

TRABAJOS CIENTÍFICOS

Abdominoplastia. Selección de una técnica para la plastia del contorno abdominal

Dr. LLAMIL KAUAK KAUAK

Hospital Militar, Santiago

TRABAJO DE INGRESO

RESUMEN

Es necesario seleccionar la técnica apropiada para corregir el contorno abdominal, existen varias técnicas como abdominoplastia clásica, miniabdominoplastia, lipoaspiración, mini lipo abdominoplastia, etcétera. La selección de uno de estos métodos está condicionada a la presencia de ciertos elementos anatómicos del paciente que deben tomarse en consideración.

PALABRAS CLAVES: **Contorno abdominal, abdominoplastia, factores anatómicos**

SUMMARY

In order to correct the abdominal contour, the appropriate technique must be selected. Several techniques are available: classic abdominoplasty, mini abdominoplasty, liposuction, mini liposuction, etc. The technique is chosen according the anatomic elements of the patient.

KEY WORDS: **Abdominal contour, abdominoplasty techniques, anatomic factors**

INTRODUCCIÓN

La corrección estética del contorno del abdomen requiere una evaluación exhaustiva del paciente respecto a ciertos parámetros anatómicos, cuya presencia condicionará la toma de decisión de la técnica de abdominoplastia que debe indicarse según el caso.

La abdominoplastia llamada clásica, consiste en la resección de un colgajo cutáneo abdominal que se inicia con una incisión horizontal suprapúbica extendida a ambos lados hasta la cresta ilíaca anterosuperior.

Un decolamiento amplio supra-aponeurótico hasta el nivel de las últimas costillas y xifoides

rodeando el ombligo sin su desinserción, permite obtener un amplio colgajo.

Una plicatura desde el xifoides al pubis de la vaina de los músculos rectos permite tratar la diástasis muscular habitual entre ambos rectos.

Poniendo en posición semisentada al paciente, la tracción de este colgajo cutáneo hacia distal permite reseca el excedente que sobrepasa la incisión suprapúbica horizontal inicial, uniéndose este colgajo cutáneo a la fascia se evita la formación de seromas postoperatorios; entonces varios puntos separados, son dados entre el celular subcutáneo y el plano fascial en forma lineal ordenada desde proximal a distal para adherir el colgajo. Ambos

bordes de la herida son suturados. Finalmente se exterioriza el ombligo.

Indicaciones

Generalmente los pacientes solicitan la corrección del contorno abdominal deformado por excesivo tejido graso acumulado, con flacidez de la piel y estrías cutáneas producidas por rotura de las fibras elásticas en virtud de distensión progresiva del dermis (obesidad, multíparas, ascitis). Es habitual la existencia asociada de diástasis de músculos rectos abdominales.

Se indica esta cirugía en casos de flacidez postenmagrecimiento después de obesidad, frecuentemente en casos de obesidad mórbida en que es necesario hacer abdominoplastia como parte de la terapia, ya sea médica o quirúrgica, que se ha venido desarrollando en la última década a través de cirugía gastrorestrictiva y derivativa.

Cicatrices deformantes de la pared abdominal, secuelas de quemaduras, defectos cicatriciales postcirugías, hernias abdominales, reconstrucción después de grandes pérdidas de la pared (como ablación postcáncer, deformidades congénitas), dolencias cutáneas (cutis laxa, seudoxantoma elástico) son también indicaciones de abdominoplastia.

Contraindicaciones

Las pacientes obesas representan un cierto grado de contraindicación a la cirugía electiva, es necesario someterlas a un plan de adelgazamiento bajo supervisión del especialista en obesidad para evitar las posibles complicaciones. Una historia de dolencia cardiopulmonar, enfermedad respiratoria crónica, enfermedad metabólica, diabetes, inmunodeficiencia, o episodio tromboembólico también debe ser motivo para evitar esta cirugía electiva, como también expectativas irreales o antecedentes de cicatrización defectuosa deben ser muy bien analizadas con el propio paciente antes de operar.

