

Onfaloplastia: técnica “infinito”

Omphaloplasty: “infinity” technique

ISAAC ROCHA FURTADO¹

RESUMO

Introdução: A onfaloplastia é considerada um dos procedimentos com mais estigmas na abdominoplastia. Diante disso, diversas técnicas foram desenvolvidas com o objetivo de alcançar resultados mais naturais e com cicatrizes ocultas. Essas técnicas foram criadas a partir do princípio básico de uma forma que seja natural e que impeça a retração cicatricial das formas circulares. **Método:** Os autores apresentam uma técnica que oferece uma forma oblíqua quebrada por dois pequenos retalhos laterais com o intuito de reduzir a retração cicatricial, obtidos pelo desenho no sentido longitudinal do símbolo do infinito. **Resultados:** Os umbigos foram avaliados quanto à localização, forma final (oblíqua) e o tamanho. Entre as complicações houve estenoses (2,5%), deiscências parciais (2%) e queloides (1%). O resultado estético foi satisfatório para os pacientes em 91% dos casos, a qualidade da cicatrização do paciente, queloides ou cicatrizes hipertróficas foram as maiores causas de insatisfação. **Conclusão:** A utilização da técnica do “infinito” se mostrou efetiva no tratamento do umbigo em abdominoplastias completas, oferecendo mais uma opção e de fácil execução para as onfaloplastias.

Descritores: Cicatriz. Umbigo/cirurgia. Cirurgia plástica/metodos.

ABSTRACT

Introduction: Omphaloplasty is considered one of the most stigmas in abdominoplasty. Given this, many techniques were developed in order to achieve more natural and hidden scars. These techniques were created from the basic principle in a way that is natural and to prevent scar retraction of the circular forms. **Methods:** The authors present a technique that offers an oblique shape, broken by two small side flaps in order to reduce scar retraction obtained by drawing in the longitudinal direction of the infinity symbol. **Results:** The navels were evaluated for location, the final form (oblique) and size. Among the complications were stenosis (2.5%), partial dehiscence (2%) and keloids (1%). The aesthetic result was satisfactory for patients in 91% of cases, the patient’s quality of healing, keloid or hypertrophic scars were the major causes of dissatisfaction. **Conclusion:** The use of the “infinity” technique was effective in the treatment of the umbilicus in complete abdominoplasty, offering more choice and an easy implementation for omphaloplasty.

Keywords: Cicatrix. Umbilicus/surgery, Plastic Surgery/methods.

Trabalho realizado no Hospital Monte Klinikum, Fortaleza, CE, Brasil.

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

Artigo recebido: 15/3/2011
Artigo aceito: 30/4/2011

1. Pós-graduação em Cirurgia Plástica pela Pontifícia Universidade Católica do Rio de Janeiro (PUC-RJ) e Serviço de Cirurgia Plástica do Prof. Ivo Pitanguy; Membro Titular da Sociedade Brasileira de Cirurgia Plástica, Cirurgião Plástico do Hospital Monte Klinikum, Fortaleza, CE, Brasil.

INTRODUÇÃO

Hoje, mesmo com o aprimoramento das técnicas de abdominoplastia, ele continua sendo o centro das atenções, com cicatrizes ainda inestéticas. O fato dos costumes e da moda mostrarem cada dia mais o abdome expõe muito a cicatriz umbilical secundária da dermolipectomia, que ainda não é de agrado pleno dos pacientes e dos cirurgiões.

Pelo fato do umbigo ser a única cicatriz normal do corpo¹, temos a obrigação de copiar seu aspecto original. A cicatriz umbilical tem o aspecto arredondado, mais profundo na porção superior, onde é limitada cranialmente por um rodete cutâneo, na porção medial tem uma pequena elevação, o mamilo, que é vestígio da cicatriz do cordão umbilical. Em volta deste mamilo existe uma depressão circular, o sulco umbilical².

