

Lipoabdominoplastia: redução das complicações em cirurgias abdominais

Lipoabdominoplasty: reduction of complications in abdominal surgery

OSVALDO RIBEIRO SALDANHA¹
 DANIEL MELO DE AZEVEDO²
 SÉRGIO FERNANDO DANTAS
 DE AZEVEDO²
 DÉBORAH VAZI RIBEIRO²
 ELISA NAGASSAKI²
 PAULO GONÇALVES JUNIOR²
 OSVALDO RIBEIRO SALDANHA
 FILHO²
 CRISTIANNA BONETTO
 SALDANHA³

RESUMO

Introdução: As deformidades estéticas e funcionais do abdome sempre representaram um grande desafio na Cirurgia Plástica. Em busca de soluções para estes problemas, foi desenvolvida a abdominoplastia, que ao longo dos anos vem apresentando modificações e aperfeiçoamentos, buscando melhores resultados estéticos e funcionais, com menores índices de complicações. A lipoabdominoplastia, desenvolvida em 2000 por Saldanha e publicada em 2001, quando esse termo foi utilizado pela primeira vez na literatura mundial, representa uma opção segura para a associação da lipoaspiração à abdominoplastia. A técnica é baseada na preservação dos vasos perforantes abdominais, ramos das epigástricas profundas superiores e inferiores. **Método:** Foi comparada a incidência de complicações nas abdominoplastias clássicas e a lipoabdominoplastias realizadas no período de janeiro de 1979 a 30 de junho de 2010, na Clínica Saldanha, em Santos - SP. **Discussão:** O descolamento seletivo entre as bordas dos músculos reto abdominais, preconizado pela técnica, promove diminuição da área de descolamento do retalho e preserva os vasos perforantes da parede abdominal, responsáveis por 80% do suprimento sanguíneo da região e, conseqüentemente, diminui o sangramento e os riscos de hematoma, de isquemia e necrose do retalho. **Conclusão:** Associando a abdominoplastia com a lipoaspiração e preconizando um descolamento seletivo com preservação dos vasos perforantes, é possível obter melhores resultados estéticos favoráveis, além de menor morbidade pós-operatória e redução da taxa de revisões cirúrgicas.

Descritores: Abdome/cirurgia. Lipectomia. Cirurgia plástica/métodos.

ABSTRACT

Introduction: The cosmetic and functional deformities of the abdomen always represented a great challenge for plastic surgery. In search of solutions to these problems, we developed the abdominoplasty, which over the years has had modifications and improvements, looking for better cosmetic and functional results, with lower complication rates. Lipoabdominoplasty was developed in 2000 by Saldanha and published in 2001, when that term was first used in the literature, and represents a safe option for the combination of liposuction and abdominoplasty. The technique is based on the preservation of abdominal perforating vessels, branches of the superior and inferior epigastric deep artery. **Methods:** We compared the incidence of complications between the classic abdominoplasty and lipoabdominoplasty carried out from January 1979 to June 30, 2010, at Saldanha's Clinic, in Santos - SP. **Discussion:** The selective displacement between the edges of the rectus abdominis muscles, as advocated by technique, promotes a decrease in the area of detachment of the flap and preserves the abdominal wall perforator vessels account for 80% of the blood supply to the region and, consequently, reduces bleeding and risk of hematoma, and ischemic necrosis of the flap. **Conclusion:** Associating abdominoplasty with liposuction and advocating a selective detachment with preservation of the perforating vessels, it is possible to achieve better cosmetic results and lower postoperative morbidity and reducing the rate of surgical revisions.

Keywords: Abdome/surgery. Lipectomy. Plastic surgery/methods.

Trabalho realizado na Clínica Saldanha, Santos, SP, Brasil.

