

TÉCNICAS QUIRÚRGICAS

Reinserción umbilical en abdominoplastia. Técnica en Y con colgajos desepidermizados*

Umbilical reinsertion during abdominoplasty. Y technique using flaps without epidermis. Report of five cases

Drs. PAULO CASTILLO D^{1,2}, ANTONIO TRONCOSO R^{1,2}, JUAN VILLAMÁN G^{1,2}, ARTURO PRADO S^{1,2}

¹Unidad de Cirugía Plástica. Hospital de Carabineros de Chile. ²Unidad Cirugía Plástica. Clínica Arauco Salud

RESUMEN

El ombligo es una unidad estética fundamental del abdomen y es la única cicatriz que normalmente existe en todas las personas. Su ausencia o distorsión anatómica puede causar graves problemas psicológicos. Uno de los objetivos de la abdominoplastia es obtener un ombligo que resulte estéticamente atractivo. Se han descrito numerosas técnicas para la reinserción umbilical en abdominoplastías. Sin embargo, con las técnicas clásicas no siempre se obtiene un ombligo de apariencia natural. Presentamos una nueva alternativa para la reinserción umbilical, que denominamos técnica en Y con colgajos desepidermizados. Hemos empleado esta técnica en 5 abdominoplastías consecutivas, siendo fácil de realizar y con resultados reproducibles, permitiéndonos obtener ombligos de aspecto natural y con un alto nivel de satisfacción por parte de las pacientes.

PALABRAS CLAVES: **Reinserción umbilical, abdominoplastía**

SUMMARY

The absence or anatomical distortion of the umbilicus may cause severe psychological problems. One of the objectives of abdominoplasty is to obtain an esthetically attractive umbilicus. We report a new technique of umbilical reinsertion, denominated Y technique with flaps without epidermis. It has been used in five patients. It is easy to perform and yields reproducible results, obtaining natural looking umbilicuses, with a high degree of satisfaction among patients.

KEY WORDS: **Umbilical reinsertion, abdominoplasty, plastic surgery**

INTRODUCCIÓN

Actualmente producto de la moda occidental el abdomen se encuentra mucho más expuesto a la vista. Un abdomen delgado y firme es signo de belleza. Sin embargo, la maternidad, la falta de ejercicio y el sobrepeso dañan su estética. Por

esto, no es extraño que para obtener un abdomen atractivo, exista una alta demanda por la abdominoplastia. Los puntos clave de esta cirugía son la resección del excedente cutáneo-adiposo infraumbilical, la plicatura de la vaina de los rectos del abdomen y la reinserción del ombligo. La cicatriz abdominal transversa inferior puede ser fácilmente

*Recibido el 25 de Septiembre de 2005 y aceptado para publicación el 28 de Febrero de 2006.
E-mail : castilloplast@gmail.com

escondida por la ropa, sin embargo, la cicatriz de la reinserción umbilical no siempre puede ser cubierta, constituyendo un importante estigma de esta cirugía.

Los objetivos de la reinserción umbilical en la abdominoplastia, son obtener un ombligo adecuadamente localizado en los ejes vertical y horizontal del abdomen, con una forma vertical o en T, de un tamaño más bien pequeño, que tenga cierta profundidad y con cicatrices ocultas, todo lo cual dará al ombligo un aspecto natural¹.

Estos objetivos no siempre se obtienen con las técnicas clásicas. Por este motivo es que desarrollamos y presentamos una alternativa para la reinserción del ombligo en abdominoplastias y que denominamos como técnica en (Y) con colgajos desepidermizados

