

Lipoabdominoplastia con desinserción umbilical y despegamiento abdominal reducido

Lipoabdominoplasty with umbilical detachment and reduced abdominal undermining



Cido Carvalho, F. A. M.

Cido Carvalho, F. A. M.*, Vieira da Silva Jr., V.**, Alencar Moreira, A.***

Resumen

Presentamos una combinación de procedimientos quirúrgicos para el tratamiento del exceso de volumen abdominal con flacidez moderada, utilizando una miniabdominoplastia con despegamiento y desinserción umbilical, asociada a liposucción. La indicación de la técnica se restringe a aquellos casos en los que la liposucción aislada provocaría un agravamiento de la flacidez, mientras que una abdominoplastia clásica implicaría una resección exagerada de piel o la necesidad de dejar una pequeña cicatriz vertical. Una miniabdominoplastia trataría solamente la flacidez del abdomen inferior, dejando un exceso de piel en la región supraumbilical.

La combinación de liposucción amplia y despegamiento controlado del área central del abdomen, asociada a una desinserción umbilical y su posterior reinserción unos 2 a 4 cm más abajo, nos permite lograr una completa plicatura de los rectos abdominales, con una buena resección del exceso cutáneo del abdomen inferior, además de un tratamiento adecuado de la flacidez moderada del abdomen superior.

Abstract

We present a combination of procedures for the treatment of the abdominal volume excess with moderate skin excess, using lipoabdominoplasty with detachment of the navel. Indications are restricted to those cases where the isolated suction-assisted lipotomy (SAL) would take to the worsening of the skin flaccidity, while the full abdominoplasty would imply in exaggerated excision of the skin or presence of small vertical scar. The miniabdominoplasty more frequently used would only treat the flaccidity about the inferior abdomen, leaving skin excess in the upper abdomen area. The combination of wide suction-assisted lipectomy with undermining in the central area of the abdomen, with umbilical detachment and its posterior new implantation about 2 to 5 cm lower, allows a complete plication of the abdominal rectums, with good excision of the skin excess of the inferior abdomen, besides the treatment of the moderate flaccidity of the superior abdomen.

Palabras clave Lipoabdominoplastia. Dermolipectomía abdominal. Desinserción umbilical.

Código numérico 5311-534

Key words Lipoabdominoplasty. Abdominal dermolipectomy. Navel detachment.

Numerical Code 5311-534

* Jefe de Servicio.

** Médico Especialista.

*** Médico Residente.

Introducción

Las alteraciones estéticas del abdomen superior y de la región infraumbilical pueden aparecer de forma aislada o combinadas con un aumento del volumen abdominal y la presencia de flacidez cutánea. Existen varias clasificaciones para el diagnóstico y tratamiento de las diversas patologías de la morfología abdominal. Matarasso (1), clasifica en 4 categorías los diversos tipos de abdomen, mientras que Bozola y Psillakis (2) destacan la existencia de 5 diferentes niveles de deformidad, a la vez que ofrecen un tipo de tratamiento para cada una de ellas.

Los pacientes que presentan un exceso de grasa, pero que no tienen flacidez, tienen una indicación específica de liposucción aislada, mientras que el tratamiento de elección en aquellos casos en que hay aumento de volumen asociado a flacidez cutánea, tienen indicación de abdominoplastia clásica. Aquellos casos en los que el exceso de volumen y la flacidez están restringidos al abdomen inferior, pueden beneficiarse de una miniabdominoplastia con resultados satisfactorios. Sin embargo, hay casos en los que el paciente presenta diástasis de rectos abdominales, aumento del volumen graso y flacidez moderada también en el abdomen superior, pero sin indicación de abdominoplastia clásica, lo que supone limitaciones en el tratamiento (1, 3-5).

La liposucción de todo el abdomen, con incisión reducida y despegamiento abdominal central amplio desinsertando el ombligo y manteniéndolo unido al colgajo, nos permite una corrección de la diástasis de los rectos, una buena resección del exceso de piel inferior, además de un tratamiento adecuado de la flacidez del abdomen superior.

Material y método

Hemos intervenido 58 pacientes durante el periodo comprendido entre 1994 y 2007, del sexo femenino y con una edad media de 41 años (de 23 a 52 años), todas mediante anestesia epidural.

