

# DERMOLIPECTOMIA EM ÂNCORA APÓS MACIÇA PERDA PONDERAL: RELATO DE CASO

**Natália Santana Aguiar**<sup>\*1</sup>, Fernanda Cecília Gonçalves Marques<sup>\*1</sup>, Gleyson Duarte Nogueira Filho<sup>\*1</sup>, Maria Alini Oliveira Barros<sup>\*1</sup>,  
Roane Gabelini Caixeta Vieira<sup>\*1</sup>, Sabrina Ribeiro Batista<sup>\*1</sup>, Thalyta Aparecida Leite de Lima<sup>\*1</sup>, Pedro Henrique Soubhia Sanches<sup>\*2</sup>

\*1 – Acadêmico de Medicina, Faculdade Ceres (FACERES), São José do Rio Preto/SP

\*2 – Professor da Faculdade Ceres (FACERES), São José do Rio Preto/SP

## INTRODUÇÃO

A obesidade é definida pela Organização Mundial da Saúde (OMS) como uma doença crônica, caracterizada pelo excesso de gordura corporal e mensurada pelo índice de massa corpórea (IMC). A terapêutica mais eficaz para redução do excesso de peso é a cirurgia bariátrica. O tecido flácido no abdômen dos pacientes pós bariátrica, em razão do emagrecimento súbito, pode trazer prejuízos como insatisfação, incômodo, comprometimento da mobilidade e do bem-estar psicossocial. A correção cirúrgica do contorno corporal, como a abdominoplastia em âncora, é considerada o tratamento que restitui a qualidade de vida e a autoimagem do paciente, por remover a gordura localizada no quadrante inferior do abdômen e a flacidez na região periumbilical. A técnica é realizada com a marcação do retalho, no qual o avental púbico será corrigido pela delimitação do excesso cutâneo. Assim que o retalho é removido, é realizada plicatura vertical na aponeurose dos músculos reto-abdominais, com pontos separados em U, do apêndice xifoide ao púbis. Por fim, ocorre a fixação do pedículo umbilical à aponeurose e fechamento dos planos.

## RELATO DE CASO

Paciente A.L.M., 29 anos, queixa de flacidez abdominal após grande emagrecimento. Realizou cirurgia bariátrica (gastroplastia com desvio em “y de roux” vídeo laparoscópica) há 3 anos e evoluiu com perda de 50 kg. Na consulta pré-operatória a paciente estava com peso estável há 1 ano. Como cirurgias prévias, relata duas cesáreas. Nega comorbidades e alergias. Ao exame físico foi avaliada flacidez cutânea vertical e horizontal, além de diástase do músculo reto abdominal, sendo proposto dermolipectomia em âncora com plicatura do músculo reto abdominal. Em seguida, foram realizadas orientações sobre o pós-operatório e a mesma assinou o Termo de Consentimento Livre e Esclarecido. No momento da cirurgia o peso da paciente era de 70kg. Essa evoluiu sem intercorrências, com duração de uma hora e quarenta minutos e a paciente recebeu alta no primeiro dia do pós-operatório. O acompanhamento foi realizado ambulatorialmente, sem complicações. A paciente ficou satisfeita com o resultado, e referiu melhora da qualidade de vida.



## DISCUSSÃO

Os excessos cutâneos após a redução ponderal da cirurgia bariátrica ocorrem principalmente no abdome, ponto crítico de deformidade após perda ponderal maciça, e resultam na queda da qualidade de vida e baixa autoestima. Para melhora desses fatores, a cirurgia plástica reparadora mais utilizada para o contorno corporal é a abdominoplastia ou dermolipectomia abdominal. Com a evolução dos estudos sobre as técnicas cirúrgicas, a abdominoplastia apenas com a cicatriz horizontal, demonstrou não tratar adequadamente este excesso, levando a utilização da técnica de dermolipectomia em âncora, descrita primeiramente por Castañares & Goethel, a qual permite a ressecção do excesso cutâneo no sentido horizontal bem como no vertical. Trata-se de um método seguro, efetivo e os ex-obesos relatam satisfação com o corpo após o procedimento.

## REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS

1. Fandiño J, Benchimol AK, Coutinho WF, Appolinário JC. Cirurgia Bariátrica: aspectos clínico-cirúrgicos e psiquiátricos. R. Psiquiatr. RS. 2004; 26(1): 47-51.
2. Cortes JES, Oliveira DP, Sperli A. Abdominoplastias em âncora em pacientes ex-obesos. Rev. Bras. Cir. Plást. 2009; 24(1): 57-63.
3. Castanha CR, Ferraz AAB, Castanha AR, Belo GQM, Lacerda RMR, Vilar L. Avaliação da qualidade de vida, perda de peso e comorbidades de pacientes submetidos à cirurgia bariátrica. Rev. Col. Bras. Cir. 2018; 45(3): e1864.
4. Souza NMM, Santos ACO, Cruz FS, Guimarães H, Silva LML, Lima DSC, Ferraz AAB, Kreimer F. Impacto nutricional da cirurgia bariátrica: estudo comparativo do Bypass gástrico em Y de Roux e do Sleeve entre pacientes dos sistemas público e privado de saúde. Rev. Col. Bras. Cir. 2020; 47.
5. Neto PP, Oliveira AAR, Rocha MFBF. Motri. 2018; 14 (1): 117-122.
6. Anlatıcı R, Özerdem G, Demiralay S, Özerdem Ö. One-Stage Combined Postbariatric Surgery: A Series of 248 Procedures in 55 Cases. Aesthetic Plast Surg. 2018;42(6):1591-9.
7. Mendes FH, Viterbo F, Luna ALAP. Inner Scar Umbilicus: New Horizons for Vertical Abdominoplasty. Plast Reconstr Surg. 2018;141(4):507e-16e.
8. Kantar RS, Rifkin WJ, Wilson SC, David JA, Diaz-Siso JR, Levine JP, Golas AR, Ceradini DJ. Abdominal Panniculectomy: Determining the Impact of Diabetes on Complications and Risk Factors for Adverse Events: Abdominal Panniculectomy. Plastic and Reconstructive Surgery, 2018;142(4): 462e-471e.
9. Sieffert MR, Fox JP, Abbott LE, Johnson RM. Obesity Is Associated with Increased Health Care Charges in Patients Undergoing Outpatient Plastic Surger: Plastic and Reconstructive Surgery, 2015; 135(5): 1396-1404.
10. Guest RA, Bourne DA, Chow I, Gusenoff JÁ, Rubin JP. The Impact of Massive Weight Loss on Psychological Comorbidities: A Large, Retrospective Database Review: Aesth Plast Surg, 2019; 43(6):1570-1574.
11. Batac J, Hamade M, Hamade H, Glickman, L. Abdominoplasty in the Obese Patient. Plastic and Reconstructive Surgery, 2019; 143(4), 721e-726e.
12. Inforzato HCB, Garcia EB, Montano-Pedroso JC, Ferreira LM. New Approach for Post-bariatric Abdominoplasty with Extended Vertical Resection: A Prospective Cohort Study: Aesth Plast Surg, 2019; 43(3):711-717.