No debe realizarse una abdominoplastia asociada a cirugía contaminada, como ser histerectomía por vía vaginal, colecistectomía en colecistitis aguda, quistes o alteraciones cutáneas potencialmente contaminadas.

Historia

En los inicios del siglo XX (1900) las abdominoplastias eran paniculectomías, sólo en el año 1960 se hicieron comunes las dermolipectomías. La primera paniculectomía se reporta en 1899 por Kelly, consistente en una resección de 90 cm de

largo por 31 cm de ancho, con espesor de 7 cm con una extirpación de 7.450 gramos en una resección transversa. Posteriormente, otros como Passot y Torek, reglamentaron más este procedimiento para permitir decolamientos y mantener el ombligo. Vernon introdujo el concepto de la exteriorización del ombligo.

En los años 1958-60 numerosos cirujanos sudamericanos publicaron sus trabajos sobre lipectomías como Somalo, Iturraspe, Callia, Serson.¹⁻² Pero fue Ivo Pitanguy³⁻⁵ quién primero publicó su casuística de 300 casos consecutivos popularizando el método, al cual agregó una plicatura de la vaina de los músculos rectos abdominales, la cual permitía corregir la diástasis muscular, a partir de entonces la plicatura es de regla en el procedimiento.

Desde esa época otros autores presentaron modificaciones sobre la técnica, como la dirección de la incisión horizontal respecto a su forma y tamaño, igualmente la forma del ombligo al exteriorizarlo, como Regnault, Grazer, Avelar.^{6,7} Sin embargo, ha perdurado como método clásico la incisión horizontal, el decolamiento amplio, la plicatura y la exteriorización del ombligo.

Antaño, incisiones verticales fueron publicitadas por Babcock en 1916, y también combinaciones de vertical y horizontal, (Wheihold, Galtier, Regnault). Otros autores prolongaron la incisión en forma circular hacia el dorso, creando un resección en cinturón, Solamo 1949 y González-Ulloa 1959.⁸⁻¹¹

Actualidad

En la actualidad existen variantes de la técnica clásica de abdominoplastia, asociadas o no a una lipoaspiración, pudiendo ser esta última técnica el único tratamiento indicado para corregir el contorno abdominal, por lo tanto, es necesario definir claramente cuál es el procedimiento adecuado según cada paciente.

Objetivo

1. Definir los factores anatómicos presentes en la pared abdominal que condicionan la elección de la técnica ideal.
2. Definir, el (los) procedimientos que están indicados según la condición de la pared abdominal.

MATERIAL Y MÉTODO

1. Fueron definidos los factores anatómicos determinantes a ser evaluados en el preoperatorio.
 1. Flacidez de la pared.
 2. Posición del ombligo.

3. Presencia de cicatrices abdominales.
4. Distancia reborde costal-espinal ilíaca anterosuperior (talle).

Flacidez de la pared abdominal puede tener, cuatro características:

- a) Puede ser mínima, b) Puede ser moderada, sólo bajo ombligo, c) Moderada arriba y bajo ombligo, d) Significativa global.

Ombligo, puede tener tres posiciones normales, considerándose la ubicación estándar la ubicada a tres cm por arriba la línea horizontal que une las crestas ilíacas anterosuperior:

- a) Bajo, b) Medio, c) Alto.

Cicatriz, una o más pueden ser relevantes, si provocan o no retracción de la pared, deformidad

estética, o riesgo potencial de daño de la pared y o visceral. Fue catalogada como:

- a) Inexistentes, b) No retráctil, c) Muy retráctil, d) Riesgosa.

Distancia desde el reborde costal a las espinas ilíacas anterosuperiores, es lo que se define como "Talle", determina un tronco más o menos largo, lo cual debe ser considerado en la extensibilidad del colgajo abdominal en la tracción. Fue catalogada esta altura o distancia como:

- a) Baja, b) Media, c) Alta.

