

11211  
Zej.  
18

UNIVERSIDAD NACIONAL AUTONOMA DE MEXICO

FACULTAD DE MEDICINA  
División de Estudios de Postgrado



CONSIDERACIONES Y OBSERVACIONES EN LA  
ABDOMINOPLASTIA

T E S I S

QUE PARA OBTENER EL TITULO DE  
ESPECIALISTA EN CIRUGIA  
PLASTICA Y RECONSTRUCTIVA  
P R E S E N T A :  
DR. TOMAS LINCOLN NAPOLEON PEÑAFIEL  
IBARRA

Asesor: Dr. Alfonso Valdivia Medina  
H.R. 20 de Noviembre I.S.S.S.T.E.

México, D.F.

TESIS CON  
FALTA DE ORIGEN

1988





Universidad Nacional  
Autónoma de México



**UNAM – Dirección General de Bibliotecas**  
**Tesis Digitales**  
**Restricciones de uso**

**DERECHOS RESERVADOS ©**  
**PROHIBIDA SU REPRODUCCIÓN TOTAL O PARCIAL**

Todo el material contenido en esta tesis esta protegido por la Ley Federal del Derecho de Autor (LFDA) de los Estados Unidos Mexicanos (México).

El uso de imágenes, fragmentos de videos, y demás material que sea objeto de protección de los derechos de autor, será exclusivamente para fines educativos e informativos y deberá citar la fuente donde la obtuvo mencionando el autor o autores. Cualquier uso distinto como el lucro, reproducción, edición o modificación, será perseguido y sancionado por el respectivo titular de los Derechos de Autor.

## CONTENIDO

INTRODUCCION .....	1
HISTORIA .....	3
CONSIDERACIONES ANATOMICAS .....	19
INDICACIONES DE ABDOMINOPLASTIA Y SU MANEJO PREOPERATORIO.....	25
MATERIAL Y METODOS .....	29
TECNICA QUIRURGICA .....	30
CUIDADOS POSTOPERATORIOS .....	33
RESULTADOS .....	34
DISCUSION .....	35
REFERENCIAS BIBLIOGRAFICAS.....	36

## I N T R O D U C C I O N

Los problemas estéticos de la pared abdominal son frecuentes en nuestra especialidad. Representan el 21% del total en nuestra práctica. Los grados de deformación varían en relación con la distensión y engrosamiento de la pared abdominal que sufre el paciente, sea por embarazo o por obesidad (reducción de peso). Cuando se presentan ambos factores el caso - es aún más serio. En estos problemas es muy importante considerar no -- únicamente el grado de distensión-engrosamiento de la pared abdominal, - sino también la elasticidad de las fibras de elastina y el colágeno de la dermis (8). Las deformaciones de la pared abdominal, pueden clasificarse en cuatro grados: (9)

- 1.- Cuando hay distensión y ligera gravitación de la porción de la pared abdominal.
- 2.- Cuando hay un descenso general, con distensión de la pared abdominal desde el apéndice xifoides hasta el pubis o sin dicha distensión, de pósito de tejido adiposo y diastasis muscular.
- 3.- Cuando, además de los problemas mencionados, existe una marcada distensión ó gravitación de los flancos y de la región lumbar, así como pliegues deformantes en el área.
- 4.- Cuando, aunada a los problemas mencionados, existe una hernia parietal extensa, y en este caso se recomienda una incisión específica a cada caso.

La preñez causa una expansión importante de la pared abdominal, frecuentemente con gran distensión de la dermis, y llegando en ocasiones hasta cuatro veces más de su extensión original, y no es infrecuente que, después del parto, la piel de la región supraumbilical baste para cubrir totalmente la región abdominal, y permita al cirujano resecar la porción infraumbilical. Cuando la distensión debida al embarazo ha sido exagerada cuando la gordura ha sido importante y la pérdida de peso ha sido marcada o cuando las fibras elásticas de la dermis no son suficientemente resistentes, se produce un sobrestiramiento de la capa reticular de la dermis que causa múltiples roturas deformantes (vibisis), diastasis muscular y alteraciones en la forma y posición del ombligo y abdomen. Las pacientes que tienen deformidades de 2º, 3º y 4º grados, además de obesidad sufren severas deformaciones; puede presentarse la gravitación de la pared abdominal desde ligera hasta grave, así como la diastasis muscular en sus diversos grados.

Considerando todos los factores arriba mencionados, hemos diseñado nuestra técnica que nos permite corregir la deformidad de la pared abdominal, técnica que consta de cuatro variantes:

- 1.- Incisión oblicua suprapúbica
- 2.- Plicatura umbilical alta
- 3.- Compensación vertical de los colgajos a researse
- 4.- Presentación longitudinal del ombligo.

## HISTORIA

Las primeras referencias de ésta cirugía, estuvieron asociadas a deformidades de la pared abdominal, y en otros casos a correcciones de hernias umbilicales, las mismas que exigían retiro de piel y de tejido celular subcutáneo.

La literatura es abundante y las operaciones han sido clasificadas en tres categorías, de acuerdo a la dirección de las incisiones y a la cicatriz resultante. (13)

A.- INCISIONES HORIZONTALES O TRANSVERSALES.

B.- INCISIONES VERTICALES O LONGITUDINALES.

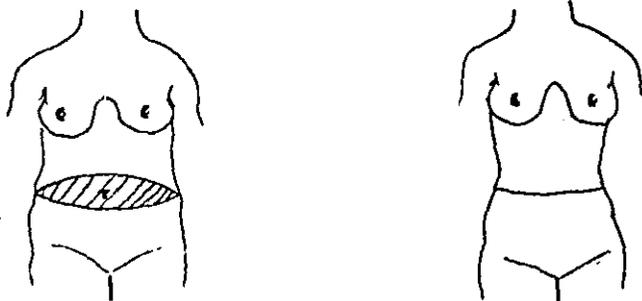
C.- INCISIONES MIXTAS.

### INCISIONES HORIZONTALES

La primera referencia de una incisión de éste tipo data de 1880 cuando Demars y Marx, en Francia, reportan una amplia resección de piel y grasa en la pared abdominal.

En 1899, Kelly, realiza una incisión transversal, con una excisión elíptica alrededor del ombligo (fig. 1 a y b).

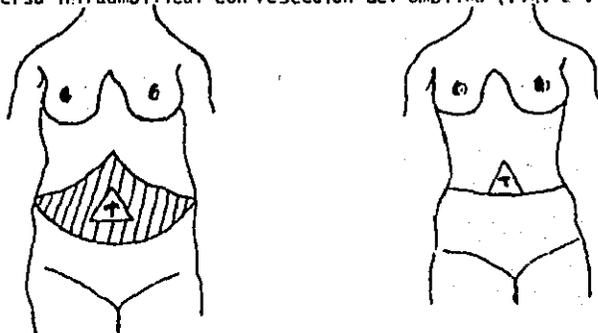
Técnicas similares fueron presentadas en 1908 por Von Schulz en 1911 - por Jolly y por Shallenberger el mismo año (13).



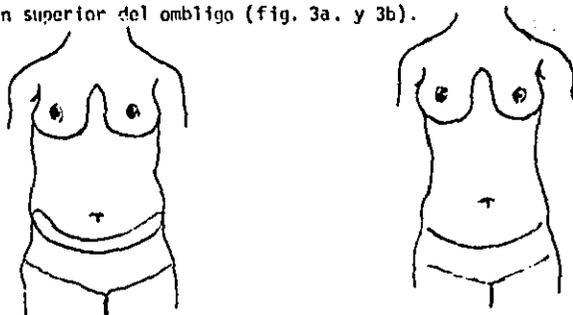
En 1901 Peters, reporta una operación en la cual se resecan 7,450 kg., de piel y grasa incluyendo el ombligo.

En 1905, Gaudent y Morestein, resecan un exceso de piel y grasa, en conjunto con una hernia umbilical, preservando el ombligo.

En 1931, Flesch-Thebesius y Weinsheimer, realizan la primera resección transversa infraumbilical con resección del ombligo (fig. 2a. y 2b).

