

Dermolipectomía abdominal: nuestra conducta



Dr. Pedro Arquero⁽¹⁾, Dr. Jorge Barros⁽²⁾

⁽¹⁾ Miembro de la Asociación Española de Cirugía Estética Plástica (AECEP).

⁽²⁾ Cirujano plástico. Miembro de la Sociedad Española de Cirugía Plástica, Reparadora y Estética. Hospital Riber de Madrid.

Resumen:

En este artículo pretendemos transmitir nuestra conducta en la dermolipectomía abdominal convencional. Después de repasar su historia llegamos a la actual lipoabdominoplastia de Saldanha, que ha proporcionado mayor seguridad a la abdominoplastia. Aunque a nuestro parecer sus indicaciones se encuentran limitadas a los casos en los que es necesario realizar una liposucción abdominal, sus conceptos sobre la preservación de las perforantes proporcionan una actitud más conservadora a la hora del despegamiento. No obstante, creemos que debe evitarse la liposucción cuando existe gran diastasis de los músculos rectos abdominales y poco panículo adiposo. Por ello, parece conveniente clasificar las alteraciones abdominales de manera que se pueda indicar una u otra técnica y, principalmente, afianzar los criterios de la abdominoplastia convencional que servirán de base a la realización de las otras técnicas de dermolipectomía abdominal. Repasamos también los cuidados pre- y postoperatorios y las posibles complicaciones.

Palabras clave: abominoplastia, dermolepctomía abdominal

HISTORIA

La historia de la abdominoplastia comienza a finales del siglo XIX^{1,2}, cuando Demars y Marx realizan en 1890 la primera dermolipectomía abdominal de la que se tiene noticia, mientras que Kelly, en Baltimore, describe en 1899 un procedimiento llamado lipectomía abdominal transversa. En 1905 Gaudet y Morestin presentan la lipectomía abdominal transversa superior en el Congreso Francés de Cirujanos. Inicialmente, esta operación fue combinada con intervenciones correctoras de hernias abdominales y sólo a partir de 1910 comenzó a ser concebida como procedimiento meramente estético.

Las primeras variaciones a las incisión transversa superior aparecen en Alemania en 1909. Desjardin lleva a cabo una lipectomía abdominal vertical con excisión de 22,4 kg y, ese mismo año, Morestin presenta una serie de cinco pacientes a quienes se les realizó lipectomías abdominales masivas a través de una incisión transversa similar a la reportada por Kelly el año anterior. Un poco más tarde, en 1912, Jolly describirá la lipectomía abdominal transversa inferior.

El primero en corregir la laxitud de la pared musculoaponeurótica fue Babcock, en 1916, y no es hasta 1957 cuando Vernon combina la incisión

transversa con el refuerzo de la pared abdominal y la transposición del ombligo. La incisión transversa para lipectomías abdominales extendidas de forma circular por la cintura fue descrita inicialmente por Somalo en 1940 y popularizada por González-Ulloa³ en 1959.

Pitanguy⁴ describe su técnica en 1967, que consistiría en la disección del colgajo dermograso hasta los rebordes costales y las apófisis xifoides, umbilicoplastia transversal, aproximación de la aponeurosis de los músculos rectos abdominales, realización en el mismo acto quirúrgico de cirugía de la mama y uso postoperatorio de una faja compresiva.

En 1972 Regnault⁵ publica la dermolipsectomía abdominal en “W” y Grazer⁶, en 1973, reporta 44 casos realizados con una incisión que se incluye en la línea del biquini.

La minidermolipsectomía abdominal, que se limitaba a corregir pequeños acúmulos de grasa y piel infraumbilical, fue introducida por Elbaz y Flageul⁷ en 1971 y, posteriormente, modificada por Glicenstein⁸ en 1975. Este original procedimiento no logró ser popular hasta la introducción, en 1980, de la liposucción en el tratamiento del contorno corporal. Teimourian y Fisher⁹, en 1981, vuelven a recuperar dicha técnica.

La incorporación de la endoscopia^{10,11} ha permitido la resolución, con mínimas incisiones, de algunos casos que presentan únicamente diastasis de los rectos abdominales y mínimo exceso de piel infraumbilical.

Finalmente, Saldanha¹², siguiendo el camino emprendido por Avelar¹³, ha sido quien ha dado el gran salto en la resolución del exceso dermograso abdominal y diastasis de los rectos abdominales al incorporar la liposucción extensa a un despegamiento mínimo que se extiende hasta los bordes mediales de los músculos rectos abdominales. Esta técnica aporta gran seguridad en la viabilidad del colgajo al preservar las perforantes periumbilicales.

TÉCNICAS DE DERMOLIPECTOMÍA ABDOMINAL

Muchas son las técnicas ideadas para la dermolipsectomía abdominal y, sin duda, cada una tiene sus indicaciones. La elección de cada una de ellas esta-

rá condicionada por el tipo de estructura del paciente y por las características y las alteraciones que presenta cada abdomen. Las más empleadas son aquellas que dejan una cicatriz transversa inferior en la región suprapúbica (abdominoplastia clásica). Otras variantes de interés son la abdominoplastia vertical¹⁴, de utilidad cuando existen cicatrices en la línea media; y la abdominoplastia invertida, que deja una cicatriz horizontal en la región submamaria. Esta última puede emplearse cuando existen cicatrices en esa zona o cuando, habiendo flacidez en el abdomen superior, se quiere utilizar el exceso de piel para la reconstrucción mamaria.