A relação de proporção do umbigo com o nosso corpo já era descrita desde a antiguidade. Marcus Vitruvius, arquiteto romano, teve seu desenho aperfeiçoado por Leonardo da Vinci, em 1490. O desenho do famoso “homem Vitruviano” coloca o umbigo como centro do círculo, em que o homem está com os braços e as pernas abertos e, no mesmo desenho, o quadrado sobreposto é formado pela medida da altura e pelos braços abertos. Desta forma, o umbigo divide a altura no número irracional Phi (1.618...), conhecido como o número áureo. Nesta mesma posição, no recém-nascido, o umbigo divide o corpo exatamente ao meio.

Após tecer estas concepções artísticas da localização do umbigo, sabemos que anatomicamente ele encontra-se ao nível das vértebras L3 e L4³. E se for traçada uma linha entre as duas cristas ilíacas, iremos cruzá-lo anteriormente⁴. Esta referência é a que nós normalmente utilizamos para nos certificarmos de sua posição ideal.

Desde 1924, quando Frist realizou a primeira transposição de umbigo, muitas formas geométricas foram concebidas para mimetizar a cicatriz original⁵. Fleisch-Thebesius e Weisheimer, em 1931, conservavam um triângulo de pele no umbigo^{5,6}. Outros passaram a desprezar o umbigo e fazer uma neo-onfaloplastia⁶. Malbec, em 1948, refaz a técnica de Kelly deixando o umbigo como ilha⁶. Em 1949, Pick frisa a importância da conservação do umbigo nas mulheres, por motivo de estética⁶. Vernon, em 1957, passou a fazer novamente a transposição com formas circulares, no entanto, muitas estenoses de umbigo eram encontradas⁷. Pitanguy, em 1967, preconizou uma incisão horizontal de concavidade cranial para o umbigo⁵. Uma umbilicoplastia com múltiplos “V” na face interna do umbigo foi preconizada por Avelar, em 1976⁸. Outros autores brasileiros utilizaram várias outras formas geométricas, como Ribeiro, Viterbo e Saldanha^{1,8-12}, com formas em estrela de “Mercedes”, losangos, elipses, cruzes, trevos, retângulos, em forma de escudo, tendo a sua parte superior em linha reta e a parte inferior em forma de U¹⁰.

Outro aspecto importante é fixação na aponeurose de maneira adequada¹¹, evitando protruções inestéticas.

Ainda buscamos o umbigo “ideal”, mas três pontos já estão bem estabelecidos: 1) deve ser evitada a cicatriz circular, para que não ocorra estenose posterior; 2) a fixação à aponeurose é importante para ocultar a cicatriz e determinar maior profundidade; e 3) a cicatriz visível no umbigo é a maior limitação estética da abdominoplastia.

MÉTODO

Neste trabalho foram incluídos 418 pacientes, dos quais 48 eram homens, em uma faixa etária variando de 21 a 73 anos, com a média de 43 anos de idade, no período de 2001 a 2010.

A marcação prévia do paciente foi feita em ortostase. A linha média foi sempre reforçada, para evitar lateralização do umbigo.

O procedimento foi feito sob sedação associada ao bloqueio peridural. A assepsia foi feita com clorexidine degermante, após sondagem vesical. A marcação foi reavivada com azul de metileno. Foi utilizado bisturi nº 15 na pele, e o descolamento do retalho foi feito com bisturi elétrico. O retalho descolado até o umbigo foi bipartido, e feita a ilha umbilical com bisturi nº 15 em forma de um losango de 2,5 X 1,5 cm, com as pontas discretamente curvas (Figura 1A). O descolamento foi feito até o apêndice xifoide, mais restrito lateralmente, sendo ampliado até os rebordos costais apenas quando havia necessidade de grande plicatura dos músculos reto abdominais. O fio Mononylon 0-duplo foi utilizado para plicatura da aponeurose, que foi suturada de forma contínua, sendo interrompida a cada cinco pontos. Após a plicatura, foi feita a fixação do umbigo na aponeurose com Mononylon 3-0, nos pontos cardeais (Figura 1B). A distância do pedículo umbilical ficou em torno de 1 cm, variando conforme a espessura do retalho.