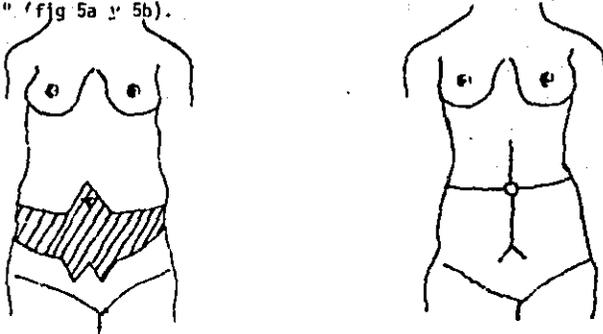


El mismo año Passot, describe una incisión horizontal baja, con desfatización superior del ombligo (fig. 3a. y 3b).



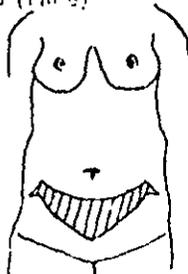
En 1932, Thorek, describe una técnica, que él la llama "Lipectomía plástica", y que consiste en la resección del abdomen pánfido, por medio de una incisión oblicua inferior y posterior injerto de ombligo. El sugiere la posibilidad de una transposición del ombligo, y en 1942, muestra otro tipo de incisión en la región supraumbilical. (fig. 4a. y 4b).

En 1940, Somalo, fue el primero en mencionar la "Perimolipectomia abdominal" (fig 5a y 5b).



Prudente en 1930, describe una técnica similar, pero preservando el ombligo.

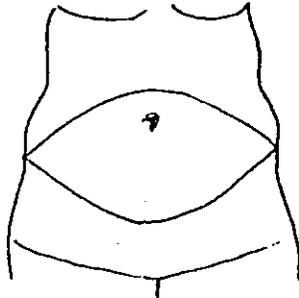
En 1949, Pick, hace una modificación a la técnica de Thorek, resecando cuñas de tejidos en las porciones medial y laterales, para evitar las llamadas orejas de perro (fig 6)



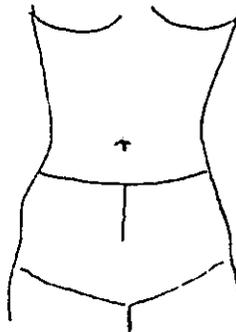
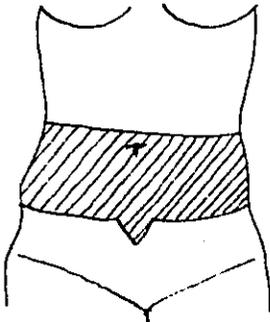
En 1956, Andrews, recomienda una incisión cóncava hacia arriba, con la porción medial bordeando el Monte de Venus y en los extremos laterales llegando hasta el borde costal, reseca el ombligo y la nueva onfaloplastia se realiza por medio de una incisión circular.

Todas estas técnicas comprenden resecciones de piel y grasa con nada o muy poco socavado de la pared umbilical.

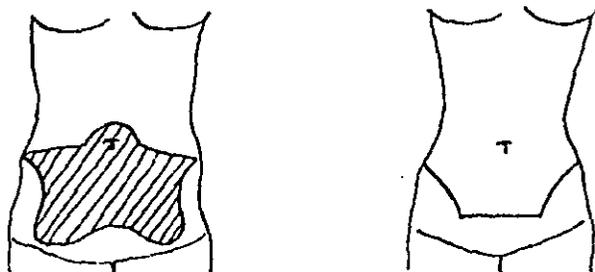
Uno de los importantes acontecimientos en abdominoplastias fue publicado por Vernon, en 1957, en el que hace una combinación de la incisión transversal con otras dos contribuciones a la abdominoplastia moderna y que son el socavado del colgajo abdominal superior y la transposición del ombligo. (fig. 7)



En 1959 y 1960, Mario González Ulloa, propuso una lipectomía plástica con transposición del ombligo y con un moderado despegamiento del colgajo superior (fig 8a y 8b) (8,13).

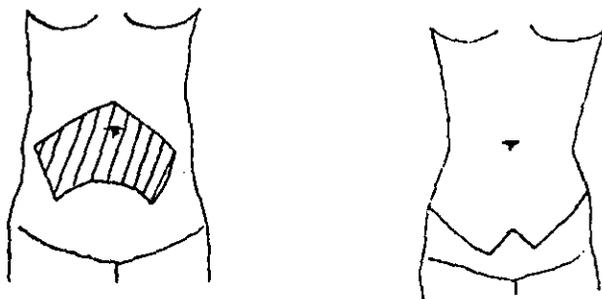


En 1962, Spadafora, describe una técnica transversal, con una incisión en S bien formada, y también con un despegamiento del colgajo abdominal superior con transposición del ombligo. (fig. 9a. y 9B).

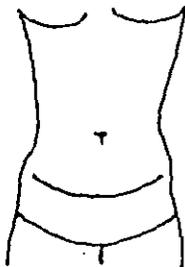
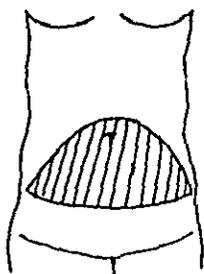


En 1965, Callia, en su tesis, describe una técnica, en la cual la incisión media se encuentra localizada sobre el pubis, y las prolongaciones laterales, son paralelas e inferiores al arco crural (fig. 10a y 10b) - (4)

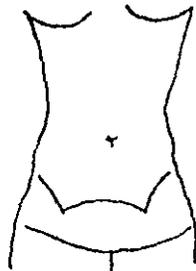
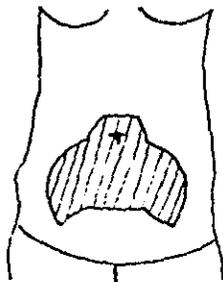
Ese mismo año, Pontes, recomienda una incisión sobre el pubis en forma curva o en línea recta, con pequeñas prolongaciones laterales sobre el arco crural.



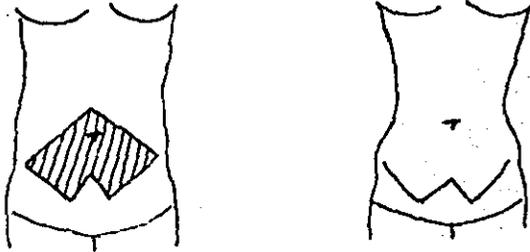
En 1967, Pitanguy, describe una incisión transversal, ligeramente por arriba del pubis y curvando hacia abajo en las partes laterales, realizando un gran despegamiento, con transposición del ombligo, también realiza la Plicatura de los rectos anteriores abdominales; en 1974 él y sus colaboradores, recalcan la necesidad de prolongar las incisiones laterales hacia arriba o hacia abajo, de acuerdo a las necesidades de la paciente (fig. 11a y 11b) (16).



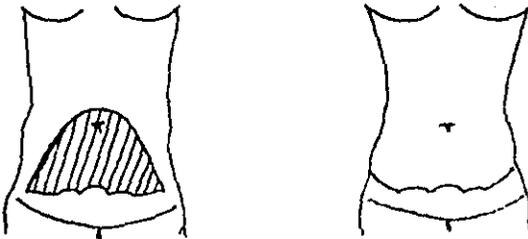
En 1971, D. Serson, describe una técnica de características geométricas, preocupándose en obtener una cicatriz resultante baja, en forma tal, que quede lo más próxima posible de la región pilosa pubica y del pliegue inguinal. Se trata fundamentalmente de la incisión clásica de Pfannestiel ampliada. (fig. 12a y 12b) (21, 22).



En 1972, P. Regnault, describe su técnica en W-plastia (fig. 13a y 13b) (19).



