



ABDOMINOPLASTIA PÓS CIRURGIA BARIÁTRICA: AVALIAÇÃO DE FATORES QUE CONTRIBUEM PARA A EFICIÊNCIA ESTÉTICA FINAL



Gabriel Peres¹, Bruno Marino Claro²;
Marcelo de Campos Guidi³; Paulo Kharmandayan⁴

¹Graduação em Medicina, ²Médico Residente, ³Médico Assistente, ⁴Professor Assistente

Agência
Financiadora:



Departamento de Cirurgia, Disciplina de Cirurgia Plástica, Faculdade de Ciências Médicas, CP 6111
Universidade Estadual de Campinas - UNICAMP, CEP 13083-970, Campinas, SP, Brasil.

Palavras-chave: Abdominoplastia - Cirurgia Bariátrica - Obesidade Mórbida.

1. INTRODUÇÃO

A obesidade é uma doença crônica da atualidade, um problema de saúde pública tanto em países desenvolvidos quanto em subdesenvolvidos. Frequentemente, está associada a diversas comorbidades (ABAO, 2006).

A obesidade mórbida é diagnosticada em pacientes cujo peso excede a duas vezes o peso ideal para sua altura ou quando o Índice de Massa Corporal [IMC=(peso em quilogramas)/(altura em metros)²] é superior a 39 kg/m² (Joffe, 1981).

Quando a perda de peso é ineficiente, utilizando-se, por cinco anos, de métodos não cirúrgicos, o que ocorre em aproximadamente 95% dos casos (ABAO, 2006), a conduta mais utilizada atualmente é a cirurgia bariátrica (Pareja et al., 2005), cujas indicações são: IMC maior ou igual a 40 kg/m² e, para os casos em que comorbidades estão presentes, utiliza-se como referência IMC maior ou igual a 35 kg/m². Este procedimento se mostra como um eficaz e duradouro controle do peso (Associação Brasileira de Apoio ao Obeso, 2006).

Das técnicas utilizadas, o bypass gástrico em Y-de-Roux, que produz restrição alimentar e má absorção relativa, é considerada a cirurgia mais eficaz nessa proposição, sendo a mais utilizada nos Estados Unidos da América, país em que é realizado o maior número de cirurgias no mundo, e também no Brasil, incluindo o Hospital de Clínicas da Universidade Estadual de Campinas (Garrido-Jr, 2000).

A cirurgia bariátrica tem mais um resultado positivo a ser considerado, relativo ao fator da vida social desses pacientes, os quais, após a perda de peso, apresentaram melhora na auto-estima, (Sugerman et al., 2003).

Após estabilizados o peso do paciente e o seu metabolismo, ficam evidentes as sobras de pele em todo o corpo. Desta forma, a cirurgia plástica tem como objetivo retirar o pâncreo dermogorduroso decorrente da grande perda de peso que ocorre após a gastroplastia redutora, significando, em muitos casos, uma cirurgia higiênica, associada à melhora da imagem corporal do paciente e de sua própria dignidade (Furtado et al., 2004).

De forma geral, nos casos em que foi previamente feita a gastroplastia, a abdominoplastia é uma cirurgia que consiste em uma incisão na linha mediana, e quando a cirurgia bariátrica deixou uma cicatriz nessa região, a incisão é feita sobre a mesma, além de outra incisão transversal na altura da região pubiana. Em ambas as incisões, são retiradas partes cuneiformes de pele, ou seja, a técnica com ressecção de pele, tanto vertical quanto horizontalmente, permite a correção mais eficaz dos excessos resultantes do emagrecimento acentuado (Soundararajan et al., 1995).



Figura 1.1. Esquemática de pré, intra e pós operatório da abdominoplastia.

Em certos casos, para melhor aspecto estético, torna-se necessária a realização de mais de uma abdominoplastia, além da combinação com outros tipos de dermolipectomias (Ward e Wilson, 1989).