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

Artigo recebido: 23/2/2011
 Artigo aceito: 30/4/2011

1. Regente de Serviço Credenciado da Sociedade Brasileira de Cirurgia Plástica (SBCP) "Dr. Ewaldo Bolívar de Souza Pinto" – UNISANTA; Diretor do DEC da SBCP, Santos, SP, Brasil.
2. Estagiário do Serviço de Cirurgia Plástica "Dr. Ewaldo Bolívar de Souza Pinto" – UNISANTA; Membro aspirante em treinamento da SBCP, Santos, SP, Brasil.
3. Graduada em Medicina; Estagiária do Serviço de Cirurgia Geral da Santa Casa de Misericórdia de Santos, Santos, SP, Brasil.

INTRODUÇÃO

As deformidades estéticas e funcionais do abdome sempre representaram um grande desafio para a cirurgia plástica. Elas derivam de causas genéticas e adquiridas, como obesidade, perda de peso, gravidez, dentre outras causas. Estão presentes flacidez cutânea, acúmulo localizado de gordura e diástase dos músculos reto abdominais, causando efeitos negativos psicológicos, fisiológicos e estéticos nos pacientes. Em busca de soluções para estes problemas, foi desenvolvida a abdominoplastia, que ao longo dos anos vem apresentando modificações e aperfeiçoamentos, buscando melhores resultados estéticos e funcionais, com menores índices de complicações.

A história demonstra aumento progressivo no descolamento do retalho de 1899 a 1957, quando sua extensão foi padronizada para facilitar a transposição do umbigo¹. Porém, produziu aumento da morbidade devido à redução considerável do aporte sanguíneo do retalho abdominal²⁻⁵, visto que a extensão do descolamento lesa os vasos perfurantes abdominais, que representam 80% do aporte sanguíneo da parede abdominal, de acordo com a literatura⁶. Consequentemente, a vascularização remanescente fica por conta das intercostais, circunflexa e perfurantes lombares, situadas nos flancos e no dorso abdominais⁷.

A lipoabdominoplastia, desenvolvida em 2000 por Saldanha e publicada em 2001, quando esse termo foi utilizado pela primeira vez na literatura mundial, representa uma opção segura para a associação da lipoaspiração à abdominoplastia. Utilizando um descolamento seletivo entre as bordas internas dos músculos reto abdominais, a lipoabdominoplastia corrige as deformidades estética e funcional do abdome, agregando um melhor e mais harmonioso contorno abdominal. A técnica é baseada na preservação dos vasos perfurantes abdominais, ramos das epigástricas profundas superiores e inferiores⁸⁻¹². Os sistemas nervoso e linfático também são preservados.

Esta técnica está indicada para os casos de abdome com presença de pele flácida, acúmulo de gordura e diástase

do músculo reto abdominal. A lipoabdominoplastia representa uma indicação formal aos fumantes, pós-bariátricos e pacientes com sobrepeso. A curva de aprendizado é pequena, mas há necessidade de adaptação progressiva, devendo-se começar pelos pacientes com grande excesso de pele e moderada ou grande lipodistrofia abdominal. O procedimento não está indicado no paciente portador de eventração devido ao risco de lesões de conteúdo da cavidade intra-abdominal⁵.

O objetivo do presente estudo é comparar a incidência de complicações em abdominoplastias clássicas e lipoabdominoplastias.

MÉTODO

Foi comparada a incidência de complicações entre a abdominoplastia clássica e a lipoabdominoplastia realizadas no período de janeiro de 1979 a 30 de junho de 2010, na Clínica Saldanha, em Santos - SP.

Foram realizadas 495 abdominoplastias clássicas e 630 lipoabdominoplastias, totalizando 1115 cirurgias. Entre 1979 e 2000, foram realizadas 494 abdominoplastias clássicas e, de 2000 a 30 de junho de 2010, 630 lipoabdominoplastias e somente uma abdominoplastia clássica, no ano de 2000, em um paciente pós cirurgia bariátrica, com excesso exclusivo de pele (Tabela 1).