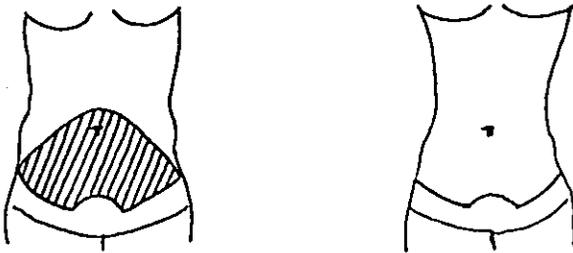
En 1972, Crazer, sugiere una incisión similar a la de Pitanguy, pero con las líneas laterales que no sobrepasen a la línea de la Espina Iliaca Anterosuperior (fig. 14a y 14b). (10,11 y 13).



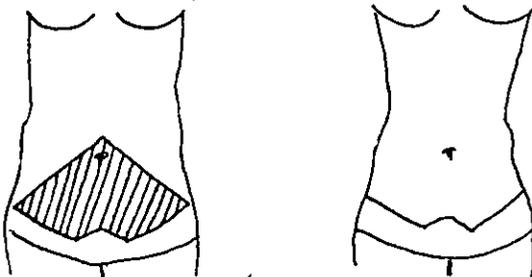
En 1974, Baroufi, publica un artículo en el cual realiza variaciones en las técnicas de acuerdo a cada caso en particular: W-plastias, en línea recta, con prolongaciones laterales curvadas hacia arriba o hacia abajo. (3).

En 1975, Sinder, traza en el preoperatorio las líneas de marcación en forma de un triángulo, con remoción de la parte inferior del colgajo y después el despegamiento del colgajo superior; una técnica similar a la de Sinder fue propuesta por Planas en 1978, quién la llamó "chaleco sobre pantalones".

En 1977, Baker-Gordon-Moseinko, sugieren una estandarización mediante la aplicación de un patrón en W (figs. 15a y 15b) (2,13,17).

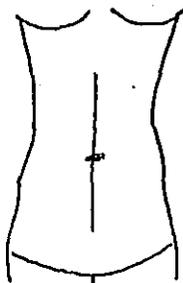
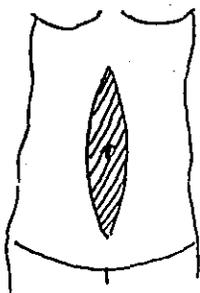


En 1980, Khory, en el 7° Congreso Internacional de Río de Janeiro, sugiere una técnica que consiste en trazar una incisión horizontal que tiene tres arcos, y que básicamente es una modificación a la W-plastía de Regnault. (figs. 16a y 16b).

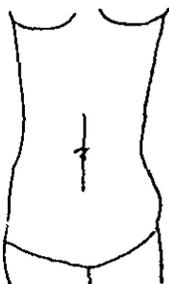
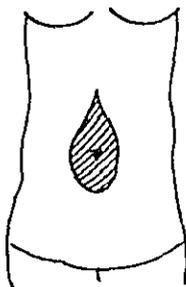


### INCISIONES VERTICALES

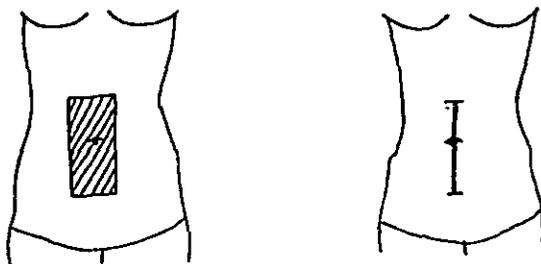
En 1916, Babcock, recomienda una elipse central, que se extiende desde el apéndice xifoides hasta el pubis y con resección del ombligo (figs. - 17a y 17b) (13).



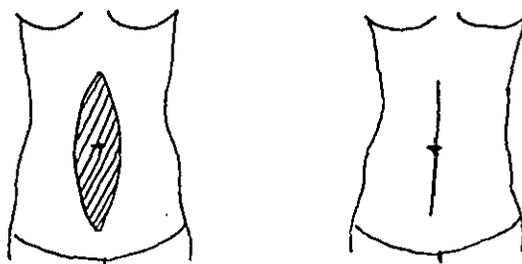
En 1918, Schelpelmann, propuso la misma incisión que Babcock pero con dimensiones más pequeñas del segmento a resecar (fig 18a y 18b).



En 1926, Kuster, describe una técnica que consiste en un trazo de líneas rectas e interceptadas en sus extremos superior e inferior por dos líneas rectas, que dan como resultado un rectángulo (figs. 19a y 19b).



En 1951 Fernández-Correa-Iturraspe, defienden la dermolipectomía abdominal vertical, realizando alargamiento de la resección xifo-pubiana con una pequeña excéresis horizontal de tejido suprahilico (fig. 20).

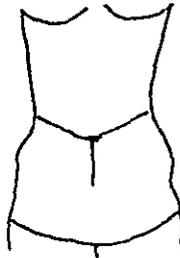
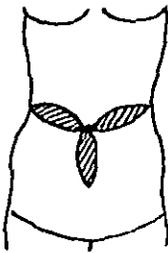


En 1952, Snina, utiliza la misma técnica con buenos resultados.

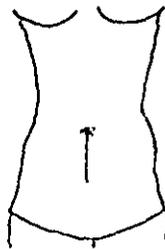
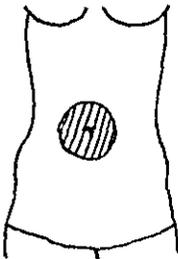
En 1973, Fischl, indica la incisión vertical para tipos de abdomen flácido y con muchas arrugas.

### INCISIONES MIXTAS

Fueron propuestas inicialmente por Weinhold, en 1909, quien recomienda una incisión con tres segmentos iguales centrados en el ombligo. (fig. - 21a. y 21b). (13).

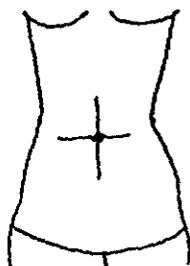
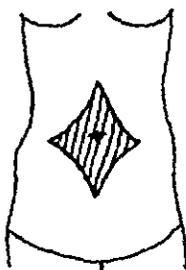


En 1931, Passot, sugiere una incisión circular periumbilical y resección del exceso de tejido abdominal de la línea media (figs. 22a y 22b)

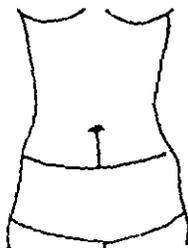
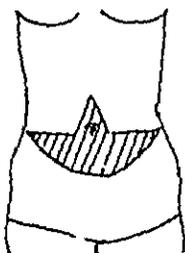


En 1946, Cibils-Puig, proponen una resección Ystainfraumbilical, complementada por una excéresis de un segmento triangular en dirección longitudinal.

En 1955, Galtier, propone una incisión en cuatro triángulos alrededor del ombligo, pero preservándolo por medio de una incisión circular a su alrededor (figs. 23a y 23b).

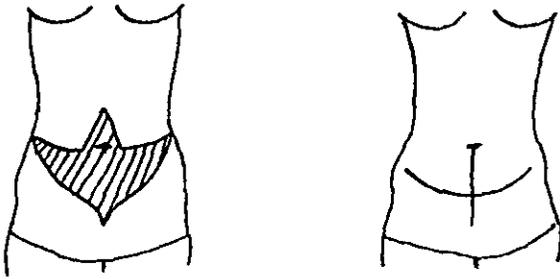


En 1959, Dufourmentel y Mouly, describen una incisión horizontal baja, con un triángulo extendido por debajo del ombligo, efectuando un pequeño o moderado despegamiento y transposición del ombligo (figs. 24a y 24b). El resultado de la cicatriz es el de una T invertida. (11 y 13).

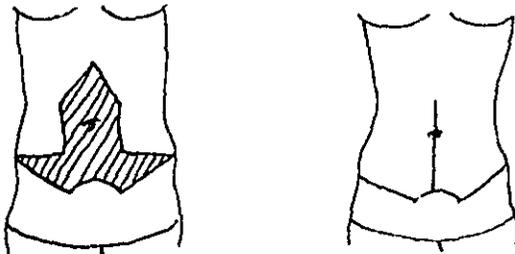


En 1967, Castañares y Goethel, publican una modificación a la técnica de Galtier, en la cual los cuatro extremos de la excisión son desiguales, - el resultado de la cicatriz es el de una estrella bien formada, y el ombligo se encuentra por arriba de la cicatriz vertical (figs. 25a y 25b).

