



11211
12
2E3
UNIVERSIDAD NACIONAL AUTONOMA DE MEXICO

FACULTAD DE MEDICINA
DIVISION DE ESTUDIOS DE POSTGRADO
INSTITUTO MEXICANO DEL SEGURO SOCIAL
HOSPITAL DE ESPECIALIDADES
CENTRO MEDICO LA RAZA

FALLA DE ORIGEN

RECONSTRUCCION UMBILICAL
UTILIZANDO DOS COLGAJOS
TRAPEZOIDALES

TESIS DE POSTGRADO

PARA OBTENER EL TITULO DE

CIRUJANO PLASTICO

P R E S E N T A

DR. ROBERTO ESTRADA SAAVEDRA

DIRECTOR DE TESIS: DR. PEDRO GRAJEDA LOPEZ



IMSS

MEXICO, D. F.

1995



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 está 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.

RECONSTRUCCION UMBILICAL UTILIZANDO DOS COLGAJOS TRAPEZOIDALES

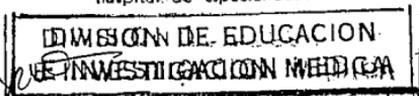
Realizada por Dr. Roberto Estrada Saavedra.
Especialista en Cirugía Plástica y Reconstructiva.
Protocolo de Tesis No. 948647



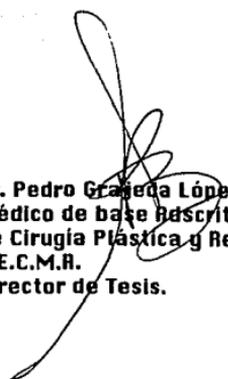
Dr. Arturo Robles Páramo.
Jefe de Enseñanza e Investigación.
H.E.C.M.R.



Hospital de especialidades



Dr. Manuel Esparza Ornelas.
Jefe del Dpto. Cirugía Plástica y Reconstructiva.
H.E.C.M.R.



Dr. Pedro Granada López.
Médico de base adscrito al Servicio
de Cirugía Plástica y Reconstructiva
H.E.C.M.R.
Director de Tesis.



Dr. José Luis Valdés Galicia.
Titular del Curso de Cirugía Plástica y
Reconstructiva. HECMR.

**RECONSTRUCCION UMBILICAL UTILIZANDO DOS
COLGAJOS TRAPEZOIDALES**

DEDICATORIA

**A mis padres y hermanos ... por supuesto.
A mi asesor de tesis Dr. Pedro Grajeda López
por el apoyo otorgado.
A nuestros pacientes sin los cuales éste trabajo no se
habría realizado.**

INDICE

Introducción.....	7
Figura 1.....	8
Figura 2.....	9
Antecedente científicos	10
Justificación.....	12
Planteamiento del problema	13
Objetivos	14
Material y métodos.....	15
Figura 3.....	16
Resultados.....	17
Anexo.....	18
Conclusiones.....	19
Bibliografía.....	20

INTRODUCCION

La presencia de la cicatriz umbilical ha sido plasmada desde tiempos ancestrales. Los hombres de Cro-magnon nos legaron múltiples esculturas de mujeres de abultadas formas en las cuales es posible con facilidad reconocer el ombligo en el centro de sus generosos vientres (fig. 1).