Por otra parte, la resección dermograsa puede llevarse a cabo directamente en bloque antes del despegamiento del colgajo supraumbilical, o bien, como preconiza Pitanguy¹⁵, una vez realizado el despegamiento. En este caso se procede a la marcación del tejido excedente antes de su resección, lo cual nos permitirá (cuando la flacidez cutánea supraumbilical no es suficiente para efectuar un cierre sin tensión) optar por dejar una cicatriz en T o una pequeña cicatriz infraumbilical consecuencia del cierre del orificio dejado previamente al liberar la cicatriz umbilical.

ABDOMINOPLASTIA: INDICACIONES Y CONTRAINDICACIONES

Las indicaciones más importantes de la dermolipsectomía abdominal son la flacidez cutánea, la lipodistrofia supra- o infraumbilical y la diástasis de los músculos rectos abdominales o hernias de la pared abdominal. Otras indicaciones menos frecuentes son las que procuran el tratamiento de las secuelas de la pared abdominal (quemaduras, cirugías, tumores o infecciones) o enfermedades cutáneas (cutis laxa, pseudoxantoma elástico, etc.). Actualmente ha aumentado de manera considerable el número de pacientes sometidos a tratamiento quirúrgico de la obesidad mórbida, los cuales son, también, excelentes candidatos a esta operación.

Son contraindicaciones de esta cirugía las alteraciones metabólicas, cardiovasculares, pulmonares y de la coagulación; las infecciones, las neoplasias, los procesos inflamatorios y vasculares locales y, más frecuentemente, el embarazo o la posibilidad del mismo.

CLASIFICACIÓN DE LAS ALTERACIONES ABDOMINALES

Con la finalidad de sistematizar los tratamientos de las alteraciones abdominales se han desarrollado múltiples clasificaciones basadas en las características de la piel, en el estado de las estructuras musculoponeuróticas, en el grosor del panículo adiposo, en la posición del ombligo o en la patología añadida de la pared abdominal.

La clasificación de Elbaz y Flageul², que comprende todas las variables, es una de las más completas y tiene un marcado carácter descriptivo.

Con la introducción de la liposucción y la reutilización de la minidermolipectomía abdominal se idearon nuevas clasificaciones para la selección del tratamiento, como las de Avelar¹⁷, Souza Pintos¹⁸, Matarasso¹⁹, Bozola y Psillakis²⁰ y, recientemente, Nahas²¹.

Sin embargo, nosotros preferimos dividir a los pacientes en tres categorías dependiendo de su situación ponderal (A, B) o de las alteraciones patológicas de la pared abdominal que condicionen la técnica que se deberá utilizar (C) (Tabla I).

Así, dentro de la categoría A se encuentran las pacientes delgadas o con peso adecuado que presentan flacidez cutánea o exceso de piel, normalmente debidos a embarazos voluminosos, a una flacidez congénita o a un adelgazamiento importante.

Para nosotros, lo que determina principalmente la elección de la técnica es la flacidez o laxitud cutánea, que dividimos en leve, moderada, importante o muy importante (Tabla II).

Salvo en el Grupo 0 (que presenta únicamente lipodistrofia abdominal, son normalmente nulíparas y cuyo tratamiento se reducirá a liposucción), prácticamente en casi todos los demás grupos realizamos de rutina la aproximación, en mayor o menor medida, de los músculos rectos abdominales. Si no existe flacidez cutánea y sólo hay laxitud de la pared muscular (grupo I), el tratamiento de elección es una abdominoplastia endoscópica que, si se acompaña de lipodistrofia leve abdominal, asociaríamos a liposucción.

Si la flacidez cutánea es leve (grupo II), el tratamiento consistirá en una dermolipectomía con cicatriz reducida (miniabdominoplastia) que asociaremos, si fuera necesario, a una liposucción. En

Tabla I. Clasificación en categorías: según el estado ponderal y la patología de la pared abdominal

Categorías
A. Delgadas a mínimo sobrepeso
B. Obesidad
C. Cicatrices, hernias y eventraciones

estos casos preferimos no despegar el colgajo abdominal superior, o hacerlo muy discretamente.

Cuando el exceso de piel es moderado (grupo III), la posición del ombligo o la flacidez cutánea supraumbilical pueden determinar la elección de una técnica u otra. Si aquél se encuentra en una posición elevada o no existe suficiente piel, nos veremos obligados a dejar una cicatriz en T o una cicatriz vertical mínima entre el nuevo ombligo y el pubis. En caso contrario, utilizaremos la técnica clásica (Figs. 1 y 2).

En pacientes con importante flacidez de piel (grupo IV), indicamos una abdominoplastia convencional (Figs. 3 y 4) que extenderemos lateralmente lo necesario en los casos con flacidez muy importante (grupo V) llegando, incluso, a realizar una abdominoplastia circunferencial.

En la categoría B incluimos aquellos pacientes que presentan sobrepeso o una obesidad clara (grupo VI). Sus condiciones generales excluyen, en principio, la intervención quirúrgica, y han de ser tratados por un endocrino para descartar diabetes o trastornos de la glándula tiroides, o por un equipo de adelgazamiento en el que consideramos importante incluir un psicólogo. Una vez descartada patología asociada, y con la finalidad de mejorar las condiciones de vida del paciente, solemos proponer el tratamiento quirúrgico en dos tiempos: inicialmente, una abdominoplastia convencional, extendida o circunferencial (Fig. 5) y, a los seis meses como mínimo, una liposucción.