A avaliação corporal deve ser global, delineando os elementos internos, externos e os aspectos da intimidade. Portanto, faz-se necessário não só uma avaliação antropométrica (quantitativa), mas também subjetivas do avaliador e do paciente (qualitativas) (Sautchuk, 2007).

Para avaliação antropométrica, pode-se utilizar o compasso de dobras cutâneas (Guedes, 1994), cálculo de IMC e medidas das circunferências abdominal, de

cintura e razão entre estas (Sautchuk, 2007).

Na avaliação subjetiva, temos: a parte do avaliado, que informa aspectos sobre seus hábitos alimentares e de atividade física, além de aspectos de auto-estima e satisfação com a imagem corporal; e a parte do avaliador, que qualifica o observado, no caso desta pesquisa, com critérios previamente definidos (Sautchuk, 2007).

2. METODOLOGIA

2.1. Pacientes

Foram convocados 27 pacientes adultos, homens e mulheres, submetidos a dermolipectomias abdominais pós cirurgia bariátrica, realizadas no Hospital de Clínicas da UNICAMP no período de janeiro de 2002 a janeiro de 2007.

Os critérios de inclusão e exclusão foram meramente baseado na qualidade e quantidade de dados disponibilizados nos prontuários. Assim, foram selecionados os pacientes cujos prontuários estivessem mais completos.

O comparecimento era voluntário, sendo que destes 27, apenas 18 compareceram nas três datas a eles disponibilizadas.

O Comitê de Ética em Pesquisa da FCM-UNICAMP autorizou a realização desta pesquisa sob o protocolo nº 207/2007.

2.2. Métodos

Dois protocolos foram aplicados: o primeiro avaliou os pacientes retrospectivamente, considerando o período pós cirurgia bariátrica até a realização da abdominoplastia; o segundo, avaliou prospectivamente à realização da abdominoplastia, constando de entrevistas baseadas numa anamnese, avaliação antropométrica (quantitativa), avaliação médica (qualitativa e quantitativa) e avaliação do paciente (qualitativa).

A anamnese abordou hábitos de alimentação, tabagismo e prática esportiva.

A avaliação antropométrica consistiu na aferição de: altura, peso, cálculo de IMC, circunferências de cintura e abdominal e adipometria.

Para avaliação médica foram estabelecido critérios para a pontuação. Estes critérios para quantificação de pontos são baseados na observação (qualitativa), sendo a pontuação do resultado final, uma ponderação de todos os itens observados.

Na avaliação do paciente, foi levado em consideração aspectos da auto-imagem, satisfação e auto-estima destes com relação à abdominoplastia.

Os pacientes foram divididos em dois grupos (E e I), segundo critérios do Quadro 2.1..

Quadro 2.1. Classificação dos pacientes nos grupos E e I, baseada no resultado estético.

	Resultados EFICIENTES Grupo E (n= 6)	Resultados INSATISFATÓRIOS Grupo I (n= 12)
Pontuação do Resultado Final (da Avaliação Médica)	= 7 (maior ou igual a sete)	< 7 (menor que sete)

A partir do acima exposto, para elaboração dos resultados e da discussão, foram feitas comparações das proporções relativas às características observadas em cada grupo, os quais podem ser ilustrado pelas fotos, abaixo, de duas pacientes dos Grupos E e I, respectivamente nas figuras 2.1. e 2.2. .



Figura 2.1. Paciente do Grupo E.

Figura 2.2. Paciente do Grupo I.