II. Fueron definidos los procedimientos quirúrgicos que se utilizaron según la presencia de los factores anatómicos.

1. Liposucción.
2. Resección cutánea baja más liposucción.
3. Resección cutánea baja más plicatura infraumbilical c/s liposucción.
4. Resección cutánea baja con plicatura supra e infra umbilical. Sin desinserción cutánea baja con plicatura supra e infraumbilical sin desinserción de ombligo, c/s liposucción.
5. Lipectomía clásica, c/s liposucción (Figuras 1, 2 y 3).

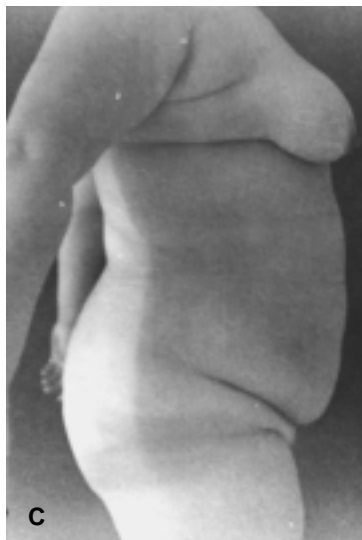


Figura 1. Paciente de 39 años portadora de lipodistrofia. A) Preoperatoria. Visión oblicua planificación. B) Postoperatoria. Visión oblicua. C) Preoperatoria. Visión lateral. D) Postoperatoria. Visión lateral. Al 3er mes, después de lipectomía abdominal mamoplastia y lipoaspiración.



Figura 2. Lipodistrofia. A) Preoperatoria frontal, B) Postlipectomía abdominal frontal, C) Lateral preoperatoria, D) Lateral postoperatoria.

RESULTADOS

Fueron evaluados retrospectivamente 101 pacientes tratados quirúrgicamente de la pared abdominal.

- 33 pacientes con lipoaspiración abdominal sectorial.
- 24 pacientes con lipectomía clásica más liposucción complementaria.
- 31 pacientes con lipectomía clásica.
- 13 pacientes con resección cutánea baja, más plicatura infraumbilical, o plicatura infra y supraumbilical sin desinserción umbilical.

Análisis

I. Fueron tratados con liposucción 33 pacientes. La indicación se basó en las características de

buena elasticidad cutánea y buen estado y disposición de la musculatura.

II. Los pacientes tratados con lipectomía clásica más lipoaspiración complementaria fueron 24 casos, seleccionados por considerarse portadores de flacidez supra e infraumbilical y además de lipodistrofia en los flancos y/o epigastrio.

El volumen de grasa pura aspirada, nunca sobrepasó más de 3 l.

La lipectomía fue clásica con la plicatura de aponeurosis supra e infraumbilical.

En los casos de duda respecto a la tracción del colgajo y a la incisión inicial suprapúbica se prefirió iniciar ésta en la línea umbilical (es decir, los lados del triángulo de la marcación inicial), para después de decolar ampliamente y traer el colgajo hacia distal sin tensión, entonces, hacer la incisión distal (base del triángulo), dando más seguridad respecto a la situación definitiva de la línea de unión.

No se realizó una plastia con cicatriz vertical, por considerarse de riesgo para el colgajo. Aplicándose un criterio de dejar una cicatriz un poco más alta suprapúbica horizontal, previo acuerdo con el paciente. No existe una contraindicación respecto a dejar una cicatriz en T, pero preferimos evitarla.

Si existe previamente una vertical, en este caso lógicamente se puede hacer la plastia con sólo una cicatriz vertical, o una en T invertida según el caso.

