângulos do triângulo umbilical aos ângulos correspondentes da incisão no retalho com nylon monofilamentar 4-0 (Figura 9).

Concluiu-se a sutura da cicatriz umbilical em seu novo sítio, com pontos separados em U, utilizando-se nylon monofilamentar 4-0 com os nós para dentro da cicatriz umbilical (Figura 10).

Para finalizar, fixa-se a porção inferior da nova incisão umbilical no retalho abdominal à aponeurose dos retos abdominais na porção caudal do pedículo umbilical, evitando-se o deslocamento do umbigo no pós-operatório e minimizando a tração sobre a cicatriz umbilical (Figura 11).

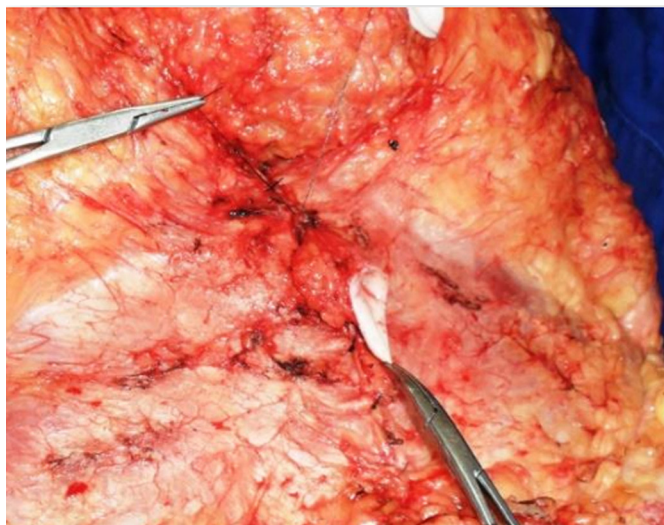


Figura 5. Ponto de fixação, com nylon monofilamentar 3-0 entre a região mediana da derme na porção superior da incisão do umbigo com a aponeurose dos retos abdominais.

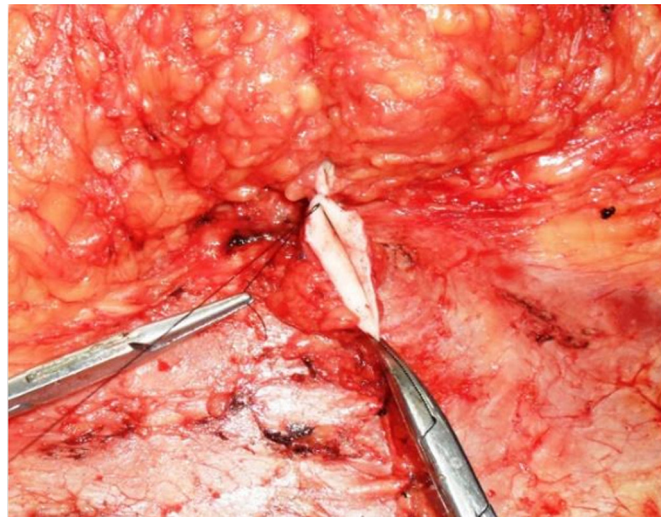


Figura 7. Ponto em U, transcutâneo, unindo-se à porção central da base do umbigo na região subdérmica da porção superior da incisão do umbigo.



Figura 6. Fixação do retalho abdominal superior à base céfalica do coto umbilical.

O retalho abdominal foi então tracionado até a linha suprapúbica para sua fixação definitiva. Foi utilizada órtese umbilical de silicone em todas as pacientes.

RESULTADOS

As 97 pacientes submetidas à dermolipectomia abdominal clássica, com onfaloplastia em triângulo isósceles com dupla fixação, foram acompanhadas pelo período de até 12 meses. A avaliação foi feita pelas próprias pacientes, por meio de um questionário (Tabela 1), entregue às mesmas no término de um ano, em que foi relacionado o grau de satisfação da cicatriz da abdominoplastia, umbilical e se indicariam a cirurgia