TECNICA QUIRÚRGICA

La cirugía se inicia liberando circularmente el ombligo de la piel abdominal². Elevamos el colgajo abdominal en forma habitual, llegando hasta el reborde costal y xifoides. Realizamos una plicatura vertical de la vaina anterior de los músculos rectos abdominales, con una sutura de polipropileno 1-0 continuo. El ombligo es fijado a la aponeurosis en continuidad con la sutura empleada en la plicatura. El largo del ombligo se ajusta de acuerdo al grosor del panículo adiposo, pero habitualmente se deja 1 cm por sobre el nivel de la aponeurosis. Se reseca el excedente del colgajo abdominal y se determina la localización en que se reinsertará el ombligo³. Centrados en esta localización realizamos un diseño en Y, en que cada una de sus ramas superiores miden 13 mm y la rama inferior 7 mm. El ángulo superior de la Y es de 60 grados y los ángulos laterales son de 150 grados. Los lados de la Y son unidos con una

línea curva y también marcamos el tercio distal del triángulo superior de la Y (Figura 1). Desepidermizamos el área previamente marcada y completamos la incisión a través las ramas de la Y. Obtenemos tres colgajos desepidermizados, que posteriormente anclaremos a la aponeurosis del recto. A través de la incisión cutánea en Y, adelgazamos el colgajo abdominal, resecaendo tejido adiposo en un área de 2 a 3 cm alrededor del nuevo ombligo. Resecamos un triángulo de piel del extremo superior del ombligo original. Los tres colgajos dérmicos son suturados a la aponeurosis del recto con nylon 3-0, umbilicándose la piel abdominal (Figura 2). El área no desepidermizada del colgajo superior de la Y, se hace coincidir con el defecto triangular del ombligo. Se suturan los bordes cutáneos del ombligo y abdomen con nylon 6-0, no siendo necesario el empleo de un material de sutura más grueso, ya que no existe tensión. La abdominoplastia se completa en forma habitual.

Realizamos la reinserción umbilical antes del cierre de la abdominoplastia, lo que nos facilita el procedimiento al tener un doble acceso, por sobre y bajo el colgajo abdominal. Los puntos cutáneos de nylon se retiran entre 7 y 10 días y no hemos realizado ningún manejo especial de la cicatriz umbilical.

DISCUSIÓN

Existen diferentes formas y tamaños de ombligos. Craig y colaboradores estudiaron los ombligos de 147 mujeres, determinando que un 37% de ellas tienen ombligos en forma de T, un 22% tienen ombligos ovales, en un 17% son verticales, en un 14% son horizontales y en el 10% restante los ombligos tienen de formas distorsionadas¹. Este trabajo estableció que los ombligos estéticamente

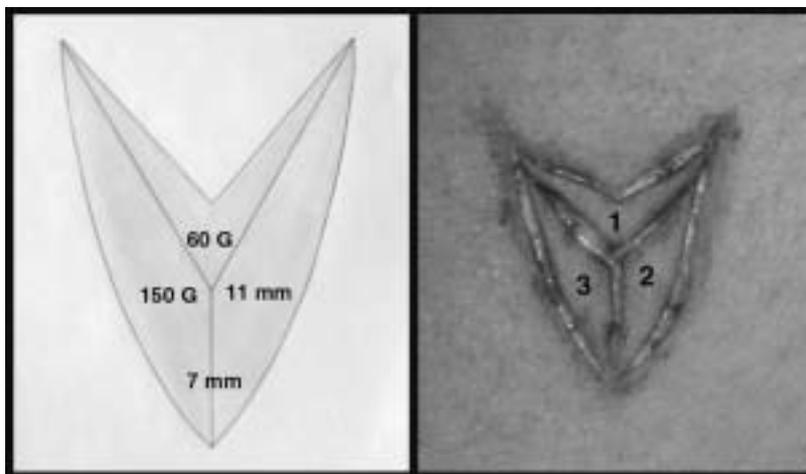


Figura 1. Izquierda, diseño cutáneo para reinserción umbilical. Derecha, en un paciente previa desepidermización de los 3 colgajos dérmicos.