La técnica empleada fue una combinación de procedimientos consagrados en la literatura científica al respecto; hacemos una marcación previa de la porción de piel a resecar en el abdomen inferior. Inicialmente se realiza lipoaspiración del dorso, de la cintura y de toda la región anterior del abdomen. En el área central supraumbilical, se realiza liposucción en el plano superficial y en el profundo, a fin de lograr una mayor definición de los músculos rectos abdominales. En el resto del abdomen, la liposucción se hizo en un plano profundo a fin de preservar al máximo la irrigación cutánea una vez que hagamos el despegamiento de un área considerable (Fig. 1). Tras la liposucción (Cuadro 1), realizamos una incisión baja en la región pubiana, curva, de longitud que varió entre los 13 y los 18 cm (Cuadro 2). El despegamiento se llevó a cabo en toda la región que iba a ser reseca, extendiéndose superiormente en la región media abdominal hasta aproximadamente 5 cm del borde lateral de los rectos, seccionando el ombligo de su base, y manteniéndolo fijo al colgajo abdominal (Fig. 1). Esto permitió corregir una eventual diástasis mediante plicatura de los rectos abdominales desde xifoides a pubis (Fig. 2). Tras la plicatura, se reinsertó el ombligo sobre la aponeurosis, aproximadamente 2 a 5 cm más abajo de su posición original, con el propósito de tratar también la flacidez de la piel del abdomen superior (Cuadro 3). Empleamos puntos de nylon 3-0 para configurar fácilmente la longitud, tamaño y profundi-

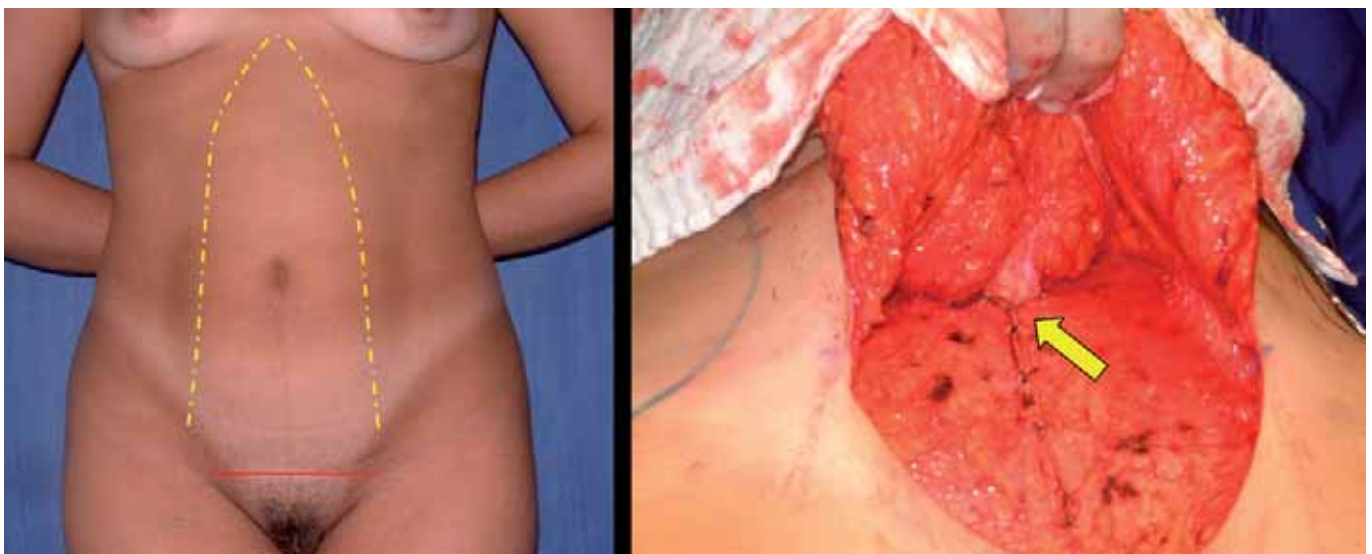


Fig. 1. Izquierda: área de despegamiento marcada con la línea de trazos en color amarillo y la incisión marcada en rojo. Derecha: desinserción del ombligo (flecha).

Esquerdo: Área de descolamento marcado com linha amarela tracejada e incisão em vermelho. Direita: Desinserção do umbigo (seta).