Todas as pacientes para as quais é indicada a abdominoplastia tradicional podem ser submetidas à lipoabdominoplastia. A escolha da lipoabdominoplastia como técnica exclusiva após sua criação no ano de 2000 deveu-se à percepção de melhores resultados com a associação da lipoaspiração à dermolipectomia e a redução de complicações¹³.

Os dados foram submetidos à análise estatística. Para estudar o comportamento das medidas de limiar estático e dinâmico, considerando-se a relação existente entre observações tomadas no mesmo indivíduo, foi empregado o modelo de análise de variância com medidas repetidas. As variáveis avaliadas foram seroma, epiteliólise, deiscência, necrose, hematoma e trombose venosa profunda/tromboembolismo pulmonar.

Tabela 1 – Estatística pessoal de cirurgias abdominais.

| | 1979-1999 | 2000 | 2001 | 2002 | 2003 | 2004 | 2005 | 2006 | 2007 | 2008 | 2009 | 2010 | Total |
|------------------------------|-----------|------|------|------|------|------|------|------|------|------|------|------|-------|
| Abdominoplastia convencional | 469 | 25 | – | – | – | – | – | – | 1 | – | – | – | 495 |
| Lipoabdominoplastia | – | 15 | 45 | 55 | 64 | 62 | 65 | 68 | 71 | 75 | 82 | 35 | 630 |

RESULTADOS

A associação da lipoaspiração e abdominoplastia durante o mesmo procedimento melhora o resultado estético e contorno corporal, e reduz medidas circunferenciais abdominais. Nós comparamos a incidência de complicações entre a abdominoplastia clássica e a lipoabdominoplastia. Foram realizadas 495 abdominoplastias clássicas e 630 lipoabdominoplastias, totalizando 1115 cirurgias. Entre 1979 e 2000, foram realizadas 494 abdominoplastias clássicas e, de 2000 a 30 de junho de 2010, 630 lipoabdominoplastias e uma abdominoplastia clássica em um paciente pós cirurgia bariátrica. Observou-se redução na incidência de seroma (de 60% para 0,4%, $p < 0,0001$), de epiteliólise (de 3,8% para 0,3%, $p < 0,0001$), de deiscência (de 5,1% para 0,4%, $p < 0,0001$) e de necrose (de 4% para 0,2%, $p < 0,0001$).

A redução da incidência de hematoma (0,6% para 0,2%) e a manutenção da incidência da trombose venosa profunda/embolismo pulmonar (0,2%) não tiveram significância estatística devido ao pequeno número de ocorrências.

As Figuras 1 a 5 ilustram detalhes do procedimento cirúrgico empregado.

As Figuras 6 e 7 apresentam as taxas de complicações da abdominoplastia clássica e da lipoabdominoplastia, respectivamente.

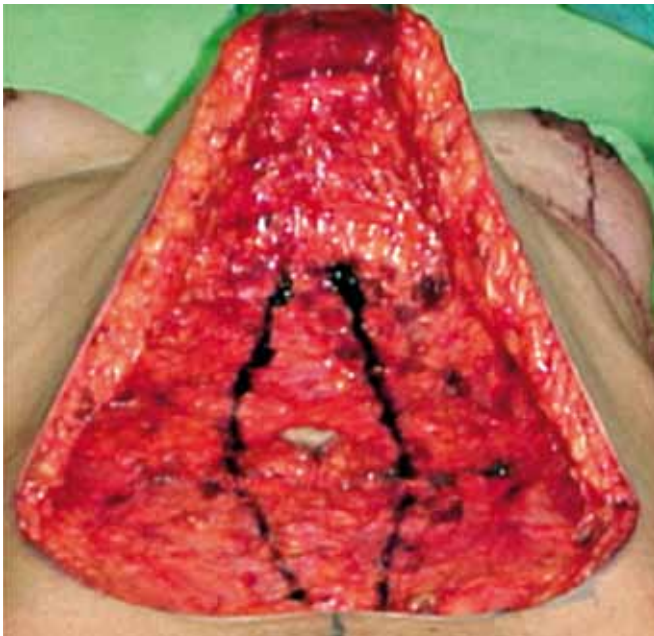


Figura 1 – Descolamento amplo na abdominoplastia clássica, com marcação da diástase.