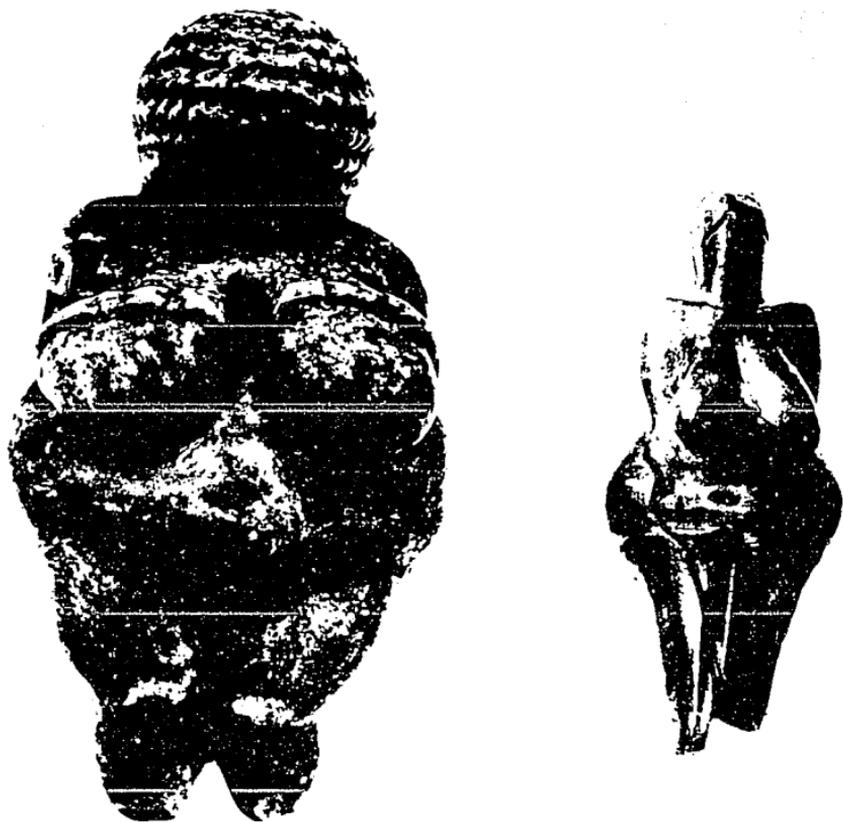
La cicatriz umbilical es el recuerdo de la unión vital y primigenia que existió y existe entre la madre y el nuevo ser humano.

Leonardo Da Vinci plasma en su dibujo "El hombre proporcionado según Vitruvio" la importancia del ombligo como punto anatómico y de referencia al situarlo en el centro de su hombre equilibrado (fig. 2).

La cirugía moderna a pesar de su alta depuración requiere en ocasiones de amputar la cicatriz umbilical como parte de una técnica quirúrgica ya que no es una estructura indispensable para la economía corporal, el ombligo es sacrificable. Pero el cuerpo humano es más que la suma de sus partes es por esto que se han desarrollado técnicas quirúrgicas para reproducir ésta estructura central.

En éste trabajo se presenta un punto de vista para la solución de éste problema.

Figura 1.



(8)

FALLA DE ORIGEN

Figura 2.

Handwritten text in a cursive script, likely a transcription of a historical document, positioned above the main illustration.



(9)

FALLA DE ORIGEN

ANTECEDENTES CIENTIFICOS

La reconstrucción de la pared abdominal y el tratamiento de las patologías intraabdominales ha sido tema de numerosas técnicas y abordajes quirúrgicos en los que se ha sacrificado la cicatriz umbilical como parte del mismo procedimiento quirúrgico o como una complicación del padecimiento inicial. (1,2)

Aún cuando se ha tratado de preservar la cicatriz umbilical que es la estructura anatómica de la pared abdominal, así como la nariz lo es de la cara, esto no ha sido posible en todos los casos teniéndose que amputar.

Los reportes serios para realizar una neoumbilicoplastia inician con Borges en 1975, (3) quien utiliza dos grandes colgajos de pared abdominal, para formar un ombligo a expensas de una cicatriz conspicua.

Kirianoff en 1978, (4) aporta una técnica de tres colgajos en forma de rebanada de pastel en el sitio de la futura cicatriz umbilical, pero ésta técnica proporciona colgajos de tamaño reducido que llevan a la pérdida de profundidad y amplitud del ombligo.

Jamra en 1979, (5) propone la reconstrucción umbilical con un avance en U-Y de dos colgajos paralelos situados en la posición deseada, pero la extensión y diseño de la heridas quirúrgicas producen demasiadas cicatrices dentro y fuera del neoumbiligo.