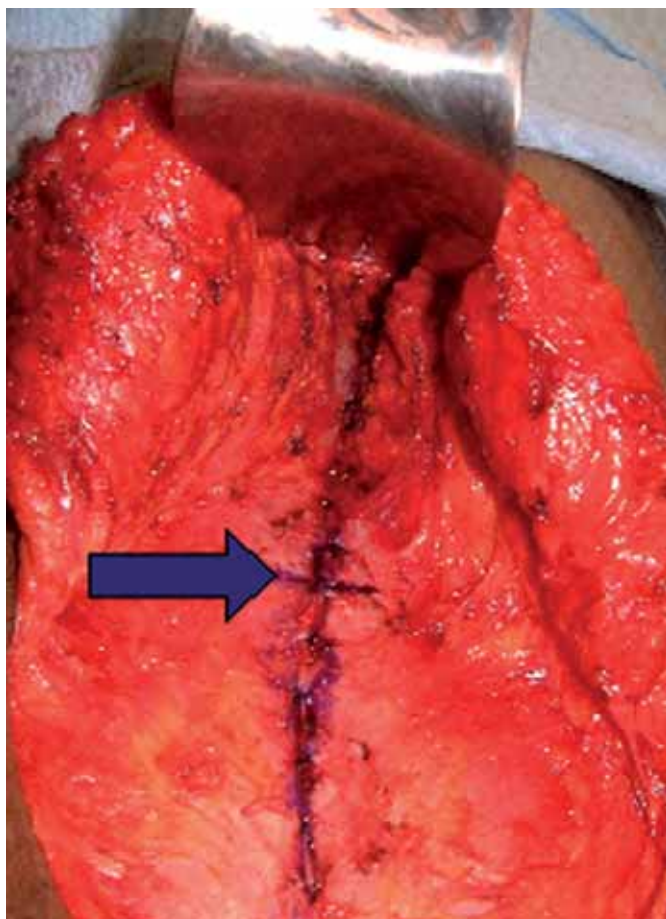


Fig. 2. Plicatura de los rectos abdominales y marcación de la nueva posición umbilical (flecha).
Plicatura dos retos e marcação da nova posição do umbigo (seta).

dad del nuevo ombligo. Excepcionalmente, en casos de mayor flacidez del abdomen superior y ombligo alto, podemos llevar a cabo la reinserción umbilical hasta 5 cm más abajo (Fig. 2).

A continuación, practicamos la resección del exceso de piel previamente marcado, pudiendo incluso ampliar esa resección por haberse producido tras la liposucción y el despegamiento una mayor flacidez de la esperada. La porción de piel reseçada del abdomen inferior varió en nuestros casos entre los 8 y 11 cm (Cuadro 4) (Fig. 3).

El cierre de la herida quirúrgica se realizó con sutura intradérmica, colocándose drenajes de aspiración y presoterapia con banda elástica que mantendremos durante 2 meses.

Resultados

En el periodo 1994 a 2007 intervenimos 58 pacientes de sexo femenino, con una media de edad de 41 años (de 23 a 52 años), todas ellas bajo anestesia epidural. De ellas, 48 presentaban aumento de volumen abdominal y flacidez moderada del abdomen superior; en 2 casos había flacidez más acentuada y 3 pacientes ya habían sido sometidas a abdominoplastia

Cuadro 1. Volumen aspirado durante la lipoabdominoplastia:

Volumen	n
1000 a 1500 ml	22
1500 a 2000 ml	25
2000 a 2200 ml	11
Total	58

Cuadro 2. Extensión de la incisión de lipoabdominoplastia:

Tamaño	n
13 a 14 cm	22
14 a 15 cm	25
15 a 16 cm	07
16 a 17 cm	03
17 a 18 cm	01
Total	58

Cuadro 3. Altura de reinserción del ombligo tras la resección del exceso de piel:

Reinserción del ombligo	n
3 cm más bajo	39
4 cm más bajo	17
5 cm más bajo	02
Total	58

Cuadro 4. Extensión de la resección del exceso de piel tras el despegamiento del colgajo abdominal (sin aplicar tracción):

Resección de piel	n
8 a 9 cm	32
9 a 10 cm	18
10 a 11 cm	08
Total	58



Fig. 3. Imagen del colgajo despegado y marcación para la resección de 10 cm de piel.
Tração do retalho descolado e marcação para ressecção de 10 cm de pele.



Fig. 4. Pre y postoperatorio en vista frontal y perfil izquierdo. La paciente presentaba un abdomen superior muy corto. El ombligo fue reinsertado 4 cm más abajo de su posición original.
Pré e pós-operatório numa vista frontal e de perfil esquerdo. A paciente apresentava abdome superior muito curto. O umbigo foi reinsertado 4 cm abaixo da posição original.