Após a tração, foi retirado o excesso de pele e suturado provisoriamente o retalho com Mononylon 3-0. Foi realizada, então, a marcação do umbigo, utilizando como pontos de referência as cristas ilíacas e a ilha de pele já fixada inferiormente. Seguindo a linha média vertical, sobre a projeção do umbigo, foram marcados dois pontos com distância de 2 cm. Dentro desta medida foi desenhada, no eixo vertical, a forma geométrica do “infinito”, semelhante ao número oito “alongado”, com a largura de 0,5 cm (Figura 2A). A incisão foi feita com bisturi de lâmina 15, que depois de completada, foi separada ao meio, dando origem a dois pequenos retalhos curvilíneos nas laterais (Figura 2B). Foi realizada, então, a retirada do cilindro de gordura inferior ao orifício. Os pequenos retalhos foram dobrados internamente após a sutura, o que permitiu esconder toda cicatriz lateral do umbigo (Figura 3A). Esta forma vazada do “infinito” foi encaixada posteriormente ao losango da ilha umbilical, determinando uma cicatriz final de aspecto elíptico e fusiforme com aproximadamente 2 X 1 cm (Figura 3B).

Inicialmente, na sutura do abdome, foi realizada a fixação do retalho do abdome à aponeurose dos músculos reto abdominais, com os pontos de Baroudi na linha média supraumbilical utilizando fio Monocryl 4-0, em torno de seis a oito pontos,

em seguida, nos dois pontos do umbigo, superior e inferior, também com fio Monocryl 4-0. Foram utilizados dois drenos fechados 4.8 de aspiração, com saída no púbis, sendo fixados com fio Mononylon 3-0. A sutura do retalho foi feita em dois planos, primeiro, no plano subdérmico com fio Monocryl 4-0 com pontos separados, e depois com o mesmo fio intradérmico contínuo. A sutura do umbigo foi feita com Monocryl 5-0, com pontos intradérmicos separados (Figura 4).

No curativo, foram colocadas pequenas tiras de Micropore sobre a cicatriz e gazes simples. No umbigo foi colocado um pequeno tufo de gaze, que foi fixado com Micropore. Finalmente, foi colocada uma grande gaze acolchoada sobre toda área descolada e fechado com a cinta elástica.

No pós-operatório, o curativo umbilical foi renovado diariamente, sendo realizada assepsia com soro fisiológico e povidine tópico. Em alguns casos, um ponto intradérmico pode se exteriorizar, devendo ser retirado para que haja menor reação cicatricial. O curativo foi feito por 3 a 4 semanas. A cinta elástica foi mantida por dois meses.

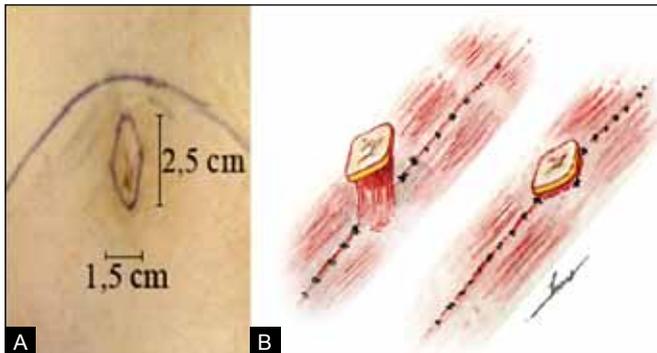


Figura 1 – A: Foto umbigo: vertical de 2,5 cm e horizontal de 1,5 cm. B: Ilha de pele do umbigo em losango, e após a fixação na aponeurose dos músculos reto abdominais.

