

# Cirugía Plástico-Estética después de una masiva pérdida de peso

Dr. Ramón Vila-Rovira ■

## INTRODUCCIÓN

La obesidad, considerada por la OMS como la epidemia del siglo XX, está estrechamente relacionada con el modo de alimentarse durante toda la vida. Aunque se trata de una enfermedad de etiología multifactorial, las principales causas que favorecen el aumento de peso son: la predisposición genética. Los hábitos alimentarios no saludables y la disminución en la práctica de actividad física.

Se estima una prevalencia de obesidad en España, para el conjunto de la población entre 25 y 60 años, del 13,4% (del 11,5% en varones y del 15,2% en mujeres). La sobrecarga ponderal global (sobrepeso más obesidad o un IMC  $\geq 25$  se encuentra en el 58.9 % en varones y el 46,8% en las mujeres según los datos del Consenso SEEDO '2000.

Actualmente el estilo de vida de la cultura occidental favorece la aparición de sobrepeso y obesidad. Una de las causas es el creciente sedentarismo, como por ejemplo, en los trabajos en los que se pasa muchas horas delante del ordenador, los desplazamientos en coche, la falta de tiempo para la práctica de algún deporte, los turnos laborales, actitudes pasivas como pasar gran parte del tiempo delante del televisor, etcétera.

Otro factor importante es la aparición de hábitos alimentarios poco saludables, causados por las diferentes circunstancias laborales (comidas fuera de casa, aumento de la comida preparada). Este estilo de vida comporta un abandono de la alimentación saludable, el cambio en la selección de alimentos, como la disminución en el consumo de frutas y verduras, y un aumento del consumo de alimentos ricos en grasas y azúcares.

Asimismo es preciso destacar la relación existente entre el sobrepeso y la obesidad con numerosos factores de riesgo asociados como: diabetes mellitas tipo 2, dislipemias, hipertensión arterial, enfermedades cardiovasculares, enfermedades osteoarticulares y determinados tipos de cáncer. Por ello, es necesario fomentar unos hábitos alimentarios saludables y promover la práctica de actividad física, por lo cual se hace cada día más necesaria la implantación de programas de promoción de la salud que promuevan la práctica de actividad física acompañada de unos correctos hábitos alimentarios. Con ello se puede conseguir la prevención de esta enfermedad. Para saber si un individuo hombre o mujer

## TIPOS DE OBESIDAD



Fig. 1.1.  
Moderada: IMC. Entre 25 y 30 (sobrepeso).

esta en los niveles considerados de obesidad, nos referimos a su Índice de Masa Corporal, es decir, su IMC.

El IMC es un número que resulta de dividir el peso del paciente entre su talla de metros al cuadrado y cuyo resultado nos indicará si nuestro peso es el correcto, solamente mantiene un cierto sobrepeso o por el contrario somos obesos y muy obesos.

### ÍNDICE DE MASA CORPORAL

#### 1. Peso normal o adecuado.

Consideramos que una persona posee un peso normal o adecuado cuando su cifra es inferior a 25.

#### 2. Sobrepeso.

Si la cifra resultante oscila entre el 25 y 30, hay que empezar a preocuparse puesto que existe un exceso de peso en el individuo.

#### 3. Obesidad patológica.

Cuando esta cifra resultante sitúe entre 30 y 35, más que un simple exceso de peso estaremos ante una obe-

sidad encuadrada como patología. En este nivel el cuerpo lleva una línea de acumular grasa no siendo ya un pequeño problema sino el resultado de un proceso más o menos largo que empieza a notarse de evidente.

#### 4. Obesidad grave.

Al oscilar la cifra resultante entre 35 y 40 concluimos en denominar que el individuo padece de una obesidad grave y es el estadio anterior al de diagnosticarle obesidad mórbida. En esta etapa el individuo acostumbra a acumular diversos problemas de salud derivados de su obesidad.

#### 5. Obesidad mórbida.

Cuando el individuo obtiene una cifra de IMC superior a 40, entonces se le diagnostica como un obeso mórbido y ello es especialmente grave pues los niveles de exceso de peso le provocarán todo tipo de vicisitudes afectándole directamente a su salud y a su propia vida. Durante las diferentes etapas que nos marca el resultado del IMC, el individuo se ve sometido a una inercia de aumento de peso que de no truncar le llevará a una obesidad mórbida.



Fig. 1.2.  
Mediana: IMC. Entre 30 y 35  
(obesidad I).



Figs. 1.3.1.  
Mórbida: IMC. Entre 35 y 50  
(obesidad Mórbida).