Cuadro 5. Distribución preoperatoria de las características del abdomen de las pacientes:

Características del abdomen	n
Aumento de volumen total y flacidez moderada del abdomen superior	48
Aumento de volume y flacidez más acentuada del abdomen superior	02
Abdominoplastia clásica anterior	03
Miniabdominoplastia anterior	05
Total	58

Cuadro 6. Complicaciones:

Complicaciones	n
Presencia de alguna flacidez en el abdomen superior	02
Cicatriz alargada	01
Ondulaciones en el área aspirada	02
Total	05

fueron intervenidas empleando la misma combinación de procedimientos quirúrgicos descrita en el presente artículo.

Los resultados fueron satisfactorios en todos los casos en los que había exceso de volumen abdominal y flacidez del abdomen inferior con moderada flacidez del abdomen superior. En 2 pacientes la flacidez del abdomen superior sugería indicación de abdominoplastia completa, pero las pacientes manifestaron su intención de tener embarazos en el futuro por lo que no aceptaron esta indicación y en ellas quedó alguna flacidez residual en la parte superior. En las restantes pacientes, las complicaciones fueron raras y consistieron en pequeñas irregularidades y discretas alteraciones cicatriciales que fueron corregidas posteriormente con procedimientos ambulatorios (Cuadro 6) (Fig. 4-6).

Discusión

clásica pero, a pesar de un resultado satisfactorio en el abdomen inferior, presentaban flacidez residual y exceso de grasa en el abdomen superior. Cinco pacientes ya habían sido sometidas a miniabdominoplastia, manteniendo flacidez y exceso de volumen en el abdomen superior (Cuadro 5). Todas las pacientes

Las alteraciones estéticas de la región abdominal pueden ser corregidas fácilmente mediante liposucción aislada cuando no hay flacidez abdominal. También el abordaje es fácil cuando se trata de pacientes con gran volumen graso y mucha flacidez, mediante abdominoplastia clásica o mediante miniabdomino-



Fig. 5. Pre y postoperatorio en vista frontal y perfil derecho. La paciente no presentaba ombligo alto, pero tenía indicación de cirugía. La cicatriz abdominal fue trasladada 2,5 cm más abajo de su posición original.
Pré e pós-operatório numa vista frontal e de perfil direito. A paciente não apresentava umbigo alto mas teve boa indicação de cirurgia. A cicatriz abdominal foi deslocada 2,5 cm abaixo da posição original.



Fig. 6. Pre y postoperatorio en vista frontal y oblicua izquierda. La paciente presentaba flacidez moderada de abdomen superior y una gestación anterior.

Pré e pós-operatório numa vista frontal e oblíquo esquerdo. Paciente apresentava flacidez moderada de abdomen superior e uma gestação anterior.

plastia convencional cuando la deformidad se restringe a la región infraumbilical (1,3-5). Mientras tanto, la solución en los casos de flacidez moderada del abdomen superior con ombligo excesivamente alto, son más complicados de resolver, siendo necesarias para ello medidas no convencionales.

El tratamiento de este tipo de casos es un tema ampliamente estudiado. Hackme (6) publicó un detallado estudio sobre la evolución de la técnicas para la corrección de los excesos abdominales. El tratamiento de los casos de exceso de volumen graso en pacientes sin flacidez cutánea, tuvo en los trabajos de Illouz (7) una gran evolución mediante el empleo de la liposucción. Callia (8) realizó un minucioso estudio sobre el tratamiento del abdomen péndulo de gran volumen, mientras que Wilkinson y Swartz (9) y de Greminger (10) introdujeron importantes conceptos en el tratamiento del abdomen inferior.

La cicatriz umbilical también ha sido muy estudiada y están descritos diseños muy variados de abordaje externo, así como la liberación del ombligo de su implantación aponeurótica y su posterior reinserción, descrita por Callia (8) y también utilizada por Avelar (11), que lleva a cabo su implantación unos 2 cm más abajo de su posición original.

Tras una amplia utilización de la liposucción, diversos estudios demostraron la posibilidad de su uso asociado a abdominoplastia. Matarasso (3,4) emplea liposucción en todos los tipos de abdominoplastia, pero restringiendo su uso sólo al área que no va a ser despegada. Valiosos estudios anatómicos como los de Huger (12) permitieron que se realizaran procedimientos cada vez más seguros en la abdominoplastia. El despegamiento limitado hizo que la técnica fuera más segura, pues preserva la vascularización del colgajo (4,13). Saldaña (13) y Graf (5) defienden que la liposucción de la región surpaumbilical puede comprometer el colgajo, pero nosotros no hemos tenido ningún signo de sufrimiento en la liposucción de esa área.