(5)



En 1975, P. Regnault, publica un reporte de dos incisiones mixtas, la primera incisión es en Flor de Liz, una versión modificada a la técnica de Castañares, y la lipectomía plástica con tres extremidades, con resultado de una T bien formada como cicatriz (figs. 26a y 26b). (20).



## ONFALOPLASTIA

Con respecto al ombligo, bien sea transpuesto o neoformado existen autores que han aportado sus experiencias, y entre ellos podemos citar:

En 1931, Passot, menciona la desfatización en la región inferior del abdomen, y que corresponde al nuevo sitio del ombligo.

El mismo año Flesch-Thebesius y Weinsheimer, describen un procedimiento en el cual el ombligo es preservado en una isla de tejido en forma piramidal y transferido similarmente en el defecto creado en la pared abdominal inferior.(1).

En 1956, Andrews, apoya la neo-onfaloplastia.

En 1932 Buschke-Joseph-Birkenfeld, describen varios métodos de abdominoplastia, incluyendo los Passot, SchepeImann, Flesch Thebesius y Weinsheimer; el aspecto más importante de éste texto es el como crear un falso o nuevo ombligo, después de la remoción completa del original; método descrito lleva la piel hacia abajo y la fija a la fascia en un área determinada, incluye cuatro cortes en forma de diamantes. (7)

En 1957, Sidney Vernon, describe el transplante del ombligo hacia arriba mediante una excisión lateral, casi vertical y al margen de la reparación transversa, para remodelar las orejas de perro.

En 1959, Mario González Ulloa, describe una dermolipectomía abdominal, en la cual realiza transposición del ombligo, mediante la remoción de una franja circular en la parte superior de la pared abdominal. (9)

En 1979, Hakme, fija el ombligo a la aponeurosis y su pedículo es acortado, cuidando o evitando incluir cualquier tejido graso.

Posteriormente marca el nuevo sitio correspondiente al ombligo haciendo una incisión vertical con desfatización periumbilical.

En 1974, Frederick Grazer, después del descenso de los colgajos abdominales coloca un tubo con luz fibroóptica y visualiza el ombligo, introduciendo luego y a través de la piel una aguja, para de ésta manera darcón el sitio exacto del ombligo.

Existen otras aportaciones a las onfaloplastias dadas por José Juri, Daher-Lessa, Pitanguy, etc. (15).

Es digno anotar que en las formas que se le dan al ombligo, pueden presentarse de forma estrellada, redonda, en cruz, en estrella de tres y cuatro puntos, de media luna, triangulares, etc. (11).

## A N A T O M I A

### MUSCULOS DEL ABDOMEN

La cavidad abdominal se halla casi enteramente circunscrita, por formas musculares agrupadas en cuatro regiones: (24).

- 1.- REGION ANTEROLATERAL
- 2.- REGION POSTERIOR O LUMBOILIACA
- 3.- REGION SUPERIOR O DIAFRAGMATICA
- 4.- REGION INFERIOR O PERINEAL

Dado que en nuestro estudio, y en relación con la cirugía propuesta en mi trabajo, únicamente comprende a los músculos de la región anterolateral, - procederemos a detallar las características principales de sus músculos, - los mismos que se hallan divididos en músculos largos y músculos anchos.

Los músculos largos, así llamados, porque están situados en forma longitudinal están situados simétricamente a derecha e izquierda de la línea media; son en número de dos: el recto mayor del abdomen y el piramidal del abdomen .

### RECTO MAYOR DEL ABDOMEN

Se encuentra situado inmediatamente por fuera de la línea media, tiene forma de cinta, más ancho y más delgado por arriba, que por abajo y se extiende desde el pubis al esternón y a las costillas medias.

Sus inserciones toman origen por abajo en el cuerpo del pubis, por medio de un tendón aplanado y cuadrilátero y que se fija en el lado anterior del bor

de superior del pubis, desde aquí se dirigen hacia arriba, las fibras musculares internas en forma vertical y las externas en dirección algo oblicua y hacia afuera formando en su conjunto un fascículo aplanado. Al llegar al tórax se divide en tres lenguetas: la externa que se inserta en el borde inferior de la quinta costilla; la lengüeta media en el borde inferior de la sexta costilla y la lengüeta interna en el borde inferior de la séptima costilla a nivel del ligamento costoxifoideo o en el apéndice xifoides.

Este músculo se encuentra interrumpido de trecho en trecho por inserciones aponeuróticas y cuyo único carácter importante es el número y sus variaciones de acuerdo a la raza, así vemos que en los blancos están entre 2 a 5, mientras que en los negros es mayor el número de intersecciones aponeuróticas.

Este músculo se encuentra cubierto por una vaina fibrosa y que lo separa por delante de la piel, por detrás de la fascia transversalis, su borde interno se encuentra separado de su homólogo por la línea alba.

Se encuentra inervado por los siete últimos nervios intercostales.

Está irrigado por las arterias epigástricas y por la mamaria interna.

Desempeña un importante papel en el acto de la micción, la defecación, el vómito; baja las costillas flexionando el tórax.

#### MUSCULO PIRAMIDAL DEL ABDOMEN

Es un músculo pequeño, alargado y prolongado, situado a cada lado de la línea media, en la parte anterior e inferior del abdomen, inmediatamente por-

delante del recto mayor; tiene la forma de un triángulo, cuya base mira hacia arriba y el vértice hacia abajo.

Se inserta por delante del pubis, entre la sínfisis y la espina, de aquí se dirige hacia arriba y adentro estrechándose paulatinamente, terminando en la línea alba. Se encuentra dentro de la vaina del recto mayor, irrigado por la epigástrica inferior, innervado por el duodécimo nervio intercostal .

#### OBLICUO MAYOR

Es un músculo superficial que va en altura desde la sexta costilla al pubis y en anchura desde el dorsal ancho a la línea blanca.

Sus inserciones de origen es en la cara externa y borde inferior de las 8-últimas costillas que se entrecruzan con las fibras musculares del Serrato mayor y del Dorsal ancho; sus inserciones terminales se efectúan por medio de un tendón que se fija en la cresta iliaca, borde anterior del hueso coxal, en el pubis y en la línea blanca.

Cubre a los músculos largos del abdomen, el oblicuo menor, las últimas ocho-costillas y los músculos intercostales.

Se encuentra irrigado por las cuatro últimas intercostales y de las arterias lumbares.

Está innervado por las ramas abdominales de los nervios intercostales inferiores y por los nervios abdominogenital mayor y menor, que son ramas del plexo-lumbar.

Es un músculo espirador, flexiona el tórax y comprime las vísceras abdominales.

#### OBLICUO MENOR

También llamado externo, se encuentra situado por debajo del O. mayor, es aplanado y muy ancho, pero dirigido en sentido contrario y se extiende desde la región lumbosacra a las últimas costillas, a la línea blanca y al pubis. Cubierto por delante por el O. mayor y por detrás por el Dorsal ancho. Se encuentra irrigado por las colaterales externas de la epigástrica y de la mamaria interna, por las dos últimas intercostales y por ramas ascendentes de la circunfleja ilíaca profunda. Esta inervado por los cuatro nervios intercostales inferiores y por las dos ramas abdominogenitales del plexo lumbar. Tiene acciones similares a las del O. mayor

#### TRANSVERSO DEL ABDOMEN

Llamado así por las direcciones de sus fibras, es una ancha lámina cuadrilátera. Se encuentra irrigado por ramas de la arteria epigástrica inferior y de las arterias lumbares. Está inervado por los nervios abdominogenital menor que son ramas al plexo lumbar sus funciones son similares a las del músculo antecesor.