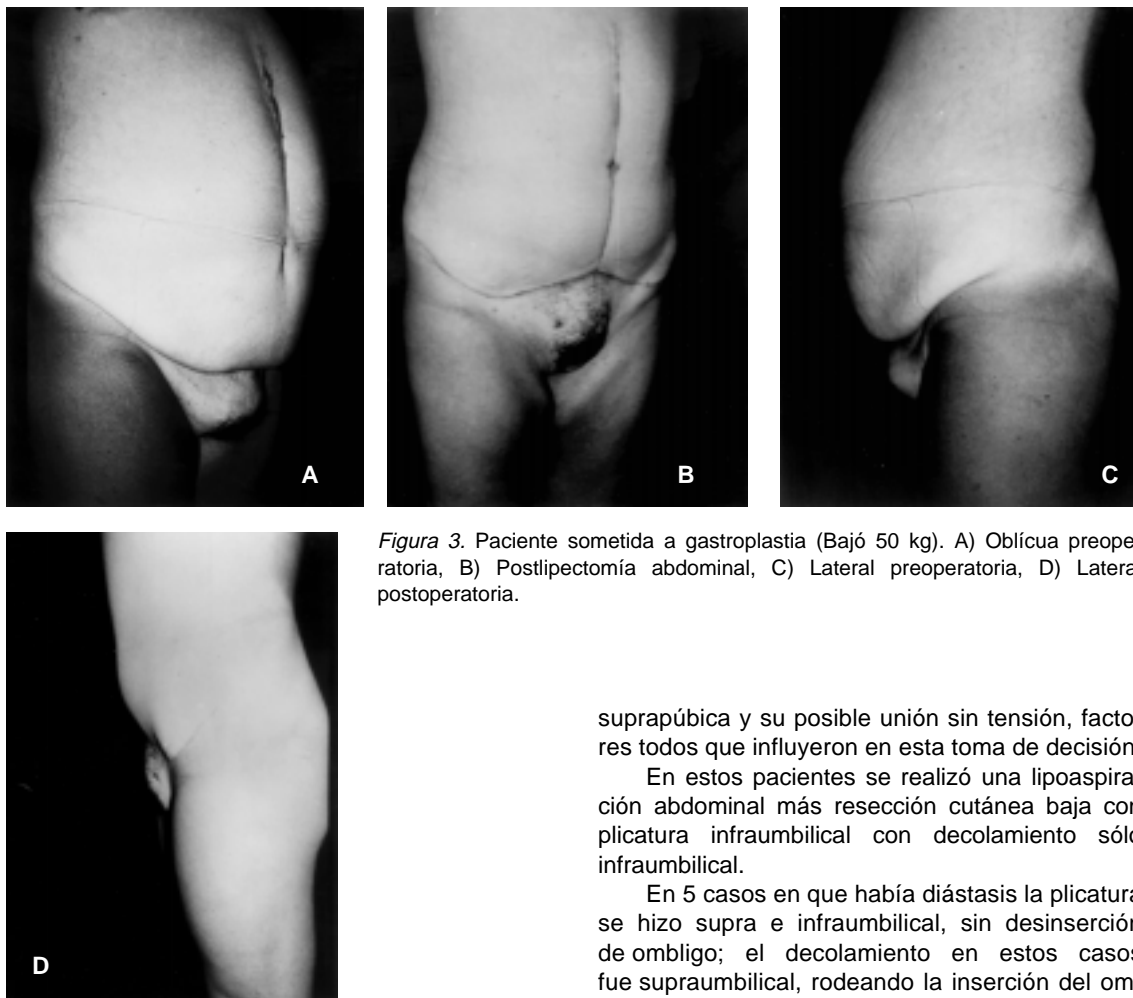


Figura 3. Paciente sometida a gastroplastia (Bajó 50 kg). A) Oblícuca preoperatoria, B) Postlipectomía abdominal, C) Lateral preoperatoria, D) Lateral postoperatoria.

III. Pacientes tratados con lipectomía clásica fueron 31. La indicación fue por flacidez supra e infraumbilical, con diástasis de músculos rectos, portadoras de panículo abdominal y lipodistrofia de características generalizadas, tratándose en cinco casos de cirugía de aseo, como también otros seis casos en que no existía excesiva lipodistrofia, pero evidente flacidez supra e infraumbilical. Cuatro pacientes con cicatriz defectuosa postcirugía fueron tratadas con esta lipectomía eliminándose la cicatriz.

IV. En 13 casos la evaluación de los parámetros discutidos hizo necesario tomar una decisión quirúrgica más conservadora, ya que la flacidez existente era sólo infraumbilical y se asociaban factores como: ombligo en posición alta, mucha distancia desde reborde costal a C.I.A.S. (talle muy largo), existencia de cicatriz retráctil, dudas respecto a la tracción desde la línea umbilical a la

suprapúbica y su posible unión sin tensión, factores todos que influyeron en esta toma de decisión.