Conclusiones

La técnica empleada es válida, puesto que permite el tratamiento de la flacidez moderada del abdomen superior e inferior con una incisión de un tamaño aceptable. El despegamiento reducido hace viable la realización de una liposucción de volumen considerable. La ausencia de cicatriz externa umbilical evita estigmas, dejando un ombligo de aspecto estético natural y las complicaciones, por lo general, son relativamente raras, semejantes a las que podemos encontrar en cualquier abdominoplastia convencional.

Dirección del autor

Dr. Francisco de Asis Montenegro Cido Carvalho
Rua Ana Bilhar 44/202- Miereles.
Fortaleza-CE- Brasil
e-mail: drcidocarvalho@yahoo.com.br

Bibliografía

1. **Matarasso, A.**: "Abdominoplasty: a system of classification and treatment for combined abdominoplasty and suction-assisted lipectomy". *Aesth. Plast. Surg.* 1991, 15: 111.
2. **Bozola, A. R., and Psillakis, J. M.**: "Abdominoplasty: A new concept and classification for treatment". *Plast. Reconstr. Sur.* 1988, 82: 983.
3. **Matarasso, A.**: "Classification and patient selection in abdominoplasty". *Operative Techniques in Plastic and Reconstructive Surgery.* 1996, 3(1): 7-14.
4. **Matarasso, A.**: "Liposuction as an adjunct to full abdominoplasty revisited". *Plast. Reconst. Surg.* 2000, 106: 1197.
5. **Graf, R., de Araujo, L.R., Rippel, R., Neto, L.G., Pace, D.T., Cruz, G.A.**: "Lipoabdominoplasty: liposuction with reduced undermining and traditional abdominal skin flap resection". *Aesth. Plast. Surg.* 2006, 30(1): 1.
6. **Hakme, F.**: "Evolução histórica das abdominoplastias e contribuição pessoal". *Ann. Simp. Bras. Abdominoplastia.* 1982, 1: 3.
7. **Illouz, Y. G.**: "Une nouvelle technique pour les lipodystrophies localisées". *Rev. Chir. Esthet.* 1980, 4: 19.
8. **Callia, W.**: "Contribuição para o estudo da correção cirúrgica do abdome péndulo e globoso – Técnica original". *Diss. Fac. Med. Univ. São Paulo,* 1965.
9. **Wilkinson, T. S., Swartz, B. S.**: "Individual modifications in body contour surgery: The limited abdominoplasty". *Plast. Reconstr. Surg.* 1986, 77: 779.

10. **Greninger, R. F.:** "The Miniabdominoplasty". *Plast. Reconstr. Surg.* 1987, 79: 356.
11. **Avelar, J. M.:** "Abdominoplasty: Methodization of a technique without external umbilical scar". *Aesth. Plast. Surg.* 1978, 2: 141.
12. **Huger, W. E., Jr.:** "The anatomic rationale for abdominal lipectomy". *Am. Surg.* 1979, 45: 612.
13. **Saldanha, O.R., Souza Pinto, E.B., Matos, W.M., Lucon, R.L., Magalhães, F., Bello, E.M.L.:** "Lipoabdominoplasty without undermining". *Aesth. Surg. J.* 2001, 21:518.

Lipoabdominoplastia com desinserção umbilical e descolamento reduzido

Cido Carvalho, F. A. M.*, Vieira da Silva Jr., V.**, Alencar Moreira, A.***

* Chefe do Serviço e da Residência de Cirurgia Plástica.

** Especialista do Serviço.

*** Residente do Serviço.

Serviço de Cirurgia Plástica, Instituto Dr. José Frota, Fortaleza, Ceará, Brazil.

