

Lipoaspiración de Miembros Inferiores

Dr. Miguel Chamosa ■

Resumen

1. Lipoaspiración, técnica quirúrgica para extracción y modelado de la grasa corporal.
2. Diferentes nombres con los que se denomina la técnica: Lipoaspiración, lipoescultura, liposucción, lipoplastia.
3. Indicaciones: Lipodistrofias o acúmulos localizados de grasa subcutánea en cualquier parte del cuerpo.
4. Contraindicaciones de la técnica: Infección local en la zona a aspirar.
5. Método o descripción abreviada de la técnica: anestesia local tumescente según la fórmula de Klein. Las cánulas de aspiración de 2'5 y 3 mm de diámetro. Múltiples incisiones para infiltrar y succionar hechas con una hoja del 11. La liposucción de rodilla se realiza en extensión completa.
6. Complicaciones: Dolor, Edema persistente, Retracciones cicatriciales, Asimetrías.

Las lipodistrofias localizadas en las típicas áreas de los trocánteres, cresta ilíaca, muslo interno, etc., han sido ampliamente discutidas, pero existe muy poca información con respecto a las regiones de la rodilla, pantorrilla y tobillo, zonas que tienen un gran significado social en la mujer.

El objetivo de este trabajo es el de exponer la experiencia del autor en más de quinientos pacientes operados de lipoaspiración en dichas regiones.

MATERIAL Y MÉTODOS

En los últimos quince años he tratado a más de quinientos pacientes con lipodistrofia de rodillas y tobillos, mediante liposucción de estas zonas, todos ellos eran mujeres con edades comprendidas entre 17 a 59 años, en muchos de los casos también se trataron otras zonas del cuerpo.

TÉCNICA QUIRÚRGICA

Realizo la lipoplastia de rodilla y tobillo con anestesia local tumescente según la fórmula de Klein, la solución es infiltrada con una cánula roma de 2 mm de diámetro

por las mismas incisiones que usaremos después para realizar la succión. Es necesario conocer la sensación de estar dentro del tejido adiposo y no penetrar accidentalmente la fascia muscular.

La dirección y el curso de la infiltración anestésica deberán de ser tangenciales a lo largo del eje de la pierna, así como la dirección de las cánulas de succión.

Las cánulas usadas son de 2'5 y 3 mm de diámetro y alguna de ellas es acodada para facilitar las maniobras. Las múltiples incisiones para infiltrar y succionar son hechas con una hoja del 11, después de haber creado un habón intradérmico de infiltración anestésica.

Se deberá de ser cuidadoso en la zona póstero-medial del tobillo, pues ahí está localizada la Arteria Tibial Posterior.

Las incisiones serán hechas asimétricamente, para evitar el efecto visual de simetría cicatricial en el periodo postoperatorio.

Con la venda de Esmarch estéril, comprimimos intraoperatoriamente las regiones succionadas, mientras llevamos a cabo la infiltración anestésica de la pierna contra lateral.

El área quirúrgica deberá de estar completamente lavada, incluyendo el pie al igual que se hace en Cirugía de la Mano; este lavado no debe de ser hecho con soluciones yodadas que dificulten la visualización del color de los dedos del pie.

La liposucción de rodilla se realiza en extensión completa, para evitar cualquier daño a la articulación.

RESULTADOS

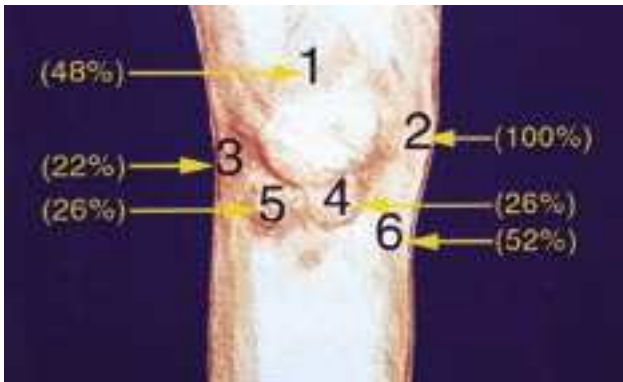
Todos los pacientes tratados tuvieron mejoría, fue necesario retocar un 8% de todos los casos operados, debido a pequeñas irregularidades cutáneas postoperatorias.