Finalmente, introducimos una tercera categoría (categoría C) integrada por pacientes portadores de patología de la pared abdominal como cicatrices,

Tabla II. Clasificación de las alteraciones abdominales en grupos según el grado de flacidez cutánea e indicación del tipo de tratamiento

Grupo	Flacidez cutánea	Lipodistrofia	Tratamiento propuesto
0	No	+ a +++	Liposucción (Lipo)
I	No	–	Apl. Endoscópica + AMRA
		+ / ++	Apl. Endoscópica + AMRA + Lipo
II	+	– / +	Apl. Ct. R. con o sin AMRA
		++	Apl. Ct. R + AMRA + Lipo
III	++	– / +	Apl. Ct. T / Clásica + AMRA
		++ / +++	Lipo-Apl
IV	+++	– / +	Apl. Clásica + AMRA
		++ / +++	Lipo-Apl
V	++++	– / +	Apl. Extendida / Circunferencial + AMRA
		++ / +++	Lipo-Apl
VI	++++	++++	Apl. Circunferencial / Paniclectomía + AMRA

Grados: Ausente (–), Leve (+), Moderado (++) , Importante (+++) y Muy importante (++++)
 Abreviaturas: Apl: Abdominoplastia. AMRA: Aproximación de los Músculos Rectos Abdominales
 Apl. Ct. R: Abdominoplastia con cicatriz reducida (mini-abdominoplastia).
 Apl. Ct. T: Abdominoplastia con cicatriz en T
 Lipo-Apl: Lipo-abdominoplastia (Técnica de Saldaña)

eventraciones o hernias, que nos llevarán a optar por otras técnicas menos frecuentes.

PREPARACIÓN PREOPERATORIA

Como en la preparación de toda cirugía, es necesario realizar una exploración completa para descartar cualquier tipo de patología que pueda contraindicar el acto quirúrgico.

Debe prestarse especial atención a la existencia de cicatrices en la pared abdominal, pues pueden comprometer la circulación del colgajo, y a la presencia de hernias que deberán ser tratadas simultáneamente en el acto quirúrgico.

En los pacientes obesos (categoría B) se recomienda, siempre que sea posible, el adelgazamiento previo. En caso de que éste fracase y nos propongamos realizar la intervención, les aconsejaremos efectuar ejercicios respiratorios y la colocación sobre el abdomen de sacos de arena progresivamente más pesados, durante al menos una semana antes de la operación.

Debido a la gran extensión del despegamiento y a las dimensiones del colgajo que normalmente se practica en este tipo de intervenciones, es importante que los pacientes fumadores dejen de hacerlo durante las dos o tres semanas previas a la cirugía, y dos semanas después. La razón es que el tabaco ocasiona una alteración de la microcirculación que

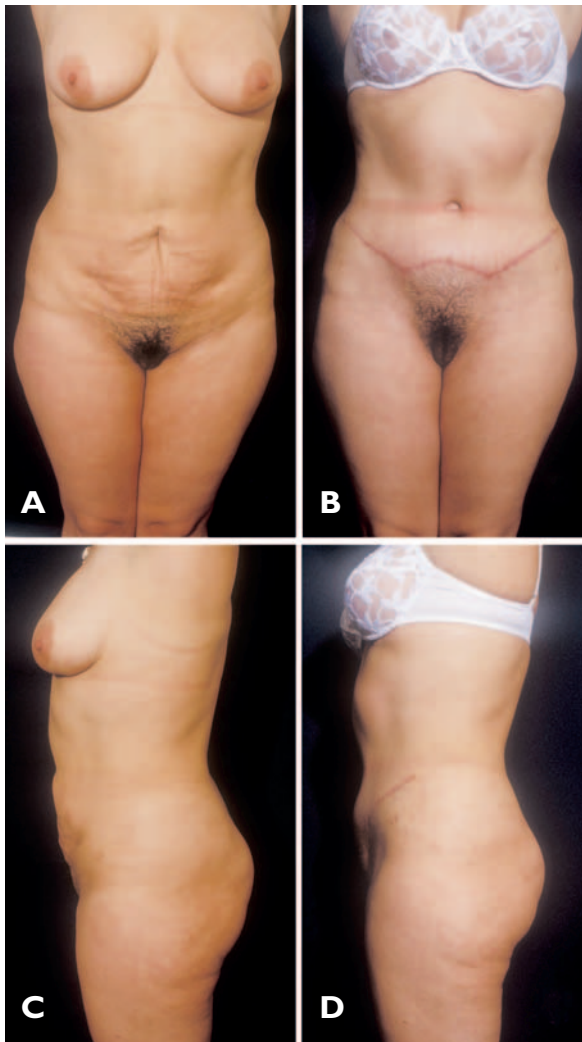


Fig. 1. Paciente de 36 años de edad con peso dentro de la normalidad. Presenta secuelas de liposucción previa en el abdomen inferior; flacidez cutánea moderada (grupo III), descenso del ombligo y lipodistrofia abdominal leve. Se le realizó una abdominoplastia clásica con cicatriz en W o en forma de gaviota.