3. RESULTADOS E DISCUSSÃO

	Grupo E	
	Pré → pós gastroplastia	Pós abdominoplastia
Hipertensão Arterial Sistêmica (prevalência)	83% → zero	zero
Diabetes Mellitus (prevalência)	zero	zero
Tireoidopatias (prevalência)	zero	zero
Outras Patologias (prevalência)	66,7% → 33,3%	33,3%
Tabagistas	16,7%	16,7%
Perda Média de Peso	44,82%	---
Redução Média de IMC	44,9%	---
Média de IMC - Atual	---	30,4 kg/m ²
Hérnias Pós Cirurgia Bariátrica	83,3%	---
Média de material ressecado	---	1062,5 gramas
Tipos de incisão:	---	---
Supra-pública	---	16,7%
Âncora	---	66,7%
Mediana	---	16,7%
Rafia de pele:	---	---
Pontos Simples	---	33,3%
Pontos Intradérmicos	---	66,7%
Complicações cirúrgicas	---	50,0%
Atividades Físicas	---	50,0%
Ingesta Usual de Guloesimas	---	16,7%
Circ. Abdominal / Cintura (média)	---	1,02
Outras Cirurgias Plásticas	---	33,3%
Avaliação Médica:	---	---
→ Por média de notas atribuídas para	---	---
Aparência	---	8,2
Cicatrização	---	7,2
Flacidez	---	6,8
Resultado Final	---	8,0
Avaliação feita pelos Pacientes:	---	---
→ Por média de notas atribuídas para	---	---
Aparência	---	8,0
Melhoria na qualidade de vida	---	7,7
Auto-estima	---	7,7
Impressão de pessoas do convívio	---	9,2
Resultado Final	---	9,2

	Grupo I	
	Pré → pós gastroplastia	Pós abdominoplastia
Hipertensão Arterial Sistêmica (prevalência)	83% → 33,3%	33,3%
Diabetes Mellitus (prevalência)	41,7% → 8,3%	8,3%
Tireoidopatias (prevalência)	15,4%	15,4%
Outras Patologias (prevalência)	66,7% → 25,0%	25,0%
Tabagistas	25%	16,7%
Perda Média de Peso	36,25%	---
Redução Média de IMC	37,0%	---
Média de IMC - Atual	---	38,2 kg/m ²
Hérnias Pós Cirurgia Bariátrica	91,7%	---
Média de material ressecado	---	3995 gramas
Tipos de incisão:	---	---
Supra-pública	---	25,0%
Âncora	---	58,3%
Mediana	---	8,3%
Rafia de pele:	---	---
Pontos Simples	---	63,6%
Pontos Intradérmicos	---	36,4%
Complicações cirúrgicas	---	66,7%
Atividades Físicas	---	25,0%
Ingesta Usual de Guloesimas	---	17,0%
Circ. Abdominal / Cintura (média)	---	1,04
Outras Cirurgias Plásticas	---	25,0%
Avaliação Médica:	---	---
→ Por média de notas atribuídas para	---	---
Aparência	---	5,3
Cicatrização	---	5,8
Flacidez	---	3,7
Resultado Final	---	5,3
Avaliação feita pelos Pacientes:	---	---
→ Por média de notas atribuídas para	---	---
Aparência	---	8,5
Melhoria na qualidade de vida	---	9,3
Auto-estima	---	9,0
Impressão de pessoas do convívio	---	9,2
Resultado Final	---	9,0

As prerrogativas qualitativas e quantitativas utilizadas no item Resultado Final da Avaliação Médica, que serviram para a separação da amostra em dois grupos, E e I, foram confirmadas pelos dados antropométricos, uma vez que os pacientes do Grupo E apresentaram, proporcionalmente, menor média de IMC, além de menores médias de valores para todos os pontos anatômicos aferidos pelo adipômetro, exceto de panturrilha medial (área cuja pele pode estar mais flácida naqueles que apresentaram um emagrecimento mais acentuado). Associado a isso, temos no Grupo E, hábitos alimentares mais saudáveis, prática esportiva mais arraigada em seus hábitos, menor prevalência de patologias associadas e complicações cirúrgicas.

Quanto às diferenças de técnicas mais utilizadas no Grupo E, daremos destaque a: incisão em Âncora e fechamento desta com pontos Intradérmicos.