### CONSIDERACIONES ANATOMICAS

Las incisiones de la figura en el contorno corporal que son hechas en piel TCS y fascia muscular. La cirugía estética del abdomen comprende tres separados sistemas: vasos superficiales, nervios y linfáticos.

Con respecto a la circulación de la pared abdominal, estas tienen su -- origen en tres puntos importantes. 1. Ramas perforantes musculocutáneas de las arterias subcostal y lumbares; 2. Ramas perforantes de las arterias epigástricas superior e inferior y 3. Ramas superficiales de la arteria femoral, que va a irrigar la piel y TCS de la porción inferior del abdomen; éstas arterias dan origen a dos ramas, una posterior y una cutánea lateral; la rama lateral penetra al interior del músculo y se anastomosa con las ramas perforantes de la epigástrica.

Las ramas posteriores se dirigen al TCS y piel irrigándolos en todo su -- recorrido. La preservación de las ramas que emergen cerca del margen cos tal dificulta el despegamiento a éste nivel.

El drenaje venoso de la pared abdominal es variable, así vemos que las -- venas superficiales por arriba del ombligo van a drenar a la vena axilar y torácica lateral, mientras que las venas subcutáneas superficiales por debajo del ombligo van a drenar en la vena safena. por debajo del liga -- mento inguinal.

En lo que respecta a los nervios cutáneos, de la pared abdominal, estos --

tienen su origen de los segmentos espinales T6-T12 y L1, también están los nervios ilioinguinal e iliohipogástrico; en las abdominoplastia con técnicas de incisión en bikini, producen daño de los nervios y consecuentemente pérdida de la sensibilidad en las partes laterales por lo que después de la operación la distribución nerviosa se altera.

Con respecto al drenaje linfático, podemos decir que el drenaje de la pared abdominal es hacia los ganglios axilares por arriba del ombligo y hacia los ganglios inguinales superficiales por debajo. En las abdominoplastias las líneas de incisión separan o dividen las conexiones de estos ganglios y su retorno y restablecimiento de drenaje se resuelve después de varias semanas. (11).

**INDICACIONES DE ABDOMINOPLASTIAS (16)**

- 1.- FLACIDEZ
- 2.- REDUNDANCIA
- 3.- ABDOMEN PENDULO: ENTRE ESTOS HAY VARIOS SUBTIPOS, DADOS POR LA DIFERENTE DISTRIBUCION DE GRASA.
- 4.- ESTRIAS: QUE SE PRESENTA:
  - a.- EMBARAZO PREVIO
  - b.- OBESIDAD ANTERIOR
  - c.- PIEL CON POBRE ELASTICIDAD
- 5.- CICATRICES INFRAUMBILICALES: CESAREAS, APENDICECTOMIAS, OTRAS INTERVENCIONES GINECOLOGICAS
- 6.- HERNIAS
- 7.- DIASTASIS DE LOS RECTOS
- 8.- PIEL FLACIDA
- 9.- LIPODISTROFIA.

PACIENTES QUE NO SON CANDIDATAS PARA OPERARSE (16)

- 1.- SI EL GRADO DE DEFORMIDAD ES PEQUEÑO, Y EL GRADO DE ANSIEDAD DE LA PACIENTE ES GRANDE.
- 2.- SI LA PACIENTE QUIERE REDUCIR SUS MEDIDAS, EN PARTICULAR ANTERIORES.
- 3.- ESTRIAS EN EXCESO
- 4.- ANTECEDENTES DE DESORDENES TROMBOFLEBITICOS O DE TOMAR ANTICONCEPTIVOS ORALES POR MUCHO TIEMPO (MAS DE DOS AÑOS).
- 5.- OBESAS SIN CONTROL DE PESO
- 6.- PACIENTES DELGADAS CON PARED ABDOMINAL PROTUYENTE, POR GRAN TAMARO DE LOS ORGANOS O MALA POSICION DE ESTOS.
- 7.- PACIENTES QUE ADOPTAN UNA POSICION POSTURAL DEFECTUOSA, YA QUE LA MEJORIA NO JUSTIFICA EL RIESGO.

EVALUACION DEL NIVEL DE ACEPTACION DEL PACIENTE EN LA FASE PREOPERATORIA

- 1.- ¿ CUANDO PENSO UD. EN OPERARSE ?
- 2.- ¿ POR QUE PIENSA QUE DEBE DE OPERARSE ?
- 3.- ¿ QUE ES LO QUE NO LE GUSTA DE SU ABDOMEN ?
- 4.- ¿ QUE TAN IMPORTANTE ES SU ABDOMEN EN RELACION CON EL RESTO DE SU CUERPO ?
- 5.- ¿ QUE RESULTADOS ESPERA DE LA OPERACION ?
- 6.- ¿ QUE IMPORTANCIA TIENE SU ASPECTO FISICO ?
- 7.- ¿ QUE CAMBIOS ESPERA DE LA OPERACION ?
- 8.- ¿ QUE EXPERIENCIA LE MOTIVA A OPERARSE ?
- 9.- ¿ SE IMAGINA COMO SERA SU NUEVO ABDOMEN ?
- 10.- ¿ PIENSA QUE SE ADAPTARA FACILMENTE A SU NUEVO ABDOMEN ?
- 11.- ¿ TIENE TEMORES RELACIONADOS CON SU OPERACION ?, ¿CUALES?.
- 12.- ¿ CUAL SERIA SU ACTITUD ANTE UN RESULTADO NO ESPERADO DE SU CIRUGIA ?
- 13.- ¿ CUAL SERIA SU ACTITUD FRENTE A UNA COMPLICACION ?.

TABLA DE PESO SEGUN LA TALLA EN MUJERES EN KGS.

TALLA EN CMS	LIMITE INFERIOR	PERO PROMEDIO	LIMITE SUPERIOR
142	36,25	45,11	53,96
143	36,62	45,67	54,70
144	37,00	46,23	55,45
145	37,36	46,78	56,20
146	37,71	47,34	56,96
147	38,08	47,90	57,71
148	38,45	48,46	58,46
149	38,82	49,02	59,22
150	39,18	49,58	59,97
151	39,53	50,14	60,72
152	39,89	50,69	61,48
153	40,26	51,25	62,22
154	40,64	51,81	62,97
155	40,83	52,36	63,72
156	41,02	52,92	64,48
157	41,18	53,48	65,24
158	41,35	54,04	66,00
159	42,08	54,60	66,74
160	42,82	55,16	68,24
161	43,18	55,72	69,00
162	43,53	56,27	69,75
163	43,90	56,83	70,50
164	44,27	57,39	71,25
165	44,63	57,94	72,00
166	44,99	58,50	72,76
167	45,35	59,06	73,52
168	45,71	59,62	74,00
169	46,08	60,18	74,26
170	46,46	60,74	75,01

FUENTE: CASILLAS. O. E. VARGAS

CUADROS DE PESO Y TALLA PARA ADULTOS MEXICANOS

ARCH. INVEST. MED. (MEXICO)

11:157-174, 1980. (25)

## MANEJO PREOPERATORIO

1.- Historia clínica y examen físico general

2.- Examen de laboratorio que incluye:

    Biometría hemática

    Glucosa, Urea, Creatinina, Ácido Úrico, Proteínas Parciales  
    y totales. Relación A/G, Electrolitos.

    Examen general de orina

    Examen coproparásitario

    E. K. G. (de 40 años en adelante)

    Tela de Torax

    Simple de abdomen

3.- Fotografías de abdomen: frente, lateral y oblicuas

4.- Medición: Tórax - cintura - cadera

5.- Tricotomía 7 días antes de la cirugía para que cuando se vaya a -  
    operar se haga obvio la línea de implantación de vello púbico.

6.- Ingreso un día antes de la cirugía

7.- Baño con jabón antiséptico 24 horas antes

8.- Marcaje en posición de pie el día de ingreso

9.- Ayuno a partir de la noche anterior

10.- Diazepam 10 mgs. la noche anterior.