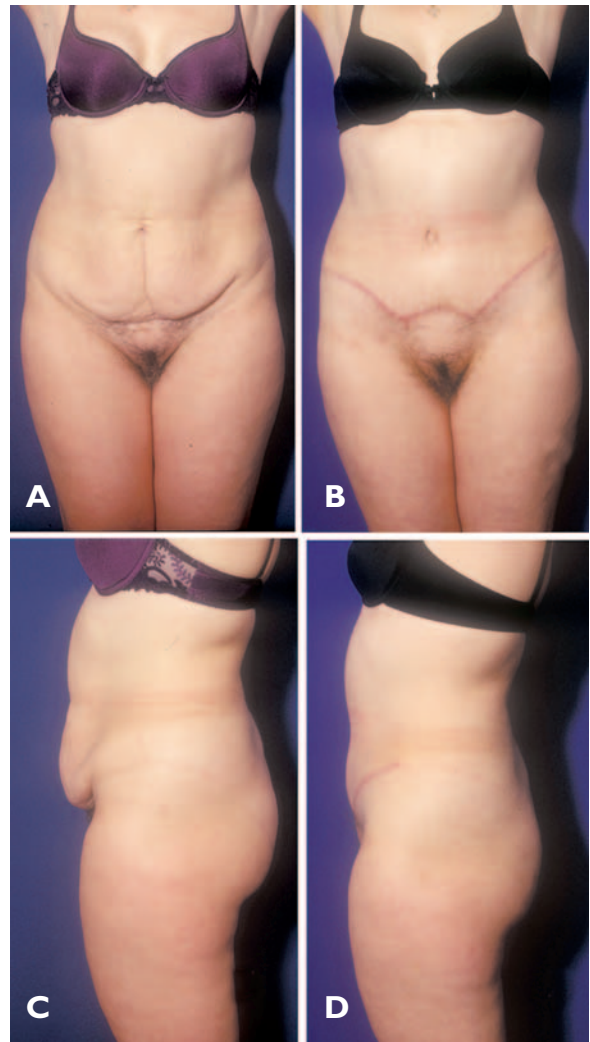


Fig. 2. Paciente de 41 años de edad con peso dentro de la normalidad. Presenta cicatriz mediana infraumbilical y leve abdomen en mandil por exceso de piel en la región suprapúbica; flacidez cutánea moderada (grupo III), lipodistrofia abdominal moderada y escoliosis. Se le realizó una abdominoplastia clásica con cicatriz en forma de gaviota.

puede comprometer seriamente el resultado final^{22,23}. Igualmente, durante el mismo tiempo no deberán tomar ácido acetilsalicílico u otros medicamentos que contengan salicilatos, analgésicos no esteroideos o compuestos con vitamina E.

Es todos los casos es recomendable la utilización de heparina de bajo peso molecular, especialmente si el/la paciente tiene riesgo alto de trombosis venosa profunda por varices importantes, obesidad o antecedentes de tromboembolismo, o si hace uso de anticonceptivos orales. Durante la operación utili-

zamos un vendaje compresivo en las extremidades inferiores con venda de crepe o medias de compresión.

ABDOMINOPLASTIA CONVENCIONAL: TÉCNICA QUIRÚRGICA

La operación clásica consiste en la resección de un segmento de piel y grasa abdominal al mismo tiem-

po que se restaura la tensión normal de la pared muscular.

A continuación se explican los pasos que se deben seguir.

I. Marcación

La primera marcación del tejido que se va a reseca se realiza en bipedestación. Las referencias utilizadas son la línea media, las espinas ilíacas anteriores y la línea de incisión escogida. Debemos prestar atención a la existencia de asimetría abdominal

(más frecuente en las pacientes múltiples) o a la posición lateralizada del ombligo (en especial en los pacientes a quienes se les realizó algún procedimiento laparoscópico). La línea media es la marca más importante para detectar estas asimetrías.

Una vez en quirófano y con el paciente en decúbito supino verificamos la idoneidad de la marcación previamente realizada. En primer lugar, colocamos dos puntos de referencia, uno sobre la apófisis xifoides y otro en la línea media del pubis. A continuación marcamos una vertical entre ellos que ha de pasar en el punto medio del ombligo. Dibujamos entonces una línea en arco siguiendo el pliegue suprapúbico (justo encima del nacimiento del vello púbico), cuyos extremos extenderemos por