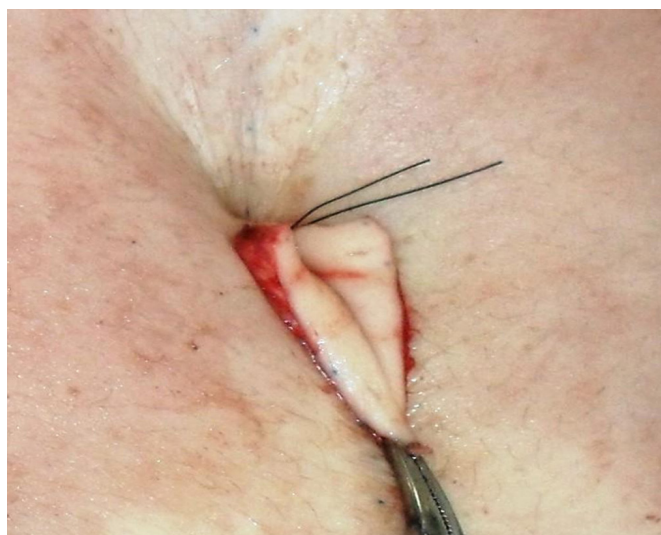


Figura 8. Transferência do umbigo através da incisão do retalho abdominal.

a uma amiga; também foram estimuladas a anotarem alguma observação relativa à cirurgia em questão.

Obtivemos 85,5% das pacientes muito satisfeitas com o resultado final do procedimento, 8,2% satisfeitas e 6,1% pouco satisfeitas. Com relação à cicatriz umbilical, 82,5% se sentiram muito satisfeitas, 10,3% satisfeitas e 7,2% pouco satisfeitas.

No quadro de alguma observação, apenas 11 pacientes relataram sobre o tamanho da cicatriz da abdominoplastia e 18 queixaram da dor acentuada no pós-operatório.

O cirurgião acompanhou o pós-operatório aos 90, 180 e 360 dias, sendo que, após um ano, avaliou a cicatriz umbilical com relação à posição no abdômen, tipos de cicatrizes (atróficas, hipertróficas, estenoses) e profundidade, sendo que o resultado geral se mostrou



Figura 9. Fixação dos ângulos do triângulo umbilical aos ângulos da incisão cutânea.

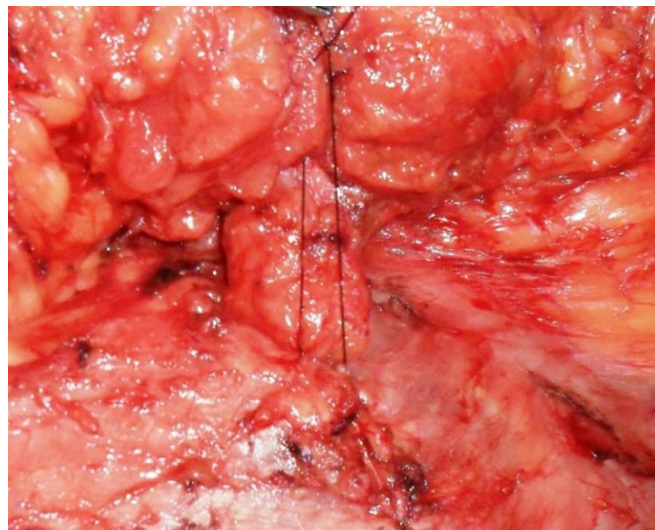


Figura 11. Fixação da porção infraumbilical do retalho abdominal às aponeuroses dos retos abdominais na porção caudal do coto umbilical.



Figura 10. Sutura da cicatriz umbilical em seu novo leito com pontos separados em U.

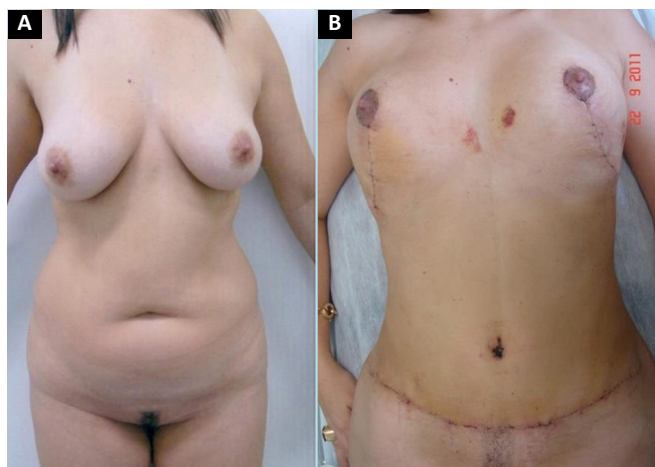


Figura 12. A: pré-operatório; B: Pós-operatório imediato.

bastante satisfatório, com baixo índice de complicações, nestas 97 pacientes submetidas à abdominoplastia (Figuras 12, 13, 14, 15).