## MATERIAL Y METODOS

Se estudiaron diez pacientes de sexo femenino, en edades comprendidas entre los 25 y 50 años, y que hubieran cumplido los requisitos ya mencionados en páginas anteriores. las mismas que fueron operadas en el Centro Hospitalario "20 de Noviembre" en fecha comprendida entre el mes de Junio de 1987 y el mes de Enero de 1988.

Como método comparativo se estudiaron otras diez pacientes, operadas en el Servicio de Cirugía Plástica y Reconstructiva del mismo hospital y en las cuales se realizaron técnicas convencionales de Pitanquy, Gordon y Brake, Paul Regnauth. (fig. 29a, 30a y 30b)

Los objetivos que la técnica que nosotros proponemos, basicamente consta de cuatro puntos a saber:

- 1.- Abordaje suprapubico con incisión en bisel, lo que nos permite una mejor coaptación al deslizarse el colgajo superior, y que evita espacios muertos y nos favorece con una cicatriz resultante adecuada. (fig. 28a y b)
- 2.- La presencia de una cicatriz umbilical, longitudinal de tipo atlético. (fig. 29b)
- 3.- Plicatura del ombligo en base a su pedículo, que corrije hernias umbilicales y evita el acortamiento con la cicatriz neoformada.
- 4.- Compensación vertical que disminuye notablemente el tamaño de la herida hasta en diez cms. en comparación con otras técnicas. (fig. 27a)

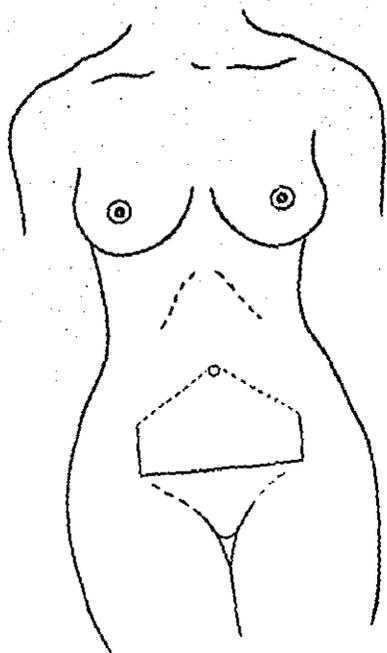


Fig. 27 a.

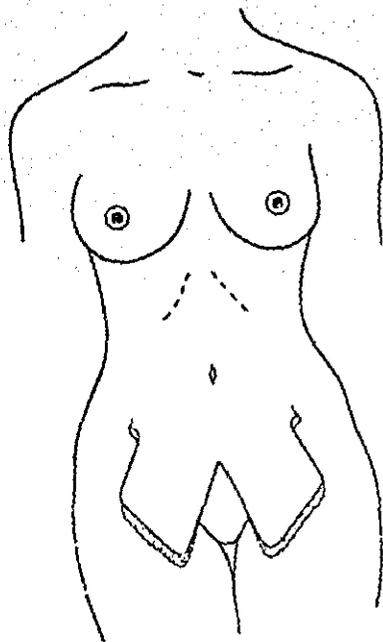


Fig. 27 b.

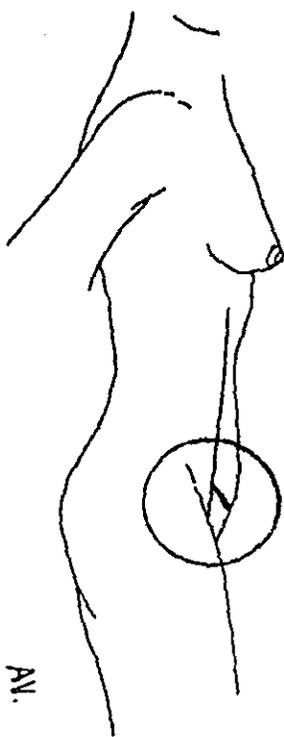


Fig. 28 a.

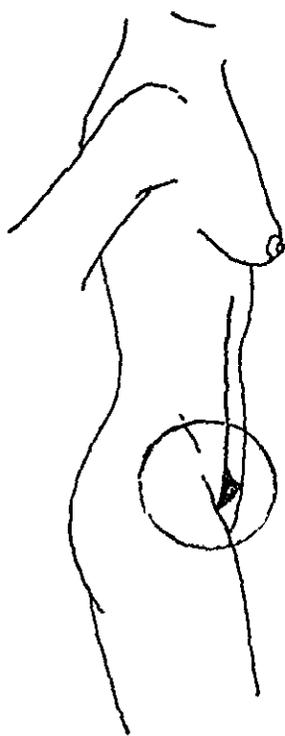


Fig. 28 b.

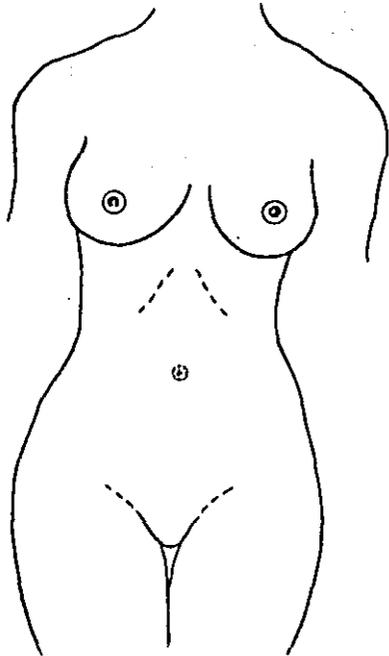


Fig. 29 a.

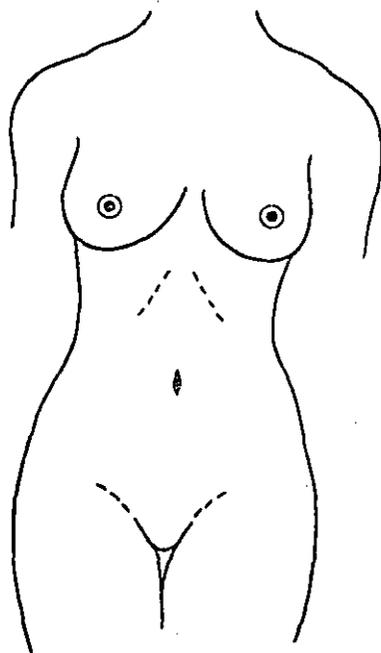


Fig. 29 b.

ESTO NOS PUDE  
SALIR DE LA OBESIDAD

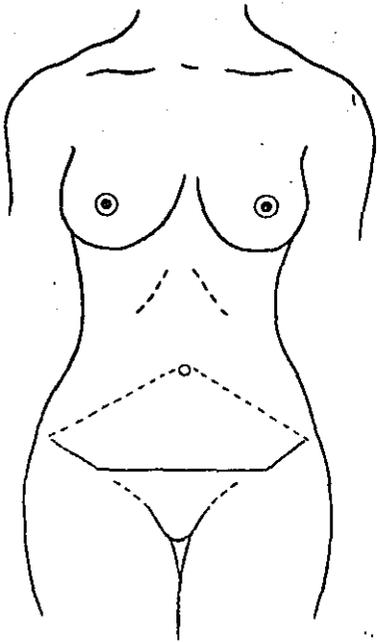


Fig. 30 a.

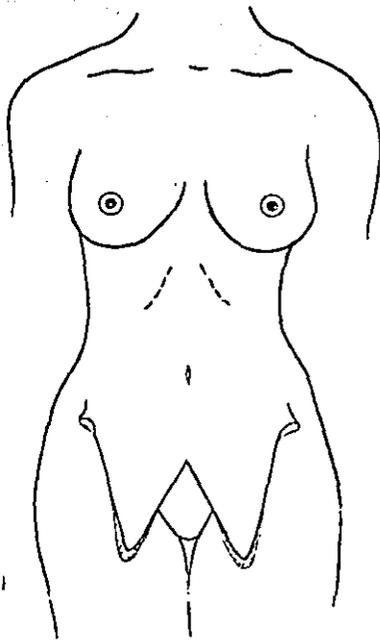


Fig. 30 b.