4. CONCLUSÃO

O cuidado e exigência com o corpo e a saúde, influenciado pelas condições psico-sociais em que o paciente se insere, é um dos fatores cujas consequências diretas são: maior perda de peso ponderal e redução de IMC pré-abdominoplastia, melhor cicatrização, menor flacidez e menos tecidos residuais pós-abdominoplastia. A consequência indireta é o resultado estético final do paciente.

Sugere-se, portanto, na relação equipe multidisciplinar-paciente, o incentivo e a ênfase com relação à adoção de hábitos de vida saudáveis, com triagem ou, quando necessário, acompanhamento psicológico e de assistência social, como maneira adjuvante na obtenção de bons resultados decorrentes de

dermolipectomias.

Além disso, pelo observado durante a realização desta, sugerimos um maior cuidado com relação à obrigação ética do preenchimento dos prontuários, ainda mais em uma instituição cujos fins, além da extensão, são ensino e pesquisa; um programa de informatização dos arquivos do Serviço de Arquivo Médico do HC-UNICAMP; e uma maior dinamicidade do Serviço Social.

5. AGRADECIMENTOS

Aos docentes e residentes da Disciplina de Cirurgia Plástica da FCM-UNICAMP.

Aos residentes da Disciplina de Cirurgia Plástica da FCM-UNICAMP e à ex-residente Juliana C.V.F.R.A. Guidi.

Ao Prof. Dr. Paulo R. de Oliveira (coordenador do Laboratório de Atividade Física e Performance Humana - FEF - UNICAMP), Prof. Miguel de Arruda (FEF UNICAMP), Prof. Dr. Joaquim A. Neto (Educação Física - Metrocamp) e ao Prof. Dr. Elinton A. Chaim (FCM-UNICAMP).

A todos aqueles que contribuíram direta ou indiretamente à realização desta.

6. REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS

- ASSOCIAÇÃO BRASILEIRA DE APOIO AO OBESO [acesso em março de 2006]. Disponível em: URL: <http://www.abao.org.br>
- FURTADO I.R., NOGUEIRA C.H., LIMA JÚNIOR, E.M. Cirurgia plástica após a gastroplastia redutora: planejamento das cirurgias e técnicas. Rev Soc Bras Cir Plást, 1997;19(2):29-40, maio-ago 2004
- GARRIDO-JR A.B.. Cirurgia em obesos mórbidos: experiência pessoal. Arq Bras Endocrinol Metabol 2000;44:106-13
- GUÉDES, D. P., Composição corporal: princípios, técnicas e aplicações. Londrina: Associação dos Professores de Educação Física 1994.
- JOFFE S.N.. Surgical management of morbid obesity-Progress report. Gut 1981; 22: 242-254
- PAREJA J.C., PILLA V.F., CALLEJAS-NETO F., COELHO-NETO J.S., CHAIM E.A., MAGRO D.O.. Gastroplastia redutora com bypass gástrico jejunal em y-de-roux: conversão para bypass gastrointestinal distal por perda insuficiente de peso - experiência em 41 pacientes. Arq. Gastroenterol;42(4):196-200, out.-dez. 2005.
- SAUTCHUK C. E., A medida da gordura: O interno e o íntimo na academia de ginástica. MANA 2007;13(1):181-205.
- SOUNDARARAJAN V., HART N.B., ROYSTON C.M.. Abdominoplasty following vertical banded gastroplasty for morbid obesity. Br J Plast Surg 1995; 48(6):423-427.
- SUGERMAN H.J., SUGERMAN E.L., DEMARIA E.J., KELLUM J.M., KENNEDY C., MOWERY Y., WOLFE L.G.. Bariatric surgery for severely obese adolescents. J Gastrointest Surg 2003; 7(1):102-107; discussion 107-108.
- WARD D.J., WILSON J.S.. Abdominal reduction following jejunoileal bypass for morbid obesity. Br J Plast Surg 1989; 42(5):586-590.