No hubo complicaciones, ni trastornos ortopédicos, ni daño vascular a pesar de lo superficial de la lipoaspiración en esas zonas.

En ningún paciente se tuvo que retirar la compresión elástica por problemas vasculares o edema postoperatorio.

Los porcentajes de las diferentes áreas tratadas en la rodilla fueron:

Área 1 (supra-rotuliana)	48%
Área 2 (cara interna)	100%
Área 3 (cara externa)	22%
Área 4 y 5 (infra-rotulianas).....	26%
Área 6 (z. pata de ganso)	52%



Los porcentajes de las diferentes áreas tratadas del tobillo fueron:

Zona ántero-medial.....	40%
Zona ántero-lateral	72%
Zona póster-medial	66%
Zona póstero-latera.....	100%

DISCUSIÓN

Arquitectónicamente he comparado la pierna a una columna... en donde la rodilla sería el capitel, la pierna-tobillo el fuste de dicha columna y la base el pie.

En la arquitectura de la Grecia Clásica, el capitel jónico con sus volutas redondeadas y sus contornos compactos, fue reemplazado por el capitel corintio con sus hojas de acanto, ahuecado en profundidad y que aparentaba ser más ligero que el capitel jónico.

He comparado una rodilla lipodistrófica a un capitel jónico, pero mediante liposucción de algunas zonas específicas, el ahuecado de éstas producirá sombras, creando un efecto óptico de una rodilla más huesuda, más ligera y estética, como si se tratase de un capitel corintio.

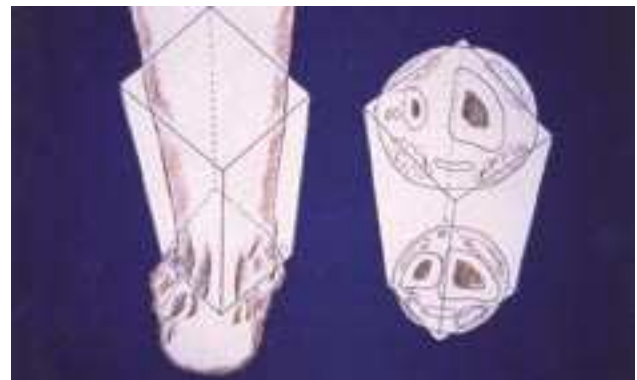
He descrito seis zonas lipodistróficas en la rodilla, la zona 2 o cara interna es la más frecuente; así mismo he encontrado una zona muy específica (área 6 o zona de la pata de ganso) esta zona ha sido olvidada y difícil de



entender por muchos cirujanos; dicha área 6 se encuentra en el aspecto medial, va desde la porción más ancha de la rodilla hasta el punto donde protruyen los músculos de la pantorrilla, teniendo una dirección oblicua hacia la Cresta Tibial, siguiendo el trayecto del tendón conjunto de los Músculos Sartorio, Semimembranoso y Semitendinoso (músculos de la pata de ganso).

Si solo lipoaspiramos la zona 2 o cara interna, el resultado obtenido será una pierna que se parecerá al fuste de una columna recta (piernas tubulares); por esta razón es muy importante aspirar conjuntamente las dos zonas (2 y 6) para conseguir un contorno estético de toda la pierna.

El concepto de liposucción circunferencial del tobillo, ha sido desarrollado por varios autores en la década de los 90, tales como Mladick, Ersek y Watanabe para conseguir un tobillo más fino de forma cilíndrica, pero de acuerdo con mis ideas, un tobillo lipodistrófico o cilíndrico debería de ser liposucionado creando cuatro facetas, como si fuera un prisma romboidal, por dos razones:



1º Porque así es anatómicamente, como se puede ver en cualquier corte anatómico de un cadáver, en donde el borde anterior del prisma sería el tendón del Músculo Tibial Anterior y la Cresta Tibial; el borde posterior sería el Tendón de Aquiles; los bordes medial y lateral, serían los Maleolos Interno y Externo.