Resumo

É apresentada combinação de procedimentos para tratamento do excesso de volume abdominal com flacidez moderada, utilizando lipoabdominoplastia com desinserção do umbigo. A indicação é restrita àqueles casos onde a lipoaspiração isolada resultaria agravamento de flacidez, enquanto a abdominoplastia clássica implicaria em ressecção exagerada de pele ou presença de pequena cicatriz vertical. A miniabdominoplastia mais freqüentemente trataria apenas a flacidez do abdome inferior, restando excesso de pele na região supra-umbilical. Foram operados 58 pacientes entre 1994 e 2007 utilizando esse procedimento. A combinação de lipoaspiração ampla com descolamento dirigido à área central do abdome, associada a desinserção do umbigo e posterior reinserção cerca de 2 a 5 cm mais inferior permite uma completa plicatura dos retos abdominais, com boa ressecção do excesso de pele no abdome inferior, além de tratamento da flacidez moderada do abdome superior.

Introdução

As alterações estéticas do abdome superior e da região infraumbilical podem aparecer isoladas ou combinadas, e são relacionadas a aumento de volume abdominal e à presença de flacidez. Há várias classificações para diagnóstico e tratamento de diversas alterações abdominais. Matarasso(1) enquadra em 4 categorias variados tipos de abdome, enquanto Bozola e Psillakis (2) destacam 5 diferentes níveis de deformidades, indicando um tipo de tratamento específico para cada nível.

Pacientes com excesso gorduroso, mas sem flacidez de pele, têm indicação específica de lipoaspiração isolada, enquanto nos casos de volume aumentado e maior flacidez, a abdominoplastia clássica é o tratamento indicado. Nos excessos de volume e flacidez restritos ao abdome inferior, a miniabdominoplastia é realizada com bons resultados. Entretanto, há casos em que há diastase dos retos abdominais, aumento do volume adiposo e flacidez moderada também no abdome superior, mas sem indicação de abdominoplastia clássica, trazendo, com isso, limitações no tratamento (1,3-5).

A lipoaspiração de toda a região abdominal, com incisão reduzida e descolamento central amplo desinserindo o umbigo e mantendo-o preso ao retalho permite correção de diastase dos retos, boa ressecção de excesso de pele inferior, além de tratamento da flacidez moderada no abdome superior.

Pacientes e metodo

Foram operadas 58 pacientes no período de 1994 a 2007, todas do sexo feminino, com idade média de 41 anos, variando entre 23 e 52 anos, todas com anestesia peridural. A técnica empregada foi a combinação de procedimentos consagrados na literatura, sendo marcada previamente a porção de pele a ser ressecada no abdome inferior. Inicialmente, houve lipoaspiração do dorso, de cintura e de toda a região anterior do abdome. Na área central supra-umbilical, foi aspirado no plano superficial e profundo, a fim de definir os músculos retos abdominais. No restante do abdome, a lipoaspiração foi profunda, a fim de tentar preservar a irrigação da pele, uma vez que houve descolamento em área considerável (Fig. 1). Após lipoaspiração (Quadro 1), foi realizada incisão baixa na região pubiana, variando entre 13 e 18 cm (Quadro 2). Descolou-se em toda a região a ser ressecada, sendo então direcionado superiormente para a região mediana do abdome até aproximadamente 5 cm da borda lateral

Quadro 1. Volume aspirado durante a lipoabdominoplastia:

Volume	n
1000 a 1500 ml	22
1500 a 2000 ml	25
2000 a 2200 ml	11
Total	58

Quadro 2. Extensão da insisão para a realização da lipoabdominoplastia:

Tamanho	n
13 a 14 cm	22
14 a 15 cm	25
15 a 16 cm	07
16 a 17 cm	03
17 a 18 cm	01
Total	58

Quadro 3. Altura de reinserção do umbigo após ressecção do excesso de pele:

Reinserção do umbigo	n
3 cm mais baixo	39
4 cm mais baixo	17
5 cm mais baixo	02
Total	58

Quadro 4. Extensão de ressecção de excesso de pele após descolamento do retalho abdominal (sem aplicar tração):

Ressecção de pele	n
8 a 9 cm	32
9 a 10 cm	18
10 a 11 cm	08
Total	58

Quadro 5. Distribuição pré-operatória das características do abdômen das pacientes:

Características do abdômen	n
Aumento do volume total e flacidez moderada do abdômen superior	48
Aumento de volume e flacidez mais acentuada do abdômen superior	02
Abdominoplastia clássica prévia	03
Miniabdominoplastia prévia	05
Total	58

Quadro 6. Complicações:

Complicações	n
Presença de alguma flacidez no abdome superior	02
Cicatriz alargada	01
Ondulações na área aspirada	02
Total	05

dos retos. O umbigo foi seccionado na base e permaneceu preso ao retalho abdominal (Fig. 1). Isso permitia que fosse corrigida uma eventual diastase com plicatura dos retos abdominais desde o apêndice xifóide até o pubis (Fig. 2). Após plicatura, reinseriu-se o umbigo na aponeurose, aproximadamente 2 a 5 cm abaixo da posição original, a fim de tratar também alguma flacidez de pele do abdome superior (Quadro 3). Utilizando pontos de nylon 3-0 configurou-se facilmente a largura, o tamanho e a profundidade do novo umbigo. Excepcionalmente, nos casos de maior flacidez no abdome superior e umbigo alto, reimplantou-se o umbigo até 5 cm mais baixo (Fig. 2). Em seguida passou-se à ressecção do excesso de pele previamente marcado, ampliando-se além da marcação nos casos de maior flacidez após a lipoaspiração e o descolamento. A porção de pele ressecada do abdome inferior variou entre 8 e 11 cm (Quadro 4) (Fig. 3). Fechou-se a ferida cirúrgica com sutura intradérmica, com drenagem sob aspiração e pressoterapia com cinta elástica por 2 meses.

Resultados

No período de 1994 a 2007, foram operadas 58 pacientes do sexo feminino, com idade média de 41 anos, variando entre 23 e 52 anos, todas com anestesia peridural. Aumento do volume abdominal e flacidez moderada do abdomen superior foi observado em 48 casos. Em 2 casos havia flacidez mais acentuada e 3 pacientes já haviam sido submetidas a abdominoplastia clássica, que, apesar do resultado satisfatório no abdome inferior, apresentavam alguma flacidez e excesso de volume adiposo no abdômen superior. Cinco pacientes já haviam sido submetidas a miniabdominoplastia, permanecendo com flacidez e volume no abdome superior (Quadro 5). Todas foram operadas com a mesma combinação de procedimentos cirúrgicos descritos no presente trabalho.

Os resultados foram satisfatórios nos casos de aumento do volume abdominal e flacidez no abdome inferior com moderada flacidez do abdome superior. Em duas pacientes a flacidez do abdome superior já sugeria indicação de abdominoplastia completa, mas as pacientes pretendiam engravidar e não aceitaram tal indicação. Nesses casos, permaneceu alguma flacidez superior. No restante, as complicações foram pequenas irregularidades e discretas alterações cicatriciais, sendo corrigidas posteriormente com procedimentos ambulatoriais (Quadro 6) (Fig. 4, 6).

Discussão

As alterações estéticas da região abdominal são facilmente corrigidas com lipoaspiração isolada quando não há flacidez abdominal. A aborda-

gem é simples em casos de grande volume e muita flacidez através da abdominoplastia clássica, ou miniabdominoplastia convencional quando há deformidade restrita à região infraumbilical (1,3-5). Entretanto, a solução em casos de flacidez moderada no abdome superior ou umbigo excessivamente alto se torna mais complicada, sendo necessárias medidas não convencionais.

A abordagem dessas alterações estéticas é assunto amplamente estudado. Hackme (6) publicou detalhado estudo sobre evolução de técnicas para correção de excessos abdominais. Já o tratamento de aumento do volume adiposo em pacientes sem flacidez de pele teve nos trabalhos de Illouz (7) grande evolução, com a lipoaspiração. Callia (5) estudou minuciosamente o tratamento de abdome pendular com grande volume, enquanto Wilkinson e Swartz (9) e Greminger (10) introduziram importantes conceitos no tratamento do abdome inferior.

A cicatriz umbilical também foi bastante estudada, e abordagens externas com desenhos variados foram descritas, mas a liberação do umbigo na implantação aponeurótica e posterior reimplante foi descrita por Callia (8) e Avelar (11), que realizava sua reimplantação cerca de 2 cm mais baixo.

Após utilização ampla da lipoaspiração, diversos estudos demonstraram a possibilidade do uso associado à abdominoplastia. Matarasso (3,4) utiliza a lipoaspiração em todos os tipos de abdominoplastia, restringindo seu uso mais à área não descolada. Valiosos estudos anatômicos como os de Huger (12) permitiram que fossem realizados procedimentos cada vez mais seguros nas abdominoplastias. O descolamento limitado torna mais seguro o procedimento, pois preserva a vascularização do retalho (4,13). Saldanha (13) e Graf (5) defendem que a lipoaspiração da região supraumbilical pode trazer comprometimento ao retalho, mas não houve sinal de sofrimento dessa área.