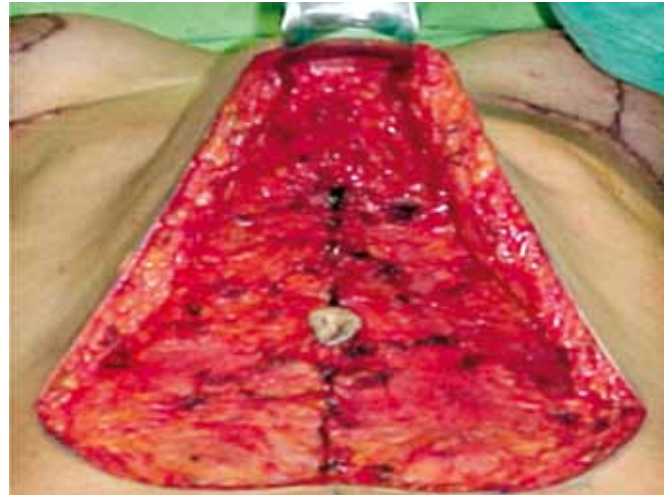


Figura 2 – Plicatura finalizada na abdominoplastia clássica.

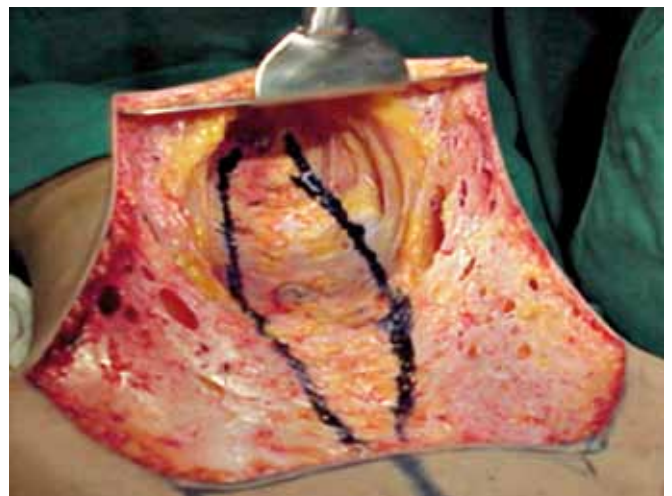


Figura 3 – Descolamento seletivo na lipoabdominoplastia restrita às bordas internas dos músculos reto-abdominais.



Figura 4 – Retirada do fuso infraumbilical, contendo fáscia de Scarpa e camada profunda de gordura.

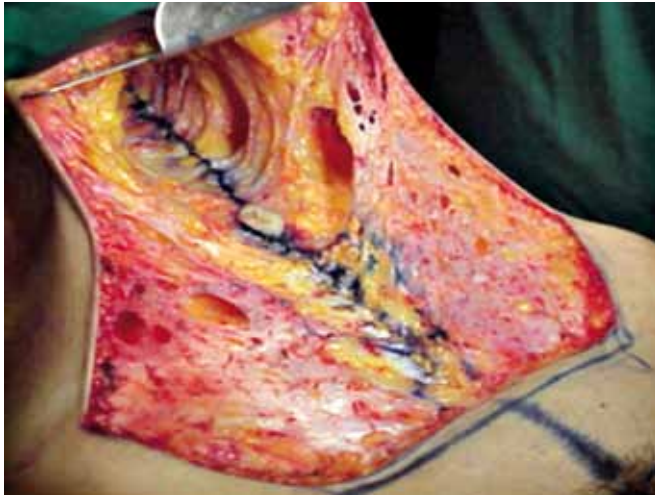


Figura 5 – Plicatura finalizada na lipoabdominoplastia.

DISCUSSÃO

A abdominoplastia tradicional está associada a taxa elevada de morbidade devido à necessidade de descolamento de grandes áreas do retalho, sendo seccionados vasos perforantes.