Fig. 1.3.2.  
Mórbida: IMC. Entre 35 y 50  
(obesidad Mórbida).



Fig. 2.1.  
Diferentes tipos de acidez corporal después de la cirugía de by pass gástrico.



Fig. 2.2.



Fig. 2.3.

...continuación

### BY-PASS GÁSTRICO O CIRUGÍA BARIÁTRICA

La técnica del by-pass gástrico por laparoscopia consiste en cortar, grapar y seccionar la parte más alta del estómago (donde entran inicialmente los alimentos) dejando un estómago pequeño de aproximadamente unos 50 cc, que es lo que llamaremos reservorio. Esto se realiza mediante máquinas de suturas automáticas,

especialmente diseñadas para tal fin. Seguidamente se divide el intestino y se empalma con el reservorio de modo que los alimentos acceden directamente a tramos más lejanos del intestino delgado, ahorrándonos la absorción de los alimentos que se produce en un recorrido de aproximadamente unos 1.5. a 2 metros.

Lo que se pretende con esta técnica es:



Fig. 3.  
Las líneas muestran las incisiones que se planifican para corregir la acidez mamaria corporal en cinturón y de los muslos.



Fig. 4.  
Las áreas oscuras serán eliminadas. Se extraen grandes cantidades de piel y grasa con procedimientos plástico-estéticos.



Fig. 5.  
Las flechas muestran la tensión que se realizará en la piel una vez eliminada el área cutánea ácida.



Fig. 6.  
Se muestran las líneas por donde quedan cicatrices mamarias, corporales y en las ingles.

1. Reducir la cantidad total de alimentos ingeridos. Se come menos porque el reservorio que actúa de estómago es más pequeño y se llega antes a la sensación de saciedad.
2. Al pasar los alimentos directamente del estómago (reservorio) al intestino en tramos más lejanos se consigue reducir el contacto de los alimentos con la bilis y reducir la superficie de absorción del intestino en aproximadamente 2.5 a 3 metros.
3. En pacientes comedores de dulce (chocolates, bombones, etc.) aparece dolor abdominal y diarreas cuando toma este tipo de alimentos que paulatinamente le conllevan a una deshabituación y concluye por dejar de tomar alimentos hipercalóricos.
4. Algunos pacientes experimentan cambios en las apetencias por los alimentos de modo que tienen menos ansiedad por comer y algunos alimentos que antes comían en exceso ahora ya no les encuentran tanto gusto.

distintas intervenciones por etapas para asegurar que se obtengan unos resultados quirúrgicos óptimos y aumentar así la seguridad de los pacientes.

Uno de los factores más importantes para el éxito de la cirugía consiste en la conversación pormenorizada previa entre el cirujano y el paciente. El proceso de planificación por etapas puede traducirse en la realización de un único acto quirúrgico (caso más simple) o en la planificación de varias intervenciones a lo largo de un periodo de 12 meses o superior, que es el caso más complejo. La mejor forma de reducir la ansiedad del paciente y aumentar su satisfacción es determinar, antes de cualquier otra cosa, unas expectativas reales y supervisar estas expectativas a medida que avanza el proceso.

Para planificar las etapas se parte, principalmente, del índice de masa corporal del paciente, y dividen a los pacientes en tres grupos: de complejión pequeña, mediana y grande. Aunque existen distintas definiciones, se suele considerar que el índice de masa corporal de un paciente de complejión pequeña es de 28 o inferior; el de un paciente de complejión mediana, de entre 29 y 32, y el de uno de complejión grande, superior a 32. Normalmente, cuanto menor es el índice de masa corporal, mayor es el número de intervenciones que pueden realizarse en un menor número de etapas.

### PLANIFICACIÓN DE LA CIRUGÍA PLÁSTICO-ESTÉTICA POST-BARIÁTRICA

En la cirugía de corrección del contorno de pacientes con masiva pérdida de peso resulta útil planificar las



Fig. 7. En la espalda también será eliminada la celulitis así como en las zonas glúteas superiores y en los muslos.



Fig. 8. En oscuras áreas de celulitis que serán eliminadas.



Fig. 9. Las flechas muestran la tensión que en la piel restante se tendrá que hacer para cerrar después de la eliminación de la celulitis.



Fig. 10. Líneas cicatriciales en la espalda y en la cintura.



Fig. 11. Paciente de 50 años que había perdido 80 kg., dos años después de la cirugía de by pass gástrico. Se observa la enorme flacidez corporal.



Fig. 12. Se realiza un lifting completo corporal de muslos y glúteos y abdominoplastia.



Fig. 13. Visión posterior de la flacidez.