Conclusão

A técnica empregada é válida, pois permite o tratamento da flacidez moderada do abdome superior e inferior com incisão de tamanho aceitável. O descolamento reduzido torna viável a realização da lipoaspiração de volume considerável. A ausência de cicatriz externa umbilical evita o estigma, deixando o umbigo com aspecto estético natural e as complicações no geral são relativamente raras, semelhantes às encontradas nas abdominoplastias convencionais.

Comentario al trabajo «Lipoabdominoplastia con desinserción umbilical y despegamiento abdominal reducido»

Dr. Carlos del Pino Roxo

Jefe del Servicio de Cirugía Plástica del Hospital General Andarí, Río de Janeiro, Brasil

Chefe do Serviço de Cirurgia Plástica, Hospital General Andarí, Río do Janeiro. Brazil

Observando el trabajo podemos notar que se trata de un procedimiento que requiere mucha atención por parte del cirujano, dado que se trata de un abordaje que nos permite apenas corregir pequeños excesos de piel de la región supraumbilical, y que tiene en nuestra opinión una buena indicación para la resección del exceso de piel en la región infraumbilical.

Pensamos que, el obliquo solo debe ser cambiado de su posición original en aquellas pacientes en las que se encuentre más arriba de lo normal, y que la colocación del mismo en un punto más bajo puede provocar una gran insatisfacción y ser además muy difícil de corregir.

En cuanto a la asociación de lipoaspiración superficial y profunda en todo el abdomen, con despegamiento del colgajo abdominal, creemos que dicho despegamiento debe ser moderado pues la posibilidad de un sufrimiento de dicho colgajo es muy grande, y no creemos que sea posible un buen resultado de abdominoplastia sin un tratamiento de la pared abdominal (plicatura), lo que conlleva la necesidad de disecar hasta el apéndice xifoides.

Para terminar, creemos que una cicatriz bien posicionada queda mejor aun siendo más grande que una no tan bien posicionada, pues permite a las pacientes usar trajes de baño y ropa interior más sensuales.

Espero con este comentario acrecentar y no disminuir las cualidades del trabajo presentado.

Observando-se o trabalho em tela, podemos notar que se trata de um procedimento que requer muita atenção por parte do cirurgião uma vez que esta abordagem nos permite apenas corrigir pequenos excessos de pele na região supra umbelical, tendo em nossa opinião boa indicação para ressecção de excesso de pele em região infra umbelical.

È nossa opinião, que a cicatriz umbelical deve ser alterada de sua posição apenas em pacientes nos quais se encontre mais acima do que o normal, e que a colocação da mesma em um ponto mais baixo pode trazer uma insatisfação muito grande às pacientes, sendo a mesma de difícil correção.

Quanto à associação de lipoaspiração superficial e profunda, de todo o abdome, com o descolamento do retalho abdominal, cremos que tal descolamento deva ser bastante moderado afim de evitar-mos a ocorrência de sofrimento do retalho abdominal, cuja possibilidade é bem grande, uma vez que não acreditamos em bom resultado de abdominoplastia sem o tratamento da parede abdominal (plicatura), o que nos traz a necessidade de dissecção até o apendice xifóide.

Para terminarmos temos a acrescentar que mais importante que o tamanho de uma cicatriz em abdominoplastia, é a sua localização, pois uma cicatriz maior bem posicionada fica muito melhor que uma cicatriz menor mal posicionada, pois permite o uso de biquinis e roupas mais sensuais.

Espero que estas considerações acrescentem, e não diminuam qualidade ao trabalho apresentado.

Respuesta al comentario del Dr. Carlos del Pino Roxo

Dr. Cido Carvalho

En relación con el comentario del Dr. Roxo, debo aclarar que la indicación se restringe a aquellas pacientes con flacidez moderada del abdomen superior, y la lipoaspiración se hace en el plano profundo en toda la zona despegada, y solo en la línea media supra e infraumbilical, la lipoaspiración es superficial y profunda; el despegamiento se hace hasta apéndice xifoides, lo que permite una plicatura de los rectos igual a la de una plicatura convencional.

Em relação ao comentário do Dr. Roxo, devo esclarecer que a indicação é restrita à paciente com flacidez moderada no abdome superior; a lipoaspiração é somente na camada profunda, em toda a área descolada, e que apenas na linha média supra-umbilical é que a lipoaspiração é superficial e profunda; o descolamento é feito até o apêndice xifóide, permitindo a plicatura dos retos como na abdominoplastia convencional.