Com a lipoabdominoplastia, houve decréscimo significativo na incidência de complicações, como seroma, epiteliólise, deiscência da sutura e necrose do retalho abdominal.

O descolamento seletivo entre as bordas dos músculos reto abdominais, preconizado pela técnica, promove diminuição da área de descolamento do retalho e preserva os vasos perforantes da parede abdominal responsáveis por 80% do suprimento sanguíneo da região e, conseqüentemente, diminui o sangramento e os riscos de hematoma, de isquemia e necrose do retalho, sendo uma técnica especialmente indicada para tabagistas. Também diminui a incidência de deiscências de sutura, visto que a isquemia e a necrose são as principais causas desta complicação.

Em estudo realizado com ultrassom Doppler colorido, mapeando e comparando vasos perforantes no pré-operatório e três meses após a cirurgia, tornou evidente a presença de 81,21% dos mesmos¹⁴.

De Frene et al.¹⁵ demonstraram ser possível a realização de reconstrução mamária com TRAM (retalhos livres microcirúrgicos) em pacientes que tinham lipoaspiração abdominal prévia, confirmando os trabalhos de Graf e Munhoz na manutenção dos vasos perforantes abdominais após lipoaspiração.

Por meio de uma abordagem conservadora, pode-se realizar com segurança a lipoaspiração do abdome e regiões costais, obtendo-se contorno corporal harmonioso, melhor resultado estético e com menos morbidade.

A preservação dos vasos linfáticos influi decisivamente no menor edema e drenagem linfática pós-operatória mais efetiva e, conseqüentemente, menor índice de seroma.

A lipoabdominoplastia é baseada no descolamento seletivo do retalho abdominal na linha superior medial, preservando a grande maioria das artérias, vasos linfáticos, veias e nervos, o que reduz a incidência de complicações.

CONCLUSÃO

A lipoabdominoplastia representa uma opção segura para corrigir deformidades estéticas e funcionais do abdome. Associando a abdominoplastia com a lipoaspiração e preconizando um descolamento seletivo com preservação dos vasos perforantes, é possível obter melhores resultados estéticos, além de menor morbidade pós-operatória e redução da taxa de revisões cirúrgicas. Com o presente estudo, comprovou-se uma redução na incidência das principais complicações das cirurgias plásticas de abdome: seroma, epiteliólise, deiscência e necrose.

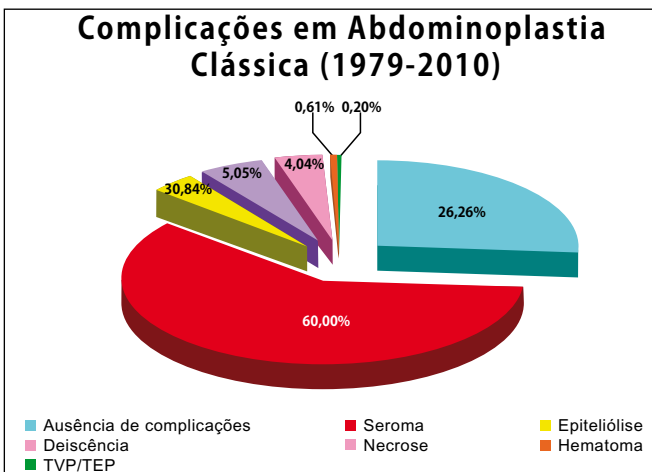


Figura 6 – Complicações em abdominoplastia clássica (1979-2010).