### TECNICA QUIRURGICA

Bajo anestesia general, por entubación orotraqueal, se procede a realizar asepsia y antisepsia con solución de iodine de la pared anterior de tórax, abdomen, genitales y la parte superior de los miembros pélvicos, se coloca sonda de Folley y campos estériles.

2.- Se procede a la marcación y tatuaje con violeta de genciana o verde brillante, mediante una línea suprapúbica recta, que abarca de la base de la cresta iliaca anterosuperior derecha a izquierda y que tiene una longitud de 10 a 15 centímetros dependiendo de la talla de la paciente . (fig. 27a.)

3.- Se toma la medida a la altura de la cicatriz umbilical, y posteriormente trazando una línea recta inframediuombilical hasta la sínfisis pubiana.

4.- Se trazan dos líneas paralelas verticales en la terminación de la línea suprapúbica, las cuales pueden variar de 2,5 a 5 cms considerando la talla de la paciente (fig. 27a)

5.- Se realiza la incisión de piel en forma oblicua siguiendo la dirección hacia el ombligo en una profundidad de 2,5 cms hasta llegar a la aponeurosis anterior de los rectos, lo cual nos permite dejar un colgajo graso a nivel de la zona púbica.

6.- Se realiza el despegamiento de los colgajos hasta la región esternal en la línea media y costal en los flancos, y dejando el ombligo en su base.

7.- Se procede a realizar hemostasia cuidadosa de las perforantes mediante electrocauterio y de ligadura los vasos de los rectos.

8.- Se realiza plicatura de los rectos anteriores del abdomen, en dos planos y con material de dermalon 00.

9.- La plicatura del ombligo llevada hacia la región esternal, fijándolo hasta donde permite la longitud del pedículo.

10.- Técnica de compensación de los colgajos: mediante corte de las líneas verticales laterales previamente marcados, lo que nos va a evitar las llamadas orejas de perro.

11.- La sutura de los colgajos la realizamos mediante colocación de puntos pilotos en la línea media suprapúbica.

12.- Una vez efectuados los puntos medios pilotos, se localiza por palpación la base del ombligo y el sitio receptor de neoformación para la cicatriz umbilical. localizado ésto se traza una línea vertical de 2.5 cms de longitud, se incide piel y tejido celular subcutáneo en forma vertical y ayudados por un gancho se procede a levantar un lado de la incisión, trazando un triángulo con base dirigido hacia arriba, obteniendo -

un hemióvalo que sumado al del lado opuesto nos da un lecho de forma - longitudinal y oval, posteriormente efectuamos una desfatización en - forma de pirámide de cono truncado invertido.

Se colocan cuatro puntos para cerrar el lecho receptor del ombligo; - acto seguido se coloca un drenovac de un cuarto a nivel del pubis, - posteriormente se procede a efectuar la sutura de los colgajos en dos - planos con dermalon 00 para dermis-dermis y 0000 para piel; el ombli- - go se sutura con dermalon 0000.

Se coloca vendaje compresivo con vendas de 30 cms y reforzado con te- - la adhesiva.

La paciente queda en posición de semifowler.

### CUIDADOS POSTOPERATORIOS (11 y 16)

- 1.- Vendaje elástico, con refuerzo de tiras de tela adhesiva en toda la pared abdominal, lo cual evita la colección serosa y permite un mejor drenaje por el drenovac, aún más elimina prácticamente el dolor local postoperatorio, dando agradable sensación de seguridad y confort y permitiendo además una fácil respiración diafragmática.
- 2.- Guardar cama en posición de Semifowler por 48 horas.
- 3.- Vendaje de miembros inferiores y movimiento de los mismos para evitar éstasis venosa.
- 4.- Retiro de drenes a las 48 horas y de sonda de Foley.
- 5.- Después de las 48 horas el paciente puede pararse ligeramente inclinado para evitar tensión sobre las líneas de sutura.
- 6.- El paciente puede pararse en posición erecta después de las dos - semanas de postoperatorio. Los pacientes mayores de 45 años tardan más tiempo.
- 7.- Uso de faja abdominal por un mes.
- 8.- Control fotográfico al mes, tres meses, seis meses y un año.

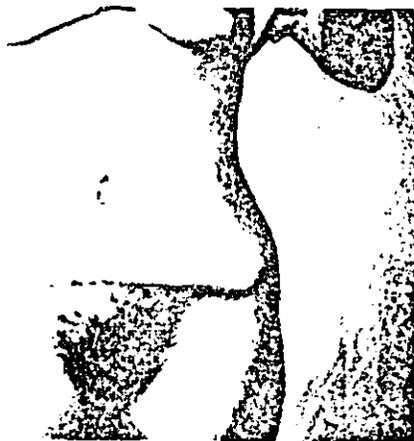
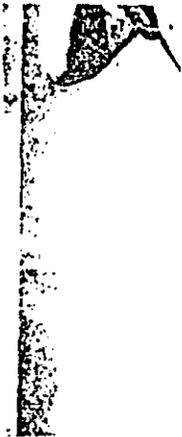
## RESULTADOS

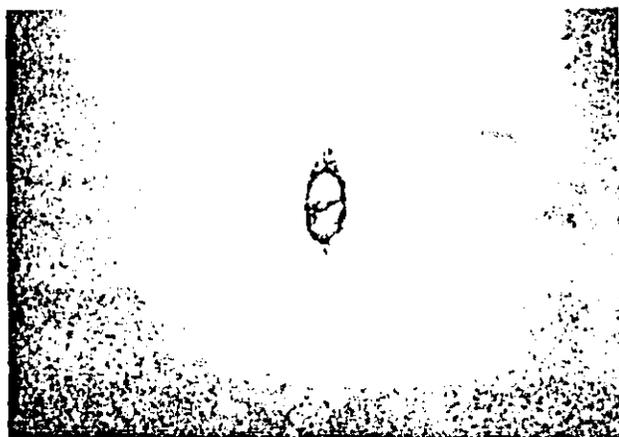
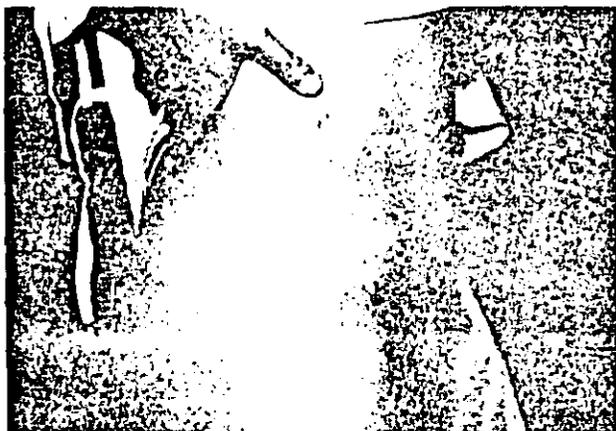
De las diez pacientes operadas en un lapso de ocho meses, todas ingresaron un día antes de la cirugía, habiendo sido dadas de alta tres días después ocho de ellas, ya en dos casos hubo un gran acúmulo de líquido-seroso en las regiones de mayor declive, lo cual lo atribuimos al re -- tiro muy rápido del drenovac, y una de ellas fue necesario realizar -- transfusión de sangre.