...continuación

## ETAPAS RECOMENDADAS EN EL INSTITUT VILAROVIRA DE BARCELONA

- Primera etapa: Dermolipectomía en cinturón.
- Segunda etapa: Lifting de muslos.
- Tercera etapa: Braquioplastia y Mastopexia.
- Cuarta etapa: Revisión de cicatrices.
- Quinta etapa: Lifting cervicofacial.

Lo más importante es que la cirugía se planifique pensando siempre en la seguridad del paciente. Las etapas deben decidirse de forma que prevalezca la tranquilidad tanto del médico como del paciente, y en función de la capacidad del paciente de tolerar operaciones de larga duración.

## FLACIDEZ

Los pacientes con pérdida de peso masiva presentan a menudo, aunque no siempre, un componente de deshinchamiento tisular cuya magnitud difiere aun en pacientes con un índice de masa corporal y un adelgazamiento total similares. Cabe distinguir, en este sentido, entre pacientes con flacidez, con flacidez leve o sin flacidez (lo que equivale a una pérdida mínima de grasa). El índice de masa corporal a la presentación

del paciente depende tanto del peso actual como de la cantidad de peso que se ha perdido y, aunque los factores genéticos pueden ser importantes para la calidad de la piel, a menudo se observa que cuanto mayor el descenso del índice de masa corporal, mayor el grado de laxitud tisular y cutánea. La edad del paciente también es importante, ya que mientras los más jóvenes pueden conservar la elasticidad cutánea, en los de edad más avanzada tiende a observarse un mayor grado de laxitud cutánea. Es el fenómeno que se conoce como "traslación de la tracción", que significa el grado de afectación del tejido situado a distintas distancias del área reseca. También es importante tener presente que las distintas regiones corporales no solo se definen en función de su propia anatomía, sino en función de la anatomía de las regiones adyacentes. Por ejemplo, los brazos se ven afectados en gran medida por la región torácica lateral, los michelines de la espalda, y la mama. La mayor parte de pacientes con pérdida de peso masiva que acuden al cirujano para la corrección de su contorno corporal muestran un interés en abordar primero el tronco inferior, lo que es importante porque las intervenciones que afectan a la parte inferior del cuerpo (conocidas como lifting de la parte inferior del cuerpo, lipectomía en cinturón o abdominoplastia circunferencial) no solo mejoran el tronco inferior, sino que también pueden actuar sobre los muslos y la espalda y, en



**Fig. 14.**  
6 meses después puede observarse la mejoría en la espalda, glúteos y muslos.

menor medida, la región torácica. En algunos hombres, una intervención en la parte inferior del cuerpo puede ejercer un efecto suficiente sobre los muslos y la región torácica como para que no resulte necesario realizar otras operaciones.

### EVALUACIÓN DE LA PARTE SUPERIOR DEL BRAZO

Los pacientes con pérdida de peso masiva pueden presentar distintas deformidades en la parte superior del brazo que, en ocasiones, parecen impropias de su constitución general. Son muy pocos los casos en que a un paciente que ha perdido mucho peso le quedan unos brazos en los que bastaría solo con una liposucción para obtener un buen contorno. En una evaluación completa se tiene que valorar el grado de deshinchamiento y la cantidad de grasa, así como el exceso y la calidad de la piel. En muchos casos, la deformidad de la parte superior proximal del brazo sigue la línea axilar posterior hacia la pared torácica y discurre distal hasta la parte inferior del codo. Para rejuvenecer los brazos, a menudo se tienen que operar simultáneamente la región torácica lateral y la zona mamaria. De no hacerlo, el resultado estético puede ser inferior al deseable.

### EVALUACIÓN DEL TRONCO SUPERIOR

La evaluación del tronco superior debe incluir un análisis en profundidad de la mama y la región torácica, así como de la parte superior de la espalda. El grado de ptosis, la cantidad de parénquima mamario, y la situación del surco inframamario son aspectos importantes para evaluar la región mamaria / torácica definida. En muchos casos, el surco inframamario lateral se encuentra desplazado hacia abajo. El tórax cuenta con zonas de adherencia en la línea media anterior y posterior que impiden que la piel que las cubre se mueva durante el aumento y la pérdida de peso. La cara lateral del surco inframamario, sin embargo, es menos adherente, lo que a menudo provoca un descenso vertical en esta región, que a su vez causa una mala definición del surco a nivel lateral.