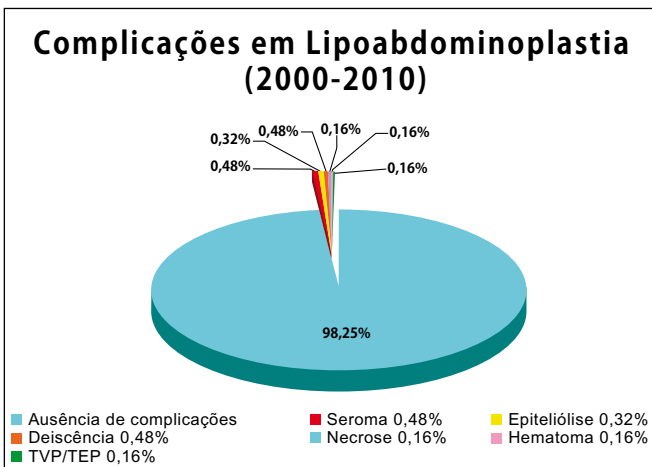


Figura 7 – Complicações em lipoabdominoplastia (2000-2010).

A curva de aprendizado é rápida porque o cirurgião plástico está acostumado a realizar lipoaspiração e abdominoplastia separadamente. Seguindo-se os passos cirúrgicos sistematicamente, é possível a obtenção de um resultado harmônico do contorno corporal e rápida recuperação pós-cirúrgica.

REFERÊNCIAS

1. Vernon S. Umbilical transplantation upward and abdominal contouring in lipectomy. *Am J Surg.* 1957;94(3):490-2.
2. Callia V EP. Dermolipectomia abdominal. São Paulo:Carlo Erb;1963.
3. Cardoso de Castro C, Salema R, Atias P, Aboudib JH Jr. The abdominoplasty to remove multiple scars from the abdomen. *Ann Plast Surg.* 1984;12(4):369-73.
4. Pitanguy I, Salgado F, Murakami R, Radwanski HN, Mauad Junior R. Abdominoplastia: classificação e técnicas cirúrgicas. *Rev Bras Cir.* 1995;85(1):23-44.
5. Carreirão S, Correa WE, Dias LC, Pitanguy I. Treatment of abdominal wall eventrations associated with abdominoplasty techniques. *Aesthetic Plast Surg.* 1984;8(3):173-9.
6. El-Mrakby HH, Milner RH. The vascular anatomy of the lower anterior abdominal wall: a microdissection study on the deep inferior epigastric vessels and the perforator branches. *Plast Reconstr Surg.* 2002;109(2):539-43.
7. Taylor GI, Waterson PA, Zelt RG. The vascular anatomy of the anterior abdominal wall: the basis for flap design. *Perspect Plast Surg.* 1991;5:1-30.
8. Bolívar De Souza Pinto E. Superficial liposuction. *Aesthetic Plast Surg.* 1996;20(2):111-22.
9. Saldanha OR, Pinto EB, Matos WN Jr, Lucon RL, Magalhães F, Bello EM. Lipoabdominoplasty without undermining. *Aesthet Surg J.* 2001;21(6):518-26.
10. Saldanha OR, De Souza Pinto EB, Mattos WN Jr, Pazetti CE, Lopes Bello EM, Rojas Y, et al. Lipoabdominoplasty with selective and safe undermining. *Aesth Plast Surg.* 2003;27(4):322-7.
11. Saldanha OR. Lipoabdominoplasty. 1ª ed. Rio de Janeiro:Di-Livros;2006.
12. 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.
13. Saldanha OR, Federico R, Daher PF, Malheiros AA, Carneiro PR, Azevedo SF, et al. Lipoabdominoplasty. *Plast Reconstr Surg.* 2009;124(3):934-42.
14. Munhoz AM et al. Chapter 12 of Lipoabdominoplasty. 1st ed. Rio de Janeiro:Di-Livros;2006.
15. De Frene B, Van Landuyt K, Hamdi M, Blondeel P, Roche N, Voet D, et al. Free DIEAP and SGAP flap breast reconstruction after abdominal/ gluteal liposuction. *J Plast Reconstr Aesthet Surg.* 2006;59(10):1031-6.

Correspondência para:

Oswaldo Ribeiro Saldanha
Av. Washington Luiz, 142 – Vila Mathias – Santos, SP, Brasil – CEP 11050-200
E-mail: clinica@clnicasaldanha.com.br