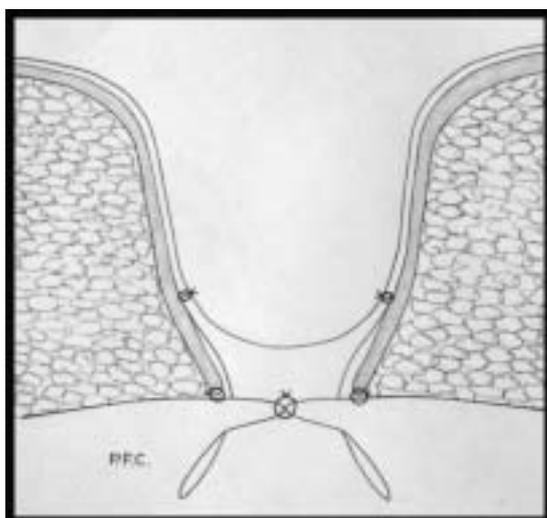


Figura 2. Sección transversal a nivel umbilical, observándose la plicatura de los rectos, los colgajos desepidermizados, en gris, anclados a la aponeurosis y la sutura de los bordes cutáneos.

más atractivos son pequeños y en forma de T o verticales; por lo que deben buscarse estas características en la reinserción umbilical de una abdominoplastia.

Se han descrito diferentes técnicas para reimplantar el ombligo en la abdominoplastia⁴⁻¹⁰. La mayor parte de las técnicas tradicionales anclan el ombligo a la aponeurosis y luego suturan el borde del ombligo a la piel abdominal. Esto produce tensión, especialmente en pacientes con panículo adiposo grueso, lo que perjudicará la calidad de la cicatriz¹¹. El objetivo de nuestra técnica es reinserter el ombligo evitando la tensión en la línea de sutura cutánea. Para evitar la tensión anclamos tres colgajos dérmicos a la aponeurosis. Esto nos permite realizar una sutura sin tensión de los bordes cutáneos, invaginar la piel del abdomen, ocultar la cicatriz dentro del ombligo y crear una depresión periumbilical que favorece el resultado cosmético. La técnica en Y a diferencia de los diseños circulares, tiene la ventaja de prevenir la estenosis



Figura 3. Izquierda, vistas frontal y oblicua preoperatoria. Derecha, vistas frontal y oblicua con 6 meses de evolución. Ombligo vertical de aspecto natural.

umbilical, por cicatrización retráctil, ya que introduce un colgajo triangular, quebrando la cicatriz. Además permite obtener 3 colgajos desepidermizados, los que al ser suturados a la aponeurosis, redistribuyen la fuerza, reduciendo la tensión en la línea de sutura cutánea.

Hemos empleado esta técnica en 5 abdominoplastias consecutivas permitiéndonos obtener ombligos de apariencia natural (Figura 3).

REFERENCIAS

1. Craig S, Faller M, Puckett, C. In Search of the Ideal Female Umbilicus. *Plast Reconstr Surg* 2000; 105: 389-92.
2. Sillitoe A, Thornton D, Srinivasan J, Hart N. Elevation of the umbilicus with skin hooks aids excision in abdominoplasty. *Plast Reconstr Surg* 2005; 115: 349.
3. Dubou R, Ousterhout D. Placement of the umbilicus in an abdominoplasty. *Plast Reconstr Surg* 1978; 61: 291-3.
4. Juri J, Juri C, Raiden G. Reconstruction of the umbilicus in abdominoplasty. *Plast Reconstr Surg* 1979; 63: 580-2.
5. Delerm A. Refinements in abdominoplasty with emphasis on reimplantation of the umbilicus. *Plast Reconstr Surg* 1982; 70: 632-7.
6. Lim T, Tan W. Managing the umbilicus during abdominoplasty. *Plast Reconstr Surg* 1996; 98: 1113.
7. Massiha H, Montegut W, Phillips R. A method of reconstructing a natural-looking umbilicus in abdominoplasty. *Ann Plast Surg* 1997; 38: 228-31.
8. Schoeller T, Wechselberger G, Otto A. New technique for scarless umbilical reinsertion in abdominoplasty procedures. *Plast Reconstr Surg* 1998; 102: 1720-3.
9. Ramirez O. Abdominoplasty and Abdominal Wall Rehabilitation: A Comprehensive Approach. *Plast Reconstr Surg* 2000; 105: 425-35.
10. Lee M, Mustoe T. Simplified Technique for Creating a Youthful Umbilicus in Abdominoplasty. *Plast Reconstr Surg* 2002; 109: 2136-40.
11. Nahas F. How to Deal with the Umbilical Stalk during Abdominoplasty. *Plast Reconstr Surg* 2000; 106: 1220-1.