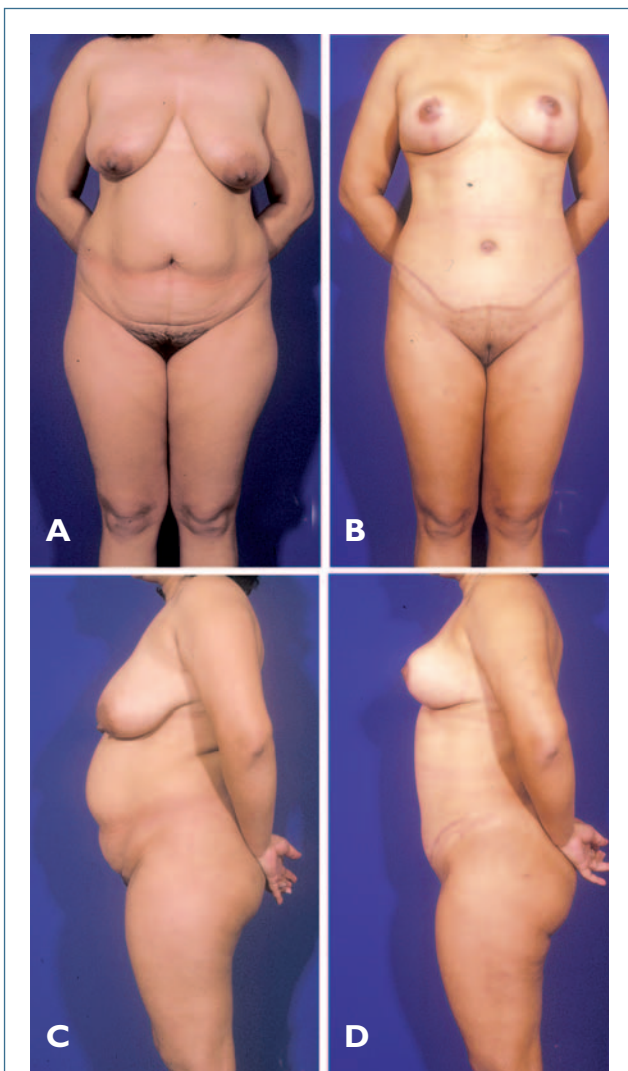


Fig. 3. Paciente de 28 años de edad con sobrepeso. Presenta flacidez cutánea importante superior e inferior (grupo IV), ombligo bajo, diástasis de los rectos abdominales muy importante y lipodistrofia abdominal con predominio superior. Se le realizó una abdominoplastia clásica con cicatriz en forma de gaviota y reducción mamaria y, en un segundo tiempo, lipoesculptura abdominal y de miembros inferiores.



Fig. 4. Paciente de 52 años de edad con sobrepeso. Presenta flacidez cutánea importante superior e inferior (grupo IV), descenso del ombligo, gran distensión abdominal por diástasis de los rectos abdominales muy importante y lipodistrofia abdominal moderada. Se le realizó una abdominoplastia clásica con cicatriz en forma de gaviota.



Fig. 5. Paciente de 36 años de edad. Presenta deformidad corporal por obesidad generalizada con abdomen en mandil por exceso cutáneo muy importante (grupo VI), para cuya corrección recurrimos a una abdominoplastia circunferencial o en cinturón en un primer tiempo, y a una dermolipectomía femoroglútea en un segundo tiempo.

los pliegues inguinales hasta el punto de proyección de las crestas iliacas. Es importante estirar con la mano la piel en sentido ascendente para reproducir la tensión de la cicatriz después de la cirugía (esta incisión puede acomodarse al tipo de bikini que utilice la paciente). Seguidamente colocamos la mano debajo del ombligo y efectuamos un movimiento giratorio de izquierda a derecha dibujando, con el palito o con el rotulador, un arco que se emplaza inmediatamente por encima de la cicatriz umbilical y tiene un diámetro equivalente, o un poco mayor, al efectuado en la región suprapúbica. Por último, unimos los extremos de este arco con las dos líneas dibujadas anteriormente, aquellas que partían de los extremos del arco suprapúbico y finalizaban a la altura de las espinas iliacas anteriores (Fig. 6).

Cuando, como en nuestro proceder, la resección se realiza previamente al despegamiento del abdomen superior, es de suma importancia comprobar que la cantidad de piel que nos proponemos retirar

no vaya a crear problemas de tensión a la hora de cerrar la herida quirúrgica. En caso de dudas es preferible dejar una franja de piel y tejido celular subcutáneo de seguridad por encima de la línea suprapúbica que, de no ser necesaria, podrá eliminarse posteriormente. Otra opción será dejar una cicatriz en T invertida.

2. Anestesia

La anestesia de preferencia es epidural con sedación.

3. Incisión

Con un bisturí de lámina 15 realizamos la incisión cutánea dibujada previamente procurando dejar, en toda la extensión de la cicatriz, aproximadamente 1 cm de dermis, lo cual contribuye a disminuir el sufrimiento cutáneo de los bordes de la misma. Esta incisión es oblicua ascendente en la zona del vello suprapúbico para respetar los bulbos pilosos.

El tejido celular subcutáneo es seccionado oblicuamente en la región suprapúbica e inguinal (con la finalidad de preservar al máximo la circulación linfática), mientras que en el borde del colgajo seguirá una dirección ligeramente oblicua hacia fuera hasta llegar a la fascia superficial y perpendicular por debajo de ésta. En ocasiones, aunque es preferible evitarlo, podemos realizar una lipectomía a este nivel respetando al máximo la circulación fascial.

4. Hemostasia

Consideramos fundamental realizar una hemostasia rigurosa. Con una técnica delicada y la adecuada coordinación del equipo quirúrgico podemos localizar y cauterizar los vasos abdominales importantes antes de seccionarlos, evitando así pérdidas innecesarias de sangre que benefician la viabilidad del colgajo y la recuperación postoperatoria del paciente. Para facilitar la misma es conveniente dejar una fina capa de tejido celular subcutáneo sobre la aponeurosis de los rectos abdominales, disecar cuidadosamente mediante divulsión con tijera o con ayuda de los dedos y cauterizar los dos extremos del vaso que posteriormente será seccionado.

5. Despegamiento

En primer lugar, realizamos el despegamiento del colgajo infraumbilical con un bisturí de lámina 22 o 24 y con la ayuda de los dedos. Este despegamiento se lleva a cabo con facilidad y nos permite una mejor hemostasia. Una vez que llegamos al ombligo dividimos el colgajo por la mitad y colocamos en los extremos de cada lado dos pinzas de Kocher.

La individualización de la cicatriz umbilical debe preservar una cierta cantidad de grasa para mantener una adecuada circulación sanguínea. Esta región periumbilical es la que posee la mayor concentración de grandes vasos y donde deberemos extremar nuestros cuidados para evitar pérdidas sanguíneas.

Por encima del ombligo nos encontramos en la línea media una zona de difícil despegamiento que preferimos realizar con bisturí, mientras que, lateralmente, lo solemos efectuar con tijeras de Mayo curvas, de Metzembbaum o mediante presión digital.