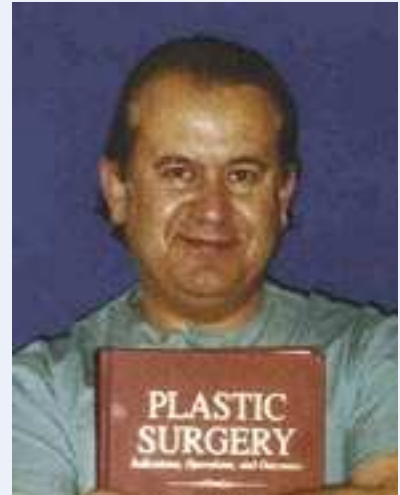
2º Porque de esta forma la luz producirá sombras que se extenderán verticalmente en una de esas facetas, dando un efecto de mayor ligereza estética del tobillo, "el efecto de las luces y las sombras sobre una columna prismática, produce mayor ligereza que el mismo efecto sobre una columna cilíndrica" o dicho de otra forma "las sombras extendidas verticalmente sobre los objetos crean menos volumen".

Quisiera hacer ahora una actualización sobre este tema.

Todos los conceptos anteriormente expuestos, continúan hoy en día vigentes, como podemos ver en el trabajo de Weniger y Newton del 2004 sobre una revisión de técnicas en la literatura médica especializada.

En 1999 Mladick introduce el concepto de la "zona de transición" en la pierna que es la unión de la masa voluminosa del Gastrocnemius con el Tendo Calcaneus, y para reproducirla realiza en dicha área una succión en sentido transversal o perpendicular al eje del miembro, idea que yo no comparto, así como tampoco comparten Frick y Hoffman de Munich en sendos artículos de 1999 y 2004, autores que estudiaron anatomopatológicamente los cambios que produjo una liposucción en la pierna de un cadáver, concluyendo con la siguiente

idea: Los linfáticos fueron más dañados cuando la li-poaspiración se realizó en sentido perpendicular al eje del miembro, que si fuese en paralelo ■



autor

Por el Dr. Miguel Chamosa

Especialista en Cirugía Plástica, Estética y Reparadora

Práctica Privada

Pº de la Castellana, 113-8º, Madrid

Tfno.: 91 555 25 09

CONCLUSIONES

Como resumen de este trabajo diremos: "Una pierna lipodistrófica deberá de ser tratada... socavando la rodilla y creando cuatro facetas en el tobillo".

Este trabajo obtuvo el Premio David Livingstone a la mejor comunicación libre, concedido bianualmente por la Fundación Docente de ISAPS. (International Society of Aesthetic Plastic Surgery).

BIBLIOGRAFÍA RECOMENDADA

- 1.- Fodor, PB "Lipoplasty of the knees and anterior thighs". Clinics in Plastic Surgery. 1989, 16: 361-4.
- 2.- Chamosa, M "Comprehensive liposuction of the lower limbs: Basic concepts". Aesthetic Plastic Surgery. 1996, 20: 49-52.
- 3.- Chamosa, M "Liposuction of the kneecap area". Plastic and Reconstructive Surgery. 1997, 99: 1433-6.
- 4.- Ersek, RA "Circumferential liposuction of knees, calves and ankles". Plastic and Reconstructive Surgery. 1996, 98: 880-5.
- 5.- Mladick, RA "Lipoplasty of calves and ankles". Plastic and Reconstructive Surgery. 1990, 86: 84-93.
- 6.- Mladick, RA "Circumferential intermediate Lipoplasty of the legs". Aesthetic Plastic Surgery. 1994, 18: 165-74.
- 7.- Watanabe, K "Circumferential liposuction of calves and ankles". Aesthetic Plastic Surgery. 1990, 14: 259-69.
- 8.- Chamosa, M "Suction lipectomy of the ankle area". Year Book of Plastic, Reconstructive and Aesthetic Surgery 1999. St. Louis. Missouri. Mosby Ed, 1999, pp 261-3.