La mama masculina puede ser una localización difícil de tratar, ya que puede presentar grados variables de ptosis, una posición anómala de los pezones, un exceso de parénquima o grasa, y pérdida del surco inframamario, con una pérdida generalizada de definición o forma. En los hombres con una mayor pérdida de peso, para rejuvenecer esta región a menudo resulta necesaria cirugía de resección que, en muchos casos, deja cicatrices importantes. La mama femenina suele estar muy ptótica, con grados variables de pérdida de volumen. Con las técnicas de elevación de la mama se remodela el parénquima existente. Para aumentar el volumen de la mama rejuvenecida, y así mejorar su forma y recuperar su volumen original, se puede realizar un auto aumento o se pueden aplicar implantes mamarios. Independientemente de la técnica, la reducción de la cubierta cutánea es un componente clave del modelado de la mama en las mujeres. Es difícil corregir la deformidad de la mama en mujeres con pérdida de peso masiva, observándose con frecuencia deformidades residuales o ptosis recurrente. Casi siempre aparece un cierto grado de asimetría, que a menudo precisa de más de una operación para obtener un resultado aceptable. Resulta crucial hablar con el paciente acerca de sus expectativas, las posibles complicaciones y los resultados que cabe esperar. La región torácica lateral establece la continuidad entre las mamas y los brazos. Frecuentemente aparece con múltiples michelines de inicio lateral y



Fig. 15. Mujer de 40 años después de un año del by pass gástrico.



Fig. 16. 6 meses después de una Dermoabdominoplastia en cinturón y Mastopexia mamaria.



Fig. 17. Paciente de 32 años con acidez mamaria y abdominal.



Fig. 18. 6 meses después de la Mastopexia y Abdominoplastia.

...continuación

extensión posterior, que quedan más marcados por los sujetadores. Al igual que en otras localizaciones, puede haber un componente adiposo además de la piel redundante, aspecto que debe analizarse en profundidad para decidir si al paciente le resultaría beneficiosa una liposucción además de la cirugía de resección. Además, según la morfología del paciente, la existencia de distintos vectores de resección puede tener como resultado la eliminación de estos michelines de la espalda. Se tienen que valorar el exceso horizontal alrededor de la circunferencia de la región torácica, el exceso vertical (especialmente en la línea medioaxilar), y los michelines de la parte superior de la espalda.

## EVALUACIÓN DE LOS MUSLOS Y LAS PIERNAS

En los pacientes con masiva pérdida de peso, los muslos pueden presentar una variabilidad tan alta como los brazos, ya que los pacientes muy obesos pueden tener los muslos flácidos deshinchados con un exceso de piel mínimo, mientras otros pacientes presentan cantidades extremas de grasa residual. Con frecuencia, una intervención en la parte inferior del cuerpo puede ejercer un efecto positivo sobre los muslos, sobre todo en el muslo lateral y anterior proximal que, en algunos pacientes, hace que no resulte necesaria ninguna otra operación.

Al evaluar los muslos es importante tener en cuenta lo siguiente:

- Determinar el grado de flacidez y la ubicación y la magnitud del exceso de grasa en el caso, poco probable, de que baste con una liposucción para resolver la deformidad.
- Determinar la magnitud y la ubicación del exceso de piel. En la mayoría de los pacientes resulta necesaria una resección vertical con algún componente horizontal.
- Saber cuál es el grado de exceso de piel, hasta dónde se extiende en sentido distal, y el nivel de adherencia, especialmente por encima de la cadera lateral. Esta región suele mejorar con un lifting de la parte inferior del cuerpo.
- Saber que, en muchos casos, el exceso de piel puede descender hasta muy por debajo de la rodilla, lo que indica que debe resecarse hasta este nivel.

## EVALUACIÓN FACIAL

Aunque la cirugía para la corrección del contorno del rostro en los pacientes con pérdida de peso masiva no difiere de forma significativa de la que se aplica a los pacientes sin pérdida de peso masiva, deben tenerse

en cuenta algunos aspectos. Por lo general, el rostro de los pacientes con adelgazamiento masivo envejece de forma prematura porque tiende a perder más volumen en la región mediofacial, y su piel es más laxa y menos elástica que la de los pacientes sin pérdida de peso masiva. Además, los pacientes pueden presentar un exceso pronunciado de laxitud en la región cervical, con arqueamiento y laxitud del ángulo submentoniano, que está significativamente más marcado que en los pacientes sin adelgazamiento masivo (Fig. 14). En estos pacientes suele resultar necesaria una resección cutánea más agresiva y un aumento de volumen. La pérdida del volumen se puede paliar con técnicas que incorporen el desplazamiento del sistema musculoponeurótico superficial u otras técnicas como, por ejemplo, un injerto de grasa autóloga. En otro caso, en algunos pacientes puede optarse por algunos de los materiales de relleno más recientes de acción más duradera.