As complicações encontradas estão no Tabela 2.

DISCUSSÃO

O grau de satisfação nos resultados das abdominoplastias geralmente é alto e ocorre pela

Tabela 1. Descrição dos resultados obtidos em número e correspondente porcentagem do grau de satisfação das pacientes e se indicariam ou não a cirurgia para outras amigas.

	Muito Satisfeita	%	Satisfeita	%	Pouco Satisfeita	%	Sim	%	Não	%
Como você classificaria a cicatriz do abdômen?	83	85,5	08	8,2	06	6,1				
Como você classificaria a cicatriz do umbigo?	80	82,5	10	10,3	07	7,2				
Você indicaria a cirurgia a uma amiga?							92	94,8	05	5,1
Coloque alguma observação que achar pertinente										

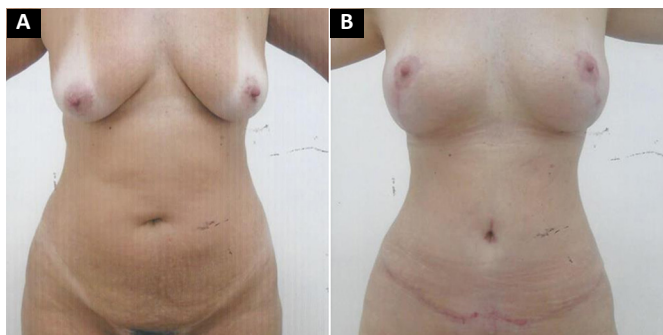


Figura 13. A: pré-operatório; B: Pós-operatório de 3 meses.

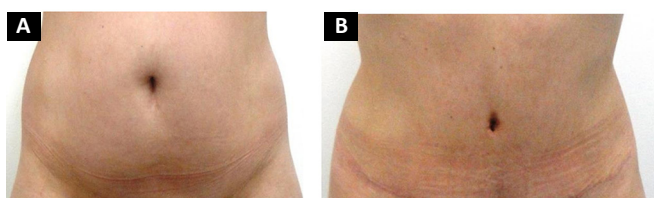


Figura 14. A: pré-operatório; B: Pós-operatório de 6 meses.

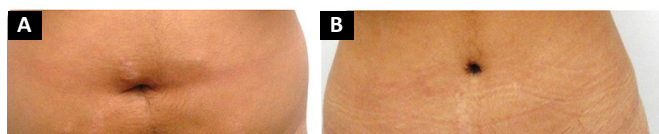


Figura 15. A: pré-operatório; B: Pós-operatório de 12 meses.

Tabela 2. Complicações.

Complicações	Quantidade	Percentual
Estenoses	03	3,09%
Cicatrizes Hipertróficas	02	2,06%
Cicatrizes Atróficas	02	2,06%
Necrose	00	0%

melhora observada quando se compara o resultado ao estado pré-operatório, comprometido pela multiparidade e variações acentuadas de peso corporal.

Uma cicatriz umbilical de má qualidade compromete a satisfação da paciente pela abdominoplastia, o que se torna um desafio para o cirurgião plástico a escolha de uma técnica adequada, dentre as diversas já descritas na literatura médica.

Nesta técnica, acreditamos que os pontos de fixação do retalho abdominal à aponeurose dos retos abdominais, superior e inferiormente ao umbigo evita a tração sobre a cicatriz umbilical, favorecendo o processo cicatricial e promovendo uma evolução de modo natural, com resultados bastante aceitáveis e muito semelhantes a uma cicatriz umbilical ideal.

As sete pacientes que relataram pouca satisfação com relação à cicatriz umbilical tiveram as mesmas refinadas cirurgicamente em um segundo tempo operatório. Neste grupo, incluiu-se as duas pacientes

com cicatriz alargada, duas pacientes com cicatriz hipertrófica e três pacientes com estenoses. Outra paciente com estenose não relatou descontentamento (avaliação feita somente pelo cirurgião). Todas as outras pacientes relataram estar satisfeitas ou muito satisfeitas com a cicatriz umbilical.

As cinco pacientes que relataram não indicar a cirurgia a outras amigas especificaram que, mesmo orientadas no pré-operatório, acreditavam que a cicatriz ficaria menor. Elas fizeram parte das oito pacientes com pouca satisfação com a cicatriz abdominal.