Apfelberg, Maser y Lash reportaron en 1979, (6) dos umbilicoplastias; una basada en un colgajo de piel circular con pedículo cutáneo, pero ésta técnica no proporciona profundidad suficiente al ombligo, resultando poco satisfactoria. La segunda técnica dá como resultado una simulación deficiente del ombligo.

Itoh y Arai, (7) en 1991 proponen dos técnicas, una que utiliza un colgajo de piel en forma triangular con pedículo subcutáneo el cual se invagina y sutura a la periferia en forma tal que la cicatriz es circular. Su segunda técnica tiene el inconveniente de una cicatriz periférica que al contraerse llega a producir una obliteración del neoumbiligo.

Las técnicas descritas son ingeniosas, pero dan una solución parcial al problema por lo que es meritorio continuar trabajando en ello hasta encontrar una solución completa al problema, es decir, lograr un ombligo de profundidad y forma así como situación anatómica adecuada de acuerdo a los criterios ya establecidos (8,9).

JUSTIFICACION

La ausencia de cicatriz umbilical como resultado de un tratamiento quirúrgico previo es en sí una secuela que tiene impacto psicológico y físico en el paciente portador.

En las últimas décadas, pese al esfuerzo de múltiples cirujanos por preservar la cicatriz umbilical tras la reparación de algún defecto de pared, son muchos los pacientes que han experimentado la mutilación de su cicatriz umbilical, viéndose en la necesidad de consultar al especialista en busca de su rehabilitación tanto física como emocional.

La reconstrucción umbilical debe tener la finalidad de crear un ombligo de suficiente profundidad con el menor número de cicatrices residuales, lo cual es difícil de lograr.

Al enfrentarse el cirujano plástico con una reconstrucción umbilical, debe tomar en cuenta el resultado deseado y esperado por el paciente y a la vez lo que él pueda ofrecer con equis técnica, de manera tal que el ombligo resultante simule lo más posible a una verdadera cicatriz umbilical.

PLANTEAMIENTO DEL PROBLEMA

Son muchas las causas que llevan a realizar una primera cirugía en abdomen y otras tantas que originan reintervenciones, siendo éstas últimas generalmente las que resecan la cicatriz umbilical.

partiendo del punto en que todo individuo que sufre la resección de su cicatriz umbilical tiene derecho a buscar su rehabilitación integral, planteamos las siguientes interrogantes:

¿Puede simularse una cicatriz umbilical a partir del tejido local disponible, que deje menor número de cicatrices abdominales y que satisfaga tanto al paciente como al cirujano?

¿De acuerdo a las características abdominales de cada paciente hay lineamientos que deben seguirse para realizar determinada plastia para reconstrucción umbilical?

OBJETIVOS

GENERAL:

- Simular una cicatriz umbilical a partir de dos colgajos de piel de la pared abdominal.

ESPECIFICOS.

-Analizar los resultados obtenidos con las neoumbilicoplastias existentes de acuerdo a la literatura.

-Comparar los resultados reportados en la literatura con una nueva técnica quirúrgica.

MATERIAL Y METODOS

Se consideró como universo de trabajo a todos los pacientes adultos o pediátricos carentes de cicatriz umbilical y que fueran captados a través de la consulta externa.

No se incluyeron a los pacientes portadores de patologías agregadas no controladas o descompensadas y se excluyeron a los pacientes con patologías agregadas que durante el estudio se descompensaran o aquéllos pacientes sanos que durante el estudio presentaran patología alguna que pusiera en peligro su vida.

Los pacientes fueron sometidos al procedimiento quirúrgico descrito a continuación: Ya sea bajo anestesia local durante un segundo tiempo quirúrgico con lidocaína y epinefrina al 2% o con anestesia general durante la plastia del defecto abdominal en un tiempo (fig. 3):

1) Situación ideal del ombligo en la pared abdominal (8,9).
2) Bajo técnica estéril, se trazan dos colgajos trapezoidales con base menor de 1.5 cm. en la línea media. La base externa o lateral será de 3 cm. La separación entre las bases media y lateral será de 1 cm. (A-a y B-b).