### PUNTOS MÁS IMPORTANTES

- Para asegurar un buen resultado estético resulta crucial realizar una evaluación preoperatoria exhaustiva de los pacientes con masiva pérdida de peso.
- Los factores críticos para evaluar a los pacientes son la constitución física o los patrones de formación de depósitos de grasa, el índice de masa corporal a la presentación, y la calidad de la envoltura cutánea y adiposa.
- La piel de los pacientes con pérdida de peso masiva presenta una laxitud mucho mayor que la de los pacientes que no presentan dicha pérdida.
- Como lo más probable es que toda intervención afecte a las localizaciones anatómicas adyacentes, el cirujano tiene que planificar cuidadosamente el orden de los procedimientos de corrección del contorno corporal. Una intervención en la parte inferior del cuerpo puede influir en los muslos y la región torácica anterior, mientras que una braquioplastia puede ejercer un efecto en la región torácica y la espalda. Los pacientes, especialmente los que buscan un "remedio rápido", tienen que entender muy bien este último concepto.
- Para evaluar a los pacientes con pérdida de peso masiva es importante tener en cuenta el punto y grado de adherencia, especialmente en la línea media anterior y posterior, así como en la cadera lateral. Estas adherencias influyen en el grado y la ubicación de las deformidades como, por ejemplo, los michelines de la región dorsal y de la parte superior de la espalda, así como en la extensión y el menor nivel de exceso de piel en la cadera y los muslos.
- Al planificar toda cirugía por etapas se debe prever que la duración de las intervenciones sea la más adecuada en función del paciente y de la consulta. Por



Fig. 19.  
Flacidez de los brazos de una mujer de 38 años.



Fig. 20.  
6 meses después de la Braquioplastia. Eliminación de la flacidez de la cara interna de los brazos. La cicatriz queda oculta en el interior del brazo.



Fig. 21.  
Extensa acidez infraumbilical.



Fig. 22.  
6 meses después de la abdominoplastia. La cicatriz está oculta en la ropa interior.

...Continuación

norma general, debe evitarse realizar intervenciones en múltiples localizaciones anatómicas en un único acto quirúrgico, ya que se expone al paciente a una mayor duración de las operaciones, lo que aumenta la probabilidad de que se instaure una hipotermia, una anemia, una tromboembolia o de que surjan complicaciones en la cicatrización de las heridas.

### MARCAJE PREOPERATORIO

Mientras los cirujanos plásticos alcanzan más experiencia en el manejo de los pacientes con pérdida de peso masiva, las técnicas no dejan de evolucionar y siguen mejorando los resultados estéticos. Aunque en la cirugía del contorno corporal no existe ninguna técnica quirúrgica que pueda considerarse correcta, tienen que entenderse y aplicarse unos conceptos fundamentales para que los resultados sean siempre satisfactorios. Sin excepción, la calidad y la laxitud de la piel en los pacientes con pérdida de peso masiva son distintas de las de los pacientes que no sufren dicha pérdida. Con independencia de hasta que punto pueda estirarse la piel, con el tiempo ésta se relaja en mayor o menor medida provocando la migración de las cicatrices y una pérdida de forma y contorno. Hay que transmitir al paciente una clara idea de que será necesario hacer revisión de las cicatrices. Es prudente incluir en el documento de consentimiento informado información sobre la posible

migración de las cicatrices. Por otra parte, si se conocen bien las expectativas del paciente, será más fácil crear una relación de confianza, en la que el paciente confiará en que el cirujano le diga lo que es más seguro y realista para él.

### DESHINCHAMIENTO

El excesivo estiramiento de la piel en los pacientes con pérdida de peso masiva contribuye al mal tono e inelasticidad cutáneos globales. Las dietas "yo-yo" también son altamente lesivas para la piel y las estructuras subcutáneas. La cantidad de peso que se pierde y el índice de masa corporal actual son factores importantes a tener en cuenta al evaluar a un paciente con pérdida de peso masiva. Después de perder mucho peso, a menudo se observa en la persona un aspecto de "desinchamiento", que resulta especialmente visible en las mamas, las nalgas y el rostro. En casi todos los casos, la piel no recupera su elasticidad anterior y aparece piel redundante que cae. En el tronco inferior, los tejidos redundantes del abdomen inferior y la región púbica caen directamente hacia los muslos internos, provocando a menudo dolor e irritación. En el tronco superior, los tejidos redundantes contribuyen a la formación de michelines en la espalda, ptosis mamaria y a la presencia de un exceso de piel bajo las partes superiores de los brazos.