En estos pacientes se realizó una lipoaspiración abdominal más resección cutánea baja con plicatura infraumbilical con decolamiento sólo infraumbilical.

En 5 casos en que había diástasis la plicatura se hizo supra e infraumbilical, sin desinserción de ombligo; el decolamiento en estos casos fue supraumbilical, rodeando la inserción del ombligo.

Complicaciones

Seroma 7 casos. Cicatriz inestética 6 casos. Ombligo inestético 8 casos. Orejas de perro 9 casos. Irregularidades en relieve 6 casos. Elevación línea del pubis 4 casos. Necrosis central 1 caso (reoperado).

DISCUSIÓN

Existen cuatro elementos anatómicos que condicionan una toma de decisión sobre la técnica de corrección del abdomen. Existen varias posibilidades técnicas y éstas pueden usarse solas o conjuntamente. La evaluación exhaustiva de cada caso permite una mejor toma de decisión basándose en los parámetros de flacidez, posición del ombligo, distancia reborde costal espina ilíaca A.S. y la existencia de cicatrices.

BIBLIOGRAFÍA

1. Anais Simposio Brasileiro de Adominoplastias. Sao Paulo. Soc Bras Cir Plást 1982.
2. Aston SJ: Abdominoplasty. In: Rees TD (ed). Aesthetic Plastic Surgery. Philadelphia: Saunders 1977.
3. Pitanguy I: Aesthetic plastic surgery of head and body. Berlín: Springer 1981; 99-127.
4. Pitanguy I: Abdominal lipectomy: and approach to it through an analysis on 300 consecutive cases. Plast Reconstr Surg 1967; 40: 384-91.
5. Pitanguy I: Surgical reduction of the abdomen, thighs and buttocks. Surg Clin North Am 1971; 51: 479-89.
6. Regnault P, Daniel R: Aesthetic plastic surgery. Toronto: Little Brown 1984; 617-54.
7. Regnault P: Abdominoplasty by W technique. Plast Reconstr Surg 1975; 55: 265-74.
8. Brown RG, Vasconez L, Jurkiewicz M: Transverse abdominal flaps and the deep epigastric arcade. Plast Reconstr Surg 1975; 55: 416-21.
9. Baroudi R, Keppke EM, Tozzi-Netto F: Abdominoplasty. Plast Reconstr Surg 1974; 54: 161-8.
10. Guerrero Santos J *et al*: Some problems and solutions in abdominoplasty. Aesthetic Plast Surg 1980; 4: 227-31.
11. Pontes R: Plástica abdominal, importância de sua associação á correção de hernias incisionais. Rev Bras Cir 1965; 52: 85-92.

INFORME

Dr. OSVALDO COVARRUBIAS G

Quiero agradecer al Directorio de la Sociedad de Cirujanos de Chile el haberme designado informante del Trabajo de Ingreso del Dr. Llamil Kauak a quien conozco desde el año 1986 mientras estaba realizando su beca en Brasil y posteriormente me correspondió comentar su trabajo de ingreso a la Sociedad Chilena de Cirugía Plástica en abril del año 95 y en la cual ha tenido una activa participación desde entonces.

El Dr. Kauak nos ha traído un tema que es visto con mucha frecuencia en la consulta del cirujano plástico y que corresponde a la remodelación del contorno abdominal, y cuyo enfoque en las últimas dos décadas ha sufrido modificaciones al aparecer nuevos recursos quirúrgicos. Hasta el año 1982, para remodelar el contorno abdominal los cirujanos plásticos sólo disponíamos de técnicas de cirugía abierta como son la lipectomía abdominal clásica o las lipectomías segmentarias de abdomen inferior, lo que significaba dejar cicatrices de mayor o menor magnitud y que en muchos casos no se justificaban cuando no existía laxitud de piel, debiendo por lo tanto rechazar a un número importante de pacientes que la solicitaban. Con la introducción de la lipoaspiración por llouz a comienzos de la década del '80, nuestro campo de acción se amplió pudiendo ofrecer resultados satisfactorios a un mayor número de pacientes y al mismo tiempo permitió mejorar los resultados de las técnicas de cirugía abierta al permitir remodelar zonas como los flancos, epigastrio y zonas lumbares que no eran posibles de lograr con las técnicas clásicas. Con ella también logramos acortar el largo de las cicatrices al permitir aspirar sus extremos y lograr una mejor compensación sin tener que reseca tanta