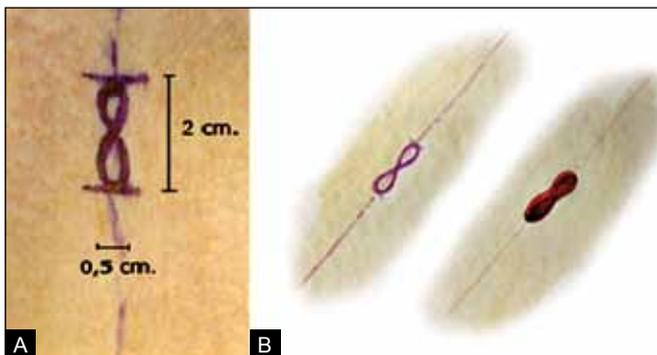


Figura 2 – A: Marcação do símbolo “Infinito” longitudinal, com vertical de 2 a 2,5 cm e largura de 0,5 cm. B: Incisão na pele, formando dois pequenos retalhos laterais, que irão esconder a cicatriz.

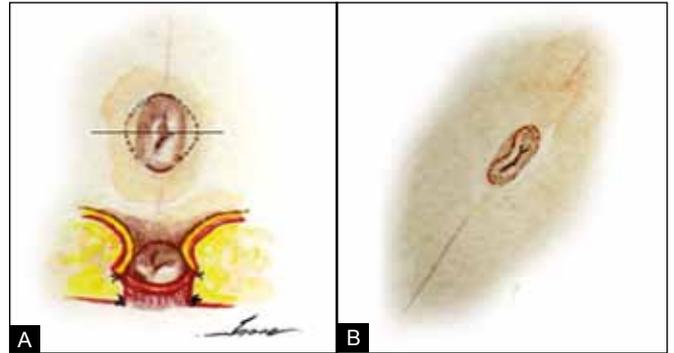


Figura 3 – A: Umbigo fixado com sutura intradérmica, mostrando no corte a cicatriz lateral embutida. B: Ilustração com aspecto final.



Figura 4 – Caso em pós-operatório imediato.

RESULTADOS

Os umbigos foram avaliados quanto à localização (altura e centralização), forma final (oblíqua ou circular) e o tamanho (entre 2 e 1,5 centímetros). Entre as complicações, houve deiscências parciais (2%), estenoses (1,5%) e queloides (1%). Todos os casos foram fotografados com um ano de pós-operatório (Figura 5). O resultado estético foi satisfatório para os pacientes em 91% dos casos, a qualidade da cicatrização do paciente, queloides ou cicatrizes hiperocrômicas foram as maiores causas de insatisfação.

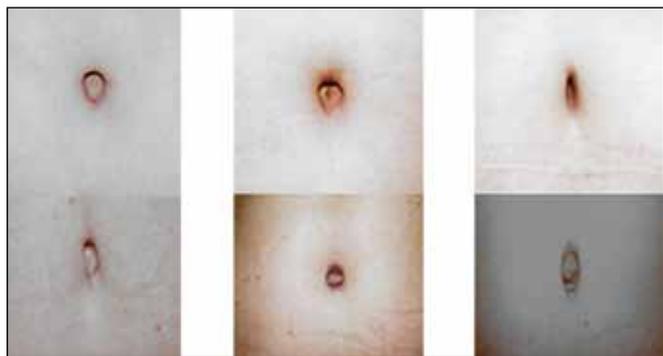


Figura 5 – Casos de pacientes operadas, com 1 ano.

Em caso de estenose, cicatriz hipertrófica ou queloidiana foi feita uma compressão com um molde de silicone, e quando cicatriz fica alargada, retiramos pequenas cunhas, superior e/ou inferior após seis meses de pós-operatório. Em caso de queleide, é feita uma infiltração com triancinolona 20 mg, menos de 1 ml, com intervalos de um mês, sendo necessárias três aplicações normalmente.

Epidermólises superficiais podem ocorrer, necessitando de pequenos debridamentos, que não alteram o resultado estético final. Houve um caso de necrose completa do umbigo, em uma paciente ex-obesa com hérnia incisional umbilical. Neste caso, foi feita a hernioplastia, pelo cirurgião geral, juntamente com a abdominoplastia, com provável estrangulamento do pedículo vascular do umbigo.