## UBICACIÓN DE LAS CICATRICES

La ubicación de las cicatrices es crucial para la planificación de la cirugía. Aunque los pacientes con una pérdida de peso masiva suelen aceptar la presencia de cicatrices en cualquier localización anatómica con vistas a que mejore su contorno, una buena planificación preoperatoria puede contribuir a asegurar la mejor ubicación de éstas. Una mujer con una constitución más bien androide, sin apenas contomo de cadera, puede tolerar la presencia de una cicatriz en una cintura de nueva creación, mientras que una mujer con una constitución ginecoide tal vez preferirá que las cicatrices se ubiquen en una zona muy inferior (como, por ejemplo, en la zona que cubre el bikini).

De todos modos, no basta sólo con decidir la ubicación de la cicatriz al planificar su posición. La laxitud de los tejidos situados por encima y por debajo de la cicatriz propuesta, el grado de tensión que se aplica al cerrarla, y la medida en la que la deambulación puede provocar un estiramiento o un deterioro de la cicatriz, son cruciales para obtener un resultado final idóneo. Además, si se plantea un aumento autólogo de nalgas o mamas, es posible que antes se tenga que reubicar la cicatriz. Por último, es importante evaluar la presencia de cicatrices anteriores y hasta que punto en intervenciones quirúrgicas posteriores se puede aprovechar o mejorar la ubicación actual de las cicatrices.

## INDICACIÓN DE LA LIPOSUCCIÓN

La indicación y el momento de realización de la liposucción en estos pacientes varían según cada cirujano plástico. Los pacientes con un mayor índice de masa corporal pueden verse beneficiados por una liposucción agresiva y, alguna que otra vez, la liposucción puede ser lo único necesario para obtener un resultado estético, especialmente en localizaciones como la parte superior del brazo. Aunque sigue debatiéndose cuál es el mejor momento para realizar la liposucción, existe el consenso general de que el grado de edema que puede provocar la intervención es un factor importante a tener en cuenta. En la Tabla 1 se resumen las dos corrientes actuales acerca de la indicación y la planificación por etapas de la liposucción en los pacientes con pérdida de peso masiva.

## CONCEPTOS FUNDAMENTALES SOBRE EL MARCAJE

Aunque son muchas y muy diversas las opiniones sobre cómo hacer el marcaje previo a la cirugía para la corrección del contorno corporal, deben conocerse algunos conceptos fundamentales (Tabla 2):

- Reservar el tiempo suficiente para el marcado. Se pueden realizar el marcado un día antes, o justo antes de la intervención o las intervenciones. Por

**Tabla 1.** Planificación por etapas de la liposucción en los pacientes con pérdida de peso masiva\*

	Pros	Contras
<b>Por etapas</b>		
Liposucción en una etapa aparte. Liposucción asociada a un lifting de la parte inferior del cuerpo.	Se necesita otra etapa quirúrgica. Reducción antes de la resección. Se evita el edema asociado a la Liposucción.	Se necesita otra etapa quirúrgica. Coste de la cirugía adicional. Mayor tiempo de recuperación. Posible mayor rigidez tisular, lo que dificulta el avance posterior.
<b>Simultánea</b>		
Liposucción al mismo tiempo.	Se evita una cirugía adicional. Se trata un área cada vez, lo que permite rejuvenecer el área en una sesión.	Edema grave que puede influir en los resultados/cicatrices. Posibilidad de comprometer la vascularidad de los colgajos.

\*Es especialmente importante tener en cuenta estos factores en las intervenciones de las extremidades.



Fig. 23. Lipodistrofia corporal y acidez abdominal supra e infraabdominal en paciente de 30 años y después de dos embarazos.



Fig. 24. 6 meses después de realizar la extracción de 10 litros de grasa mediante liposucción y una abdominoplastia con mínimo despegamiento. La cicatriz fue tratada con trofolastin durante 6 meses.

..continuación

término medio, se tarda entre 25 y 40 minutos en realizarlo.

- Ser muy conscientes de la asimetría y realizar el marcado en consecuencia.
- Tener cuidado con las líneas de incisión. Si no se está seguro acerca de una línea de incisión, es mejor "menos" que "demasiado", ya que podría tener dificultades a la hora de cerrar la herida u observarse una mala cicatrización.
- Ser precisos con las marcas. Se tiene que estar seguro de que se hayan trazado suficientes marcas perpendiculares intersecantes para que se puedan volver a alinear correctamente los tejidos.