piel e hizo casi desaparecer las indicaciones de la lipectomía circular ideada por González Ulloa para remodelar la zona lumbar dado que con la lipoaspiración de esta zona se logran remodelaciones muy satisfactorias.

Por la aparición de estos nuevos recursos técnicos es que nos ha obligado a hacer un diagnóstico más cuidadoso de las deformidades del abdomen que queremos corregir analizando los diferentes parámetros que inciden en la dismorfia abdominal, tema que el Dr. Kauak nos ha traído hoy. Esto ha tratado de ser sistematizado por Bozola y Psillakis y también por Matarasso, quienes han intentado hacer una clasificación de las distintas deformidades del abdomen para así indicar una técnica o combinación de ellas para cada caso en particular. Sin embargo, muchas veces hay situaciones que caen fuera de estos esquemas por lo que me parece más práctico hacer una evaluación por separado de los distintos componentes anatómicos de la pared abdominal como lo propone el Dr. Kauak.

En su trabajo analiza en forma detallada los diferentes componentes anatómicos de la pared abdominal que nos van a decidir por el tipo de técnica a emplear en cada caso en particular. En relación a los parámetros que él señala sólo difiero de la importancia que le da a la Talle, en que me parece más importante evaluar la elasticidad del colgajo supraumbilical para indicar una técnica abierta u otra. Estoy de acuerdo con él, en que cuando se indica una lipectomía clásica y se tienen dudas de hasta dónde va a llegar el colgajo supraumbilical, es prudente iniciar la disección del colgajo por su parte superior, sin embargo, en caso

de que esto nos lleve a dejar una cicatriz muy alta es preferible dejar una pequeña T suprapúbica aprovechando la piel periumbilical para alargar el colgajo.

En las minilipectomías, cuando existe diástasis de toda la pared abdominal, yo prefiero desinsertar el ombligo de su unión aponeurótica dejándolo unido al colgajo cutáneo lo que facilita enormemente la plicatura y, por otro lado, permite reinsertarlo uno a dos centímetros más bajo cuando es un ombligo muy alto.

Como lo señala el Dr. Kauak en el análisis de su casuística, las técnicas de remodelación del contorno abdominal no están exentas de morbilidad, siendo la lipectomía la que presenta un mayor porcentaje de complicaciones locales como es el seroma y las cicatrices inestéticas como él bien lo señala y que se ajusta a la experiencia internacional como lo demuestra el trabajo de Temourian en que analiza 112756 intervenciones y en donde la dermolipectomía es la intervención que presenta el

mayor número de complicaciones locales, siendo seguida en menor proporción por la minilipectomías y la lipoaspiración. Existe otra complicación muy temida por todos nosotros y que afortunadamente en su casuística no la tuvo y que es el tromboembolismo cuya incidencia en la literatura oscila entre 0,003% al 0,02% e, incluso, en algunas series alcanza un 0,1% por lo que de rutina efectuamos su prevención de acuerdo a los parámetros de riesgo.

En suma el Dr. Kauak hace un análisis cuidadoso de los parámetros anatómicos que es preciso evaluar para indicar la mejor técnica disponible para cada caso en particular, presentando una casuística importante de remodelaciones del contexto corporal con sus distintas alternativas quirúrgicas.

Sr. Presidente considerando los antecedentes curriculares, profesionales y habiendo cumplido con los requisitos necesarios, me permito recomendar al Dr. Llamil Kauak para ser incorporado como Socio Titular de la Sociedad de Cirujanos de Chile.