Consideramos de la mayor importancia respetar al máximo la vascularización del colgajo dermograso abdominal. En principio, la extensión del despegamiento supraumbilical la limitamos al mínimo necesario que nos permita la aproximación de la aponeurosis de la musculatura abdominal. Posteriormente, una vez realizada ésta, ampliaremos el despegamiento lo suficiente como para permitir la adecuada adaptación del colgajo al tiempo que liberamos los pedículos que ocasionan retracciones.

6. Aproximación de los bordes mediales de la aponeurosis de los músculos rectos abdominales

Utilizamos puntos dobles, separados y con el nudo enterrado de mononailon o Prolene 2/0 y 3/0. El primer punto lo damos inmediatamente por debajo de la cicatriz umbilical y, a continuación, proseguimos de forma ascendente desde inmediatamente encima del ombligo hasta la apófisis xifoides. Una vez realizada la aproximación de la musculatura supraumbilical procedemos a la plicatura infraumbilical desde el ombligo hasta el pubis. Deberemos constatar la tensión que dejamos. Si la

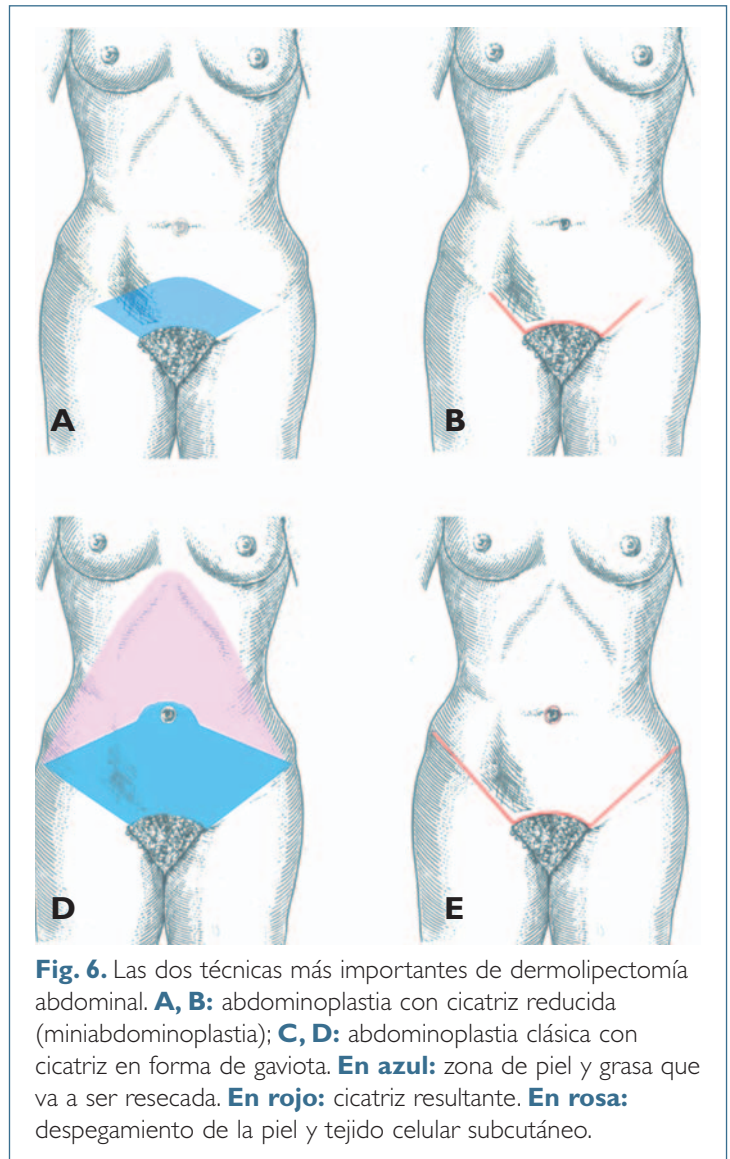


Fig. 6. Las dos técnicas más importantes de dermolipectomía abdominal. **A, B:** abdominoplastia con cicatriz reducida (miniabdominoplastia); **C, D:** abdominoplastia clásica con cicatriz en forma de gaviota. **En azul:** zona de piel y grasa que va a ser resecada. **En rojo:** cicatriz resultante. **En rosa:** despegamiento de la piel y tejido celular subcutáneo.

paciente está bajo anestesia epidural es más fácil controlar la presión que ejercemos con la aproximación muscular, mientras que si está bajo anestesia general deberemos tener más cuidado.

En mujeres debemos evitar dejar un abdomen plano, sin las curvas normales del abdomen femenino, para lo cual, en ocasiones, puede ser de utilidad la plicatura paramediana de los músculos oblicuos^{18,21}. Finalmente, damos unos puntos de fijación del ombligo a la pared aponeurótica.

7. Tracción y puntos de repartición

Una vez finalizada la plicatura y revisada la hemostasia, damos unos puntos de referencia para repartir

el colgajo sobre la línea de incisión suprapúbica e inguinal. En este momento solicitamos la flexión de la mesa quirúrgica elevando el tronco y flexionando las piernas del paciente sobre la pelvis (que disminuye cualquier tensión en el colgajo) y marcamos la nueva posición del ombligo y la de los puntos de repartición.