Não houve casos de mau posicionamento do umbigo, assim como lateralizações do mesmo.

DISCUSSÃO

Rosique et al.¹³ fizeram um estudo comparado entre técnicas circulares (oval vertical, “U” alargado e oval horizontal) e não-circulares (“Y”, “V” invertido e triângulo invertido), onde as técnicas não-circulares evitavam o surgimento de anel cicatricial com deformidade da cicatriz umbilical. A marcação do umbigo com a forma “infinito” representa uma técnica intermediária entre a circular e a não-circular, já que sua forma final é oblíqua vertical, sendo interrompida apenas pelos dois pequenos retalhos laterais que quebram a cicatriz e diminuem a possibilidade do surgimento do anel cicatricial. Esta é mais uma proposta para minimizar o estigma

da abdominoplastia com cicatriz umbilical muito visível. A forma geométrica curvilínea em elipse vertical determina um aspecto mais natural ao umbigo. A cicatriz lateral é oculta e representa a maior parte da circunferência.

Na maioria das vezes, o tamanho final da cicatriz umbilical é adequado, em torno de dois centímetros, e ocorre uma retração natural em torno de 10% do diâmetro do umbigo após aproximadamente seis meses.

CONCLUSÃO

O emprego da técnica do “infinito” para tratamento do umbigo em abdominoplastias completas se mostrou de fácil execução, determinando uma forma geométrica natural, com cicatrizes laterais ocultas, poucas complicações e elevado índice de aceitação dos pacientes.

REFERÊNCIAS

1. Baroudi R. Umbilicoplasty. *Clin Plast Surg*. 1975;2(3):431-48.
2. Jaimovich CA, Mazzarone F, Parra JFN, Pitanguy I. Semiologia da parede abdominal: seu valor no planejamento das abdominoplastias. *Rev Bras Cir Plast*. 1999;14(3):21-50.
3. Goss CM. *Grays anatomy of the human body*. Philadelphia: Lea and Fabinger;1985.
4. Dubuo RT. *Chirurgie plastique de l'abdomen*. Paris:Mason;1971.
5. Sinder R. *Cirurgia plástica do abdome*. Rio de Janeiro: Ed. Ramil Sinder;1979.
6. Rebello CT. *Cirurgia estética*. Rio de Janeiro: 1977.
7. Baack BR, Anson G, Nachbar JM, White DJ. Umbilicoplasty: the construction of a new umbilicus and correction of umbilical stenosis without external scars. *Plast Reconstr Surg*. 1996;97(1):227-32.
8. Avelar JM. Cicatriz umbilical: da sua importância e da técnica de confecção nas abdominoplastias. *Rev Bras Cir Plast*. 1979;69(1/2):41-52.
9. López-Tallaj L, Gervais J. Restauração umbilical na abdominoplastia: uma simples técnica retangular. *Rev Bras Cir Plast*. 2001;16(3):39-46.
10. D'Assumpção EA. Técnica para umbilicoplastia, evitando-se um dos principais estigmas das abdominoplastias. *Rev Bras Cir Plast*. 2005;20(3):160-6.
11. Mello DF, Yoshino H. Plicatura da base umbilical: proposta técnica para tratar protrusões e evitar estigmas pós-abdominoplastia. *Rev Bras Cir Plast*. 2009;24(4):525-9.
12. 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.
13. Rosique MJF, Rosique RG, Lee FDI, Kawakami H, Glatstein N, Mélega JM. Estudo comparativo entre técnicas de onfaloplastia. *Rev Bras Cir Plást*. 2009;24(1):47-51.

Correspondência para:

Isaac Rocha Furtado
Harmony Medical Center
Av. Dom Luís, 1233, sala 606 – Aldeota – Fortaleza, CE, Brasil – CEP: 60160-230
E-mail: contato@isaacfurtado.med.br