Hay que fotografiar al paciente después del marcado y con regularidad durante el postoperatorio contribuye a

#### Tabla 2. PUNTOS IMPORTANTES DEL MARCAJE

- Hay que reservar el tiempo suficiente.
- Buscar asimetrías.
- Mover los tejidos y marcarlos en consecuencia.
- No hay que provocar un compromiso excesivo; las marcas pueden y tienen que confirmarse durante la cirugía.
- Hay que utilizar marcas sombreadas para evitar la rotación de tejidos y para restablecer la anatomía.

la formación del cirujano plástico, que así puede ajustar su técnica de marcado según resulte necesario. Por otra parte, las fotografías preoperatorias y postoperatorias son útiles también para la educación del paciente.

#### INTERVENCIONES DE CIRUGÍA PLÁSTICO-ESTÉTICA PARA LA CORRECCIÓN DEL CONTORNO CORPORAL

El objetivo principal de muchos de los pacientes con pérdida de peso masiva que desean someterse a intervenciones para la corrección del contorno corporal es algún tipo de mejoría abdominal. Sin embargo, al evaluarlos se comprueba que en la mayor parte resultan necesarias intervenciones de resección adicionales para obtener el resultado que desean. Estas intervenciones pueden ser un aumento de glúteos, una reducción del monte de Venus, la resección de flancos y un lifting de muslos. En estos casos, para la cirugía de la parte inferior del cuerpo, el cirujano no sólo deberá tener en cuenta la presentación física de los pacientes, sino su nivel de compromiso con el proceso quirúrgico.

Los cirujanos plásticos utilizan distintos términos para definir las intervenciones de corrección del contorno de la parte inferior del cuerpo: paniclectomía, abdomi-

noplastia, lipectomía en cinturón, abdominoplastia circunferencial, y lifting de la parte inferior del cuerpo. Por lo general, con el lifting de la parte inferior del cuerpo se tratan el tronco inferior y los muslos como si fueran una única unidad, y se eleva el complejo formado por el muslo proximal, anterior y lateral. Sin embargo, con la lipectomía en cinturón y otras intervenciones de localización más central se crea una cintura más definida, con un menor impacto sobre los muslos. Lo ideal es que al plantearse la cirugía del contorno corporal en los pacientes con pérdida de peso masiva, la intervención en la parte inferior del cuerpo tiene que ser la primera operación a realizar. Según el grado de laxitud tisular, la magnitud del exceso de piel, y la posibilidad de mejoría con una liposucción, una intervención para la corrección del contorno de la parte inferior del cuerpo puede ejercer un efecto positivo sobre las áreas circundantes (los muslos laterales, la región torácica y la espalda). El resultado de la intervención, asimismo, ayuda a determinar los objetivos quirúrgicos y servirá de orientación para el abordaje quirúrgico de la siguiente fase de la corrección del contorno.

Los objetivos quirúrgicos generales de las intervenciones en la parte inferior del cuerpo son los siguientes:

- Aplanar el abdomen.
- Recrear el ombligo.
- Elevar el monte de Venus.
- Crear una cintura en las mujeres (los hombres no suelen desearla).
- Resección o liposucción de los michelines de la región lumbar.
- Definir las nalgas (¿qué es lo que se tiene que hacer, crearlas, proyectarlas, remodelarlas o reducirlas?).
- Elevar los muslos externos / anteriores.
- Mejorar los muslos internos (si es posible).

Es importante saber cuál es el efecto de la intervención en las regiones corporales adyacentes. ¿En qué medida se modificará la posición del surco inframamario? ¿Hasta qué punto influirá la intervención en los michelines de la parte superior de la espalda y en los muslos? Saber qué resultado se busca ayuda a plantear el proceso de marcado lo que, a su vez, ayuda a definir cuál es la técnica óptima para conseguir que se cumplan las expectativas del paciente (Tabla 3).

**Tabla 3.**  
Marcado y técnicas quirúrgicas: puntos más importantes.

- **Comunicación.**
- **Saber y entender los conceptos fundamentales.**
- **Marcado: la vía hacia el éxito.**
- **Lifting de la parte inferior del cuerpo-planificación de las intervenciones para favorecer las regiones corporales adyacentes.**
- **Mastopexia-aumento: saber cuáles son los pros y los contras.**
- **Muslos: cambio de los conceptos.**
- **Brazos: las cicatrices maduran con lentitud.**

### PUNTOS MÁS IMPORTANTES

Los puntos clave a tener en cuenta en el marcado y las técnicas quirúrgicas son los siguientes:

- La seguridad del paciente es lo primero.
- Resulta crucial la comunicación con los pacientes con pérdida de peso masiva para asegurar que conozcan y entiendan los resultados estéticos a corto y a largo plazo de la cirugía de corrección del contorno corporal. Tienen que ser conscientes de que la recurrencia de laxitud no se debe necesariamente a que la operación no haya salido bien, sino que es un resultado que cabe esperar de ésta.
- Tiene que asignarse un tiempo adecuado para el marcado del paciente, tanto el día antes como durante la mañana previa a la cirugía. El marcado es la vía hacia el éxito de la cirugía de corrección del contorno corporal.
- Aunque no existe una única técnica para la cirugía de corrección del contorno corporal en los pacientes con pérdida de peso masiva, se tienen que comprender y aplicar una serie de conceptos fundamentales como, por ejemplo, la indicación de la liposucción, la ubicación de las cicatrices y el grado de resección que es inocuo para el paciente y que contribuye a un resultado positivo.
- Las intervenciones en la parte inferior del cuerpo suelen ejercer un efecto positivo sobre los muslos, la espalda y, en ocasiones, la posición del surco inframamario. Por tanto, parece prudente realizarlas en primer lugar, para que las regiones adyacentes se

beneficien al máximo antes de que se realicen otras operaciones.

- Existen opiniones encontradas acerca de si debe realizarse una mastopexia al mismo tiempo que el aumento en estos pacientes. Puede ser beneficioso realizar una mastopexia con reposicionamiento del parénquima mamario ya existente en una etapa, y evaluar a continuación la necesidad de un aumento más adelante.
- Los muslos y los brazos pueden ser dos estructuras difíciles de tratar. Los pacientes tienen que estar predispuestos a aceptar unas cicatrices que son más visibles para obtener una forma o contorno estéticamente más agradables.
- Para asegurar un resultado óptimo resulta crucial un cierre minucioso en múltiples capas. Se suele utilizar un adhesivo cutáneo tópico, con el que se obtienen ventajas para el paciente en el postoperatorio ■



### **Dr. Ramón Vila-Rovira**

Especialista en Cirugía Plástica, Estética y Reparadora  
 Centro Médico Teknon  
 Barcelona. C/ Vilana, 12 · Despacho 128  
 08022 Barcelona  
 Tel. 93.393.31.28 · Fax. 93.417.30.26  
 E-mail: dr@vilarovira.com

### **CONCLUSIONES**

Desde siempre, hay que conseguir una formación minuciosa para perfeccionar las técnicas que consideran mejores tanto para el cirujano como para sus pacientes. Sin embargo, los pacientes con pérdida de peso masiva plantean unos retos que no plantean los demás. Las estrategias clásicas no satisfacen adecuadamente sus necesidades. Deben tenerse en cuenta, por tanto, las características individuales de los pacientes y se tiene que buscar el equilibrio idóneo entre la cirugía de resección y el aumento de volumen.

### **BIBLIOGRAFÍA**

1. Pitanguy, I Correction of lipodystrophy of the lateral thoracic aspect and inner side of the arm and elbow dermosenes. Clin. Plast. Surg. 2: 477, 1975.
2. Hallock, G. G. and Altobeli, J. A. Simultaneous brachioplasty, thorachoplasty and mammoplasty. Aesthetic Plastic Surg., 9: 233, 1985.
3. Aly, A. S., Cram, A.E., Chao, M, Pang, JI, and Mckeon, M. Belt lipectomy for circumferential truncal excess: The University of Iowa experience, Plast. Reconstr.Surg. 111:398,2003.
4. Lockwood, T.E. Lower-Body lift. Aesthetic Surg. J. 21:355, 2001.
5. Lockwood, T.E. Maximizing aesthetics in lateral-tension abdominoplasty and body lifts. Clin. Plast. Surg. 31:523, 2004.
6. Lockwood, T. Transverse ank-thigh-buttock lift with superficial fascial suspension. Plast. Reconst. Surg. 87:1019, 1991.
7. Lockwood, T. Superficial fascial system (SFS) of the trunk and extremities: A new concept. Plast Recomtr. Surg. 87:1009. 1991.
8. Lockwood, T. Lower body lift with superficial facial system suspension. Plast. Reconstr. Surg. 92:1112, 1993.
9. Lockwood, T. High-lateral-tension abdominoplasty with superficial facial system suspension. Plast.Reconstr.Surg. 96:603, 1995.
10. Pitanguy, I. Evaluation of body contouring surgery today: A 30-year perspective. Plast, Reconstr. Surg. 105: 1499, 2000.
11. Cormenzana, P. Circumferential Approach to Contouring of the Trunk. Aesthetic Surgery Journal J3-23, 2004.