8. Onfaloplastia

Liberado de nuevo el colgajo dibujamos la incisión o resección cutánea que vayamos a efectuar para dar salida al ombligo en la posición previamente señalada. De las diversas técnicas para onfaloplastia^{15,16} (circular, semicircular, elíptica, cuadrangular, lineal vertical u horizontal, en cruz, en U, en T, en V, en Y, etc.), nosotros utilizamos la cicatriz en V invertida, que evita una línea cicatricial evidente en el borde inferior del ombligo e impide la retracción circular de la misma. Seguidamente, realizamos una lipectomía periumbilical y, antes de cerrar, damos cuatro puntos con mononailon 3/0 que entran por el borde cutáneo del ombligo, se anclan en la aponeurosis y se exteriorizan a través de la incisión umbilical.

9. Sutura de la cicatriz abdominal y umbilical

Finalmente, damos los puntos de repartición antes marcados, colocamos los drenos al vacío y procedemos a la sutura por planos del colgajo y del ombligo.

10. Apósito

Al concluir la operación cubrimos las heridas con gasa furacinada y compresas. Sobre éstas colocamos una pequeña férula de yeso con forma romboidal⁴ que no debe alcanzar los relieves óseos (reborde costal y crestas iliacas) y que favorece la compresión homogénea sobre el colgajo, y evita el espacio muerto, el acúmulo de sangre y la formación de pliegues en el colgajo cutáneo. Finalmente, aplicamos un vendaje levemente compresivo.

CUIDADOS POSTOPERATORIOS

En el postoperatorio inmediato el paciente es colocado en una cama con el dorso elevado, las rodillas

flexionadas y las piernas ligeramente elevadas (posición de semi-Fowler) para evitar tensión sobre el colgajo y la sutura. Se aconseja realizar movimientos con los pies y con las piernas, 24 horas de reposo absoluto y deambulación asistida al día siguiente a la intervención, evitando la extensión completa del cuerpo. Levantamos el apósito a las 24 horas (para observar el estado del colgajo y movilizar los drenos) y lo retiramos a las 48 horas, momento en el que colocaremos una faja. Se recomienda su uso durante las primeras ocho semanas, tanto de día como de noche, aunque se podrá retirar durante breves periodos de tiempo para aliviar la sensación constante de presión.

Pautamos de rutina analgésicos y antibióticos. El dolor postoperatorio suele ser moderado y bien controla bien con analgésicos. La dieta líquida se inicia tan pronto es tolerada.

COMPLICACIONES Y SECUELAS

Como en toda intervención quirúrgica de características estéticas, las complicaciones no son frecuentes; sin embargo, es necesario que el paciente que vaya a ser sometido a una dermolipectomía abdominal conozca claramente los riesgos que ésta conlleva.

Los hematomas y los seromas ocupan el primer lugar dentro de las complicaciones de la abdominoplastia. Si se produce un gran hematoma el tratamiento es el drenaje y la revisión de la hemostasia. Generalmente, los seromas son diagnosticados en la primera visita al consultorio y su tratamiento consistirá en el drenaje por punción y la presión mantenida, repitiendo la aspiración tantas veces como sea necesario.

La necrosis y el sufrimiento cutáneo, aunque poco comunes, suelen ser complicaciones graves que aparecen cuando la circulación, tanto arterial como venosa, está comprometida. Son más frecuentes en pacientes fumadores^{22,23}, obesos y diabéticos, y las causas más importantes son la presencia de cicatrices, la tensión excesiva o la destrucción vascular por liposucción del colgajo y la presencia de infección o de un hematoma no diagnosticado. Este último provoca sufrimiento tisular no sólo por el aumento de presión, sino también, y principal-

mente, por los efectos tóxicos del mismo sobre el colgajo. Una epidermolisis superficial no es infrecuente en el borde superior de la herida, especialmente en su parte media.

El tratamiento varía dependiendo de la causa y la gravedad de la situación: habitualmente utilizamos en la primera fase pomada antibiótica hasta que se define la lesión y, una vez establecida, procederemos a realizar escarectomías seriadas para mantener limpia la herida, favorecer el proceso de granulación y esperar su epitelización. Las resecciones de las cicatrices deben esperar meses para evitar la fase de actividad de la cicatrización.

La infección no es habitual y suele estar relacionada con hematomas no drenados, con una preparación inadecuada del ombligo o con la asociación, en el mismo acto operatorio, de otros procedimientos abdominopélvicos o estéticos. En una revisión retrospectiva de 10.490 dermolipsectomías realizadas por 958 cirujanos, Grazer y Goldwyn²⁴, en 1977, encontraron una incidencia de infección del 7,3%. Estas infecciones fueron causadas principalmente por estafilococos, estreptococos, *Escherichia coli* y *Pseudomonas*. Todas las infecciones fueron menores y respondieron al uso de antibióticos y drenaje.

En cuanto a la tromboflebitis y el embolismo pulmonar^{25,26}, el tromboembolismo pulmonar es la complicación más temida de la dermolipsectomía. Además del riesgo inherente a cualquier intervención quirúrgica, esta operación añade dos condiciones que contribuyen a su aparición: el aumento de la presión intraabdominal y la disminución del retorno venoso de las extremidades durante la intervención y después de ella. En el estudio retrospectivo de Grazer y Godwyn en 1977, la incidencia de

trombosis venosa profunda fue del 1,1%. El embolismo pulmonar fue reportado en el 0,8% de los pacientes, con seis muertes. De acuerdo con el estudio de Hester²⁷ y cols. en 1988, la obesidad fue claramente identificada como factor de riesgo para el desarrollo del embolismo pulmonar.