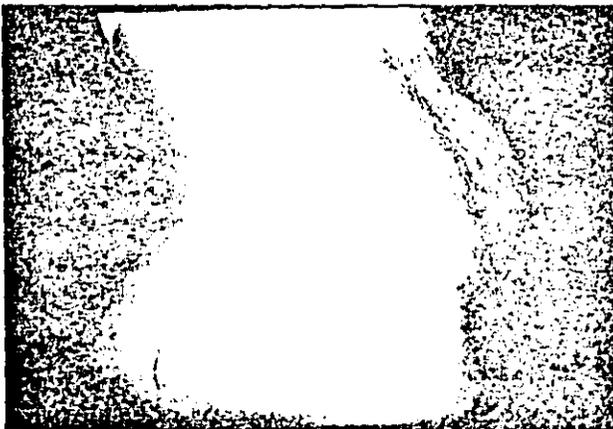
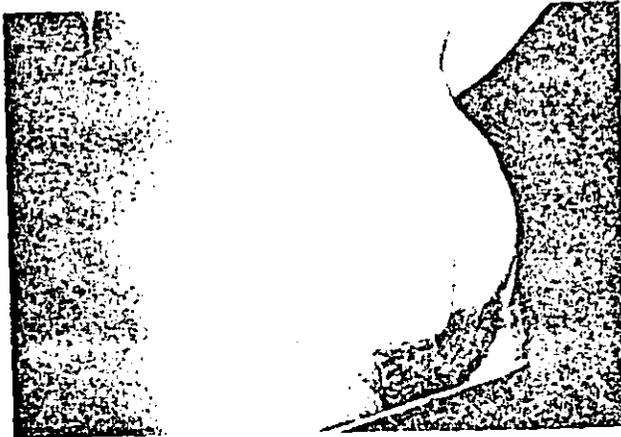
Una paciente nos presentó necrosis de la piel en la línea mediasupra -- púbica, lo que creemos se debió a una inadecuada evaluación, ya que la paciente tenía dos cicatrices transversas arriba del ombligo por ciru -- gías previas. por lo que concluimos que a ella se le debió haber prac -- ticado otra técnica quirúrgica de abdominoplastia.

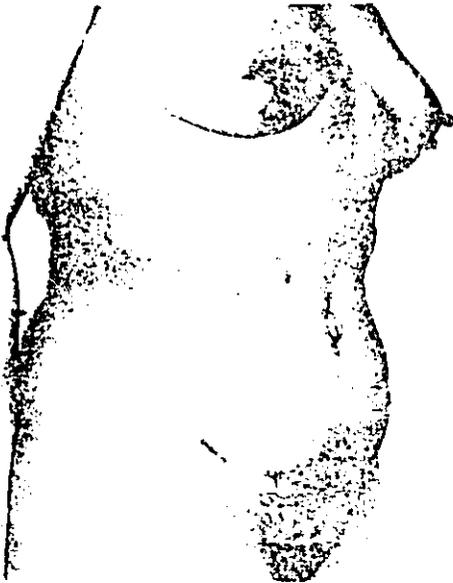
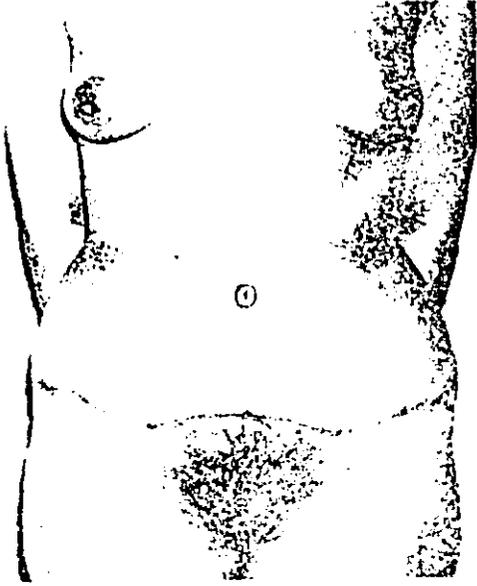
En lo que tiene que ver con la cicatriz resultante, obtuvimos una buena cicatrización en el 80%, sin orejas de perro en el 100% y sin necesidad de realizar compensaciones laterales.

El resultado de la cicatriz umbilical lo catalogamos como bueno desde -- el punto de vista estético, ya que le dimos una posición de caracteris -- ticas atléticas.









### DISCUSION

En la larga evolución histórica de intentos por corregir las deformidades ocasionadas por el embarazo o por fenómenos de obesidad se han propuesto un sinnúmero de procedimientos quirúrgicos tendientes a corregir éstas anomalías.

La técnica que hemos propuesto conlleva el análisis de algunas fallas observadas con otros procedimientos, así como también el tratar de corregirlas, por lo que nuestros planteamientos son presentados en base a los conocimientos de la geometría quirúrgica y del comportamiento de los tejidos, lo cual nos ha llevado a continuar en el perfeccionamiento de técnicas sencillas y aplicativas, para corregir ésta deformidad.

Esta es la razón por la que creemos que nuestra técnica quirúrgica es factible de ser repetida por cualquier cirujano de la especialidad, ya que ofrece algunas ventajas sobre las clásicas técnicas ya propuestas.

REFERENCIAS BIBLIOGRAFICAS

- 1.- AVELAR J.M.: Umbilicoplastia. Una técnica sem cicatriz externa  
Anais do 13º Cong. Bras. Cir. Plas. Porto Alegre. 1976.
- 2.- BAKER T.J. GORDON H.L, MOSIENKO P: A template method of abdominal lipectomy. Aesth Plast Surg 1:167, 1974.
- 3.- BAROUDI R. KEPPEKE EM. TOZZI NETO E : Abdominoplasty.  
Plast Reconstr Surg 54:161, 1974.
- 4.- CALLIA WEP: Contribución para un estudio de abdomen péndulo.  
Tesis de doctorado. Sao Paolo, 1965.
- 5.- CASTARARES S. GOETHEL: Abdominoplasty lipectomy: A modification  
in technique. Plast Reconstr Surg 40:378, 1967
- 6.- FISCHL RA: Vertical abdominoplasty. Plast Reconstr Surg.:  
51:139, 1973.

- 7.- FREEMAN BS. WEIMER DR.: Abdominoplasty with special attention to the reconstruction of the umbilicus: technique and complication. Aesth Plast Surg 2:65, 1978.
  
- 8.- GONZALEZ ULLOA M: Belt lipectomy: Br J Plast Reconstr Surg - 51:179, 1960.
  
- 9.- GONZALEZ ULLOA M: Las deformidades abdominales (técnica integral-de tratamiento) Capítulo 16: Texto de cirugía plástica, reconstructiva y estética. Salvat editores 1986.
  
- 10.- GRAZER FM: Abdominoplasty: Plast Reconst Surg 51:617, 1973.
  
- 11.- GRAZER FM: Body image: A surgical perspective. 1980 The C.V. - Mosby Company.
  
- 12.- GUERRERO SANTOS J.: Some problems and solutions in abdominal - plasty. Aesth Plast Surg: 4:227. 1980.
  
- 13.- HAKME F. Lipectomy perle supra umbilical nas abdominoplastias. Rev. Bras Cir 69:271. 1979.

- 14.- JACKSON I: Abdominoplasty: The waistline stitch and other refinements. *Plast Reconstr Surg* 61:180, 1977.
- 15.- JURI J.: Reconstruction of the umbilicus in abdominoplasty. *Plast Reconstr Surg* 63:580, 1979.
- 16.- PITANGUY: Aspect y abdominoplasty. *O Hospital* 71:1541, 1967.
- 17.- PLANAS: The "vest over pants" abdominoplasty. *Plast Reconst - Surg* 61:694, 1978.
- 18.- PSILLASKIS J.: Abdominoplasty: Some ideas to improves results. *Aesth Plast Surg* 2:205, 1978.
- 19.- REGNAULTH P: Abdominal dermolipectomy. *Int microfilm* . *J Aesth Plast Surg*. 1972.
- 20.- REGNAULTH P: Abdominal dermolipectomy. *Clin Plast Surg* 2:411, 1975

21.- SERSON NETO D.: Cirugía plástica abdominal: abordaje geométrico.  
Ars. Curandi 2:116, 1970.

22.- SERSON NETO D.: Dermolipectomía abdominal. Abordaje geométrico.  
Rev Lat Am Cir Plast 16:13, 1972.

23.- TOLBERTS S WILKINSON MD. BARRY E. SWARTZ MD:  
Individual modifications in body contour surgery: The limited"  
Abdominoplasty. Plast Reconst Surg Mayo 1976.

24.- TESTUD LATARJET. Tratado de Anatomía 1983.

25.- ARCHIVO INVESTIGACION MEDICA (MEXICO) 11:157-174, 1980.

\* \* \* \* \*