Com relação a alguma observação, somente 11 pacientes relataram que, mesmo sendo orientadas sobre as cicatrizes, elas imaginavam que ficariam diferentes. Outras 18 relataram sobre a dor pós-operatória.

CONCLUSÃO

A onfaloplastia em triângulo isósceles e com dupla fixação mostrou-se de fácil execução, atingindo resultados mais naturais, anatômicos e satisfazendo as pacientes.

COLABORAÇÕES

RC

Análise e/ou interpretação dos dados; análise estatística; aprovação final do manuscrito; concepção e desenho do estudo; realização das operações e/ou experimentos; redação do manuscrito ou revisão crítica de seu conteúdo.

BVBLC

Análise e/ou interpretação dos dados; análise estatística; redação do manuscrito ou revisão crítica de seu conteúdo.

REFERÊNCIAS

- Kelly HA. Report of gynecological cases (excessive growth of fat). Johns Hopkins Med J. 1899;10:197-201.
- Avelar JM. Uma nova técnica de abdominoplastia: sistema vascular fechado de retalho subdérmico dobrado sobre si mesmo, combinado com lipoaspiração. Rev Bras Cir. 1999;88/89(1/6):3-20.
- Fournier PF, Otteni F. Treatment of localized lipodystrophies by aspiration. Chir Esthetic. 1982;59(2):73-8.
- Klein JA. Tumescent technique for regional anesthesia permits lidocaine doses of 35 mg/kg for liposuction. J Dermatol Surg Oncol. 1990;16(3):248-63. DOI: <https://doi.org/10.1111/j.1524-4725.1990.tb03961.x>
- Carvalho GB, Ribeiro VMN, Barbosa RCC, Coelho EM, Ferreira AC. Lipoaspiração. Res Hosp Geral Fortaleza. 2003;12(2):23-4.
- Saldanha OR, De Souza Pinto EB, Mattos WN Jr, Pazetti CE, Lopes Bello EM, Rojas Y, et al. Lipoabdominoplasty with selective and safe undermining. Aesthetic Plast Surg. 2003;27(4):322-7. PMID: 15058559 DOI: <https://doi.org/10.1007/s00266-003-3016-z>
- Regnault P. The history of abdominal dermolipectomy. Aesthetic Plast Surg. 1978;2(1):113-23. DOI: <https://doi.org/10.1007/BF01577945>
- Castro DPR, Saldanha OR, Pinto EBS, Albuquerque FM, Moia SMS. Avaliação estética da cicatriz umbilical em duas técnicas de onfaloplastia. Rev Bras Cir Plást. 2014;29(2):248-52.

9. Baroudi R. Umbilicoplasty. *Clin Plast Surg*. 1975;2(3):431-48.
10. Avelar J. Abdominoplasty-Systematization of a technique without external umbilical scar. *Aesthetic Plast Surg*. 1978;2(1):141-51. DOI: <https://doi.org/10.1007/BF01577947>
11. Juri J, Juri C, Raiden G. Reconstruction of the umbilicus in abdominoplasty. *Plast Reconstr Surg*. 1979;63(4):580-2. PMID: 424470 DOI: <https://doi.org/10.1097/00006534-197904000-00032>
12. Massiha H, Montegut W, Phillips R. A method of reconstructing a natural-looking umbilicus in abdominoplasty. *Ann Plast Surg*. 1997;38(3):228-31. DOI: <https://doi.org/10.1097/00000637-199703000-00007>
13. Malic CC, Spyrou GE, Hough M, Fourie L. Patient satisfaction with two different methods of umbilicoplasty. *Plast Reconstr Surg*. 2007;119(1):357-61. PMID: 17255693 DOI: <https://doi.org/10.1097/01.prs.0000244907.06440.f8>
14. Castillo PF, Sepúlveda CA, Prado AC, Troncoso AL, Villamán JJ. Umbilical reinsertion in abdominoplasty: technique using deepithelialized skin flaps. *Aesthetic Plast Surg*. 2007;31(5):519-20. DOI: <https://doi.org/10.1007/s00266-006-0225-2>
15. López-Tallaj L, Gervais J. Restauração umbilical na abdominoplastia: uma simples técnica retangular. *Rev Bras Cir Plást*. 2001;16(3):39-46.x

Autor correspondente:*Roney Campos**

Av João César de Oliveira, nº 1298, sala 605 - Eldorado, Contagem, MG, Brazil

CEP 32310-000

E-mail: roneycampos66@hotmail.com