Las secuelas más habituales y, por ventura, de más fácil corrección, son las alteraciones de la cicatriz abdominal (dehiscencia, cicatrices hipertróficas y queloides); los defectos en la cicatriz umbilical (malposición, cierre por contracción cicatricial, agrandamiento del ombligo, etc.) y las adiposidades o la piel remanentes en los extremos de la cicatriz, más conocidas como orejas de perro.

CONCLUSIONES

La abdominoplastia o dermolipsectomía abdominal es una de las intervenciones estéticas que más inquietan al cirujano plástico por las grandes dimensiones de la cicatriz resultante y por su alto índice de morbilidad. Al mismo tiempo, es una de las que más satisfacen a los/las pacientes por el cambio importante que determinan en su morfología y en sus hábitos de vida.

Con la aparición de la liposucción, y más tarde de la endoscopia, se han incrementado de manera considerable las posibilidades terapéuticas y los resultados han mejorado. La lipodermolipsectomía abdominal ha contribuido a aportar mayor seguridad y menos complicaciones. Aunque sus conceptos son aplicables a la totalidad de las abdominoplastias; no obstante, su indicación ha de limitarse a los casos que presentan lipodistrofia y diástasis leve o moderada.

BIBLIOGRAFÍA

1. Regnault P. The history of abdominal dermolipectomy. *Aesth Plast Surg.* 1978; 2: 113-23.
2. Elbaz JS, Flageul G. *Chirurgie plastique de l'abdomen.* París: Masson et Eds.; 1978.
3. González-Ulloa M. Belt lipectomy. *Br J Plast Surg.* 1960; 13: 179.
4. Pitanguy I. Abdominal lipectomy: an approach to it through an analysis of 300 consecutive cases. *Plast Reconstr Surg.* 1967; 40 (4): 384-91.
5. Regnault P. Abdominoplasty by the W technique. *Plast Reconstr Surg.* 1975; 55: 265.
6. Grazer F. Abdominoplasty. *Plast Reconstr Surg.* 1973; 51: 617.
7. Elbaz JS, Flageul G. *Liposucción et chirurgie plastique de l'abdomen.* París: Masson et Ed.; 1989.
8. Glicenstein J. Difficulties of surgical treatment of abdominal dermodystrophies. *Ann Chir Plast.* 1975; 20: 147.
9. Teimourian B, Fisher J. Suction curettage to remove excess body fat for body contouring. *Plast Reconstr Surg.* 1981; 68: 50.
10. Ferraro F, Zavitsanos G, Van Buskirk E, Rehnke R, Ruff G, Ritter E. Improving the efficiency, ease, and efficacy of endoscopic abdominoplasty. *Plast Reconstr Surg.* 1997; 99: 895-8.
11. Lockwood T. Rectus muscle diastasis in males: primary indication for endoscopically assisted abdominoplasty. *Plast Reconstr Surg.* 1998; 101: 6.
12. Saldanha OR. Lipoabdominoplasty with selective and safe undermining. *Aesth Plast Surg.* 2003; 27 (4): 322-7.
13. Avelar JM. Abdominoplasty: A new technique without undermining and fat layer removal. *Arquivo Catarinense de Medicina.* 2000; 29: 147-9.
14. Carreirao S, Pitanguy I, Correa W, Caldeira A. Abdominoplastia vertical. Uma técnica a ser lembrada. *Rev Bras Cir.* 1983; 73 (3): 184-94.
15. Pitanguy I. Body contour. *Am J Cosm Surg.* 1987; 4 (4): 283-93.
16. Cardoso de Castro C, et al. T-abdominoplasty to remove multiple scars from the abdomen. *Ann Plast Surg.* 1984; 12 (4): 369-73.
17. Avelar J. Fat suction versus abdominoplasty. *Aesthetic Plast Surg.* 1985; 9: 265.
18. Souza Pinto EB. A new methodology in abdominal aesthetic surgery. *Aesth Plast Surg.* 1987; II: 213-22.
19. Matarasso A. Abdominoplasty. *Clin Plast Surg.* 1989; 16: 289.
20. Bozola AR, Psillakis JM. Abdominoplasty: a new concept and classification for treatment. *Plast Reconstr Surg.* 1988; 82 (6): 983.
21. Nahas FX. An aesthetic classification of the abdomen based on the myoaponeurotic layer. *Plast Reconstr Surg.* 2001; 108: 1787-95.
22. Arquero P, Lahuerta A, Luque C, de la Puerta D. Ritidoplastia en fumadores. Prevención de la necrosis cutánea. *Cir Plast Iberlatinamer.* 2000; 26 (3): 213-29.
23. Arquero P. Prevención de la necrosis cutánea en pacientes fumadores sometidos a ritidoplastia. Tesis Doctoral. Madrid: Universidad Complutense de Madrid; 1999.
24. Grazer F, Goldwyn R. Abdominoplasty assessed by survey, with emphasis on complications. *Plast Reconstr Surg.* 1977; 59: 513.
25. Christman KD. Death following suction lipectomy and abdominoplasty. *Plast Reconstr Surg.* 1986; 78 (3): 428.
26. Bloemenkamp K, Rosendaal F, Helmerhorst F, Vandenbroucke J. Higher risk of venous thrombosis during early use of oral contraceptives in women with inherited clotting defects. *Arch Intern Med.* 2000; 160: 49.
27. Hester R, Baird W, Bostwick J, et al. Abdominoplasty combined with other surgical procedures: safe or sorry? *Plast Reconstr Surg.* 1989; 83: 997.

Dirección de contacto:

Pedro Arquero

Ramón de la Cruz 33, 1º D

28001 Madrid

arquero@clínicaarquero.com