3) Los rombos resultantes de estos últimos trazos que se encuentran sombreados, se resecan en todo su espesor hasta la aponeurosis. Se desgrasan los colgajos trapezoidales y se verifica hemostasia.

4) Se procede a aplicar tres puntos de sutura (proximal, medio y distal) tomando dermis y aponeurosis a nivel de la línea media con nylon 3-0 puntos invertidos.

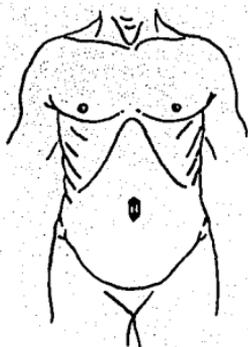
5) Se aproximan los puntos A y a y B con b, suturándolos en dos planos con vicryl 3-0 con 3 puntos invertidos para dermis y rejido celular subcutáneo.

6) La piel se sutura con nylon 4-0 puntos simples y nylon 3-0 puntos subcuticulares.

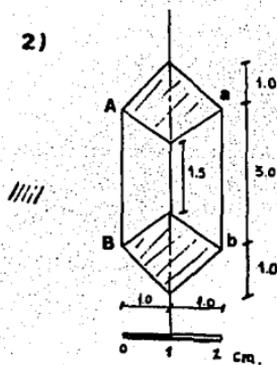
Se aplica un conformador de gasa y algodón estériles que se recambiará periódicamente. Al cabo de diez días se retiran los puntos de sutura de piel y se aplica un conformador rígido esférico e inerte durante cuatro semanas.

Figura 3.

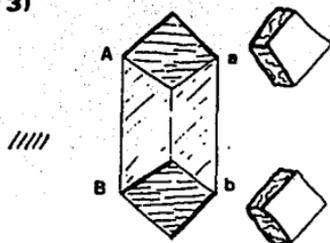
1)



2)



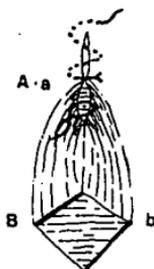
3)



4)



5)



6)



(16)

FALLA DE ORIGEN

RESULTADOS

Se sometieron al procedimiento quirúrgico reconstructivo 11 pacientes, de los cuales 8 fueron mujeres (72.72%) y 3 hombres (27.28%) con edades entre los 35 y 55 años con una media de 45.9 años.*

Las patologías que llevaron a la amputación umbilical fueron las siguientes: En 6 pacientes (54.55%) secundaria a plastia de hernia umbilical; 3 pacientes (27.28%) secundario a plastia de pared abdominal por eventración postquirúrgica y 2 pacientes (18.17%) secundario a plastia de hernia abdominal.*

El procedimiento quirúrgico se realizó bajo anestesia local en 5 pacientes (45.45%) y en 6 pacientes con anestesia general (54.55%).*

Se consideró como resultado exitoso el obtenido bajo los siguientes parámetros:

- Profundidad adecuada.
- Buena morfología.
- Satisfacción del paciente.

En base a esto se obtuvieron 9 éxitos (81.8%) y 2 fracasos (18.2%).*

Los fracasos fueron debidos a dehiscencia de la herida quirúrgica con la consiguiente pérdida de profundidad y morfología en 1 caso (9.1%) y en otro caso (9.1%) por la formación de una cicatriz hipertrófica que afectó la buena morfología del ombligo.*

ANEJO

Paciente #	Edad	Sexo M/F	Diagnóstico	Anestesia	E/F*
1	50	F	*PPEQx.	General	Exito
2	38	F	"	"	"
3	42	F	"	"	"
4	45	F	"	"	"
5	80	F	"	"	"
6	41	F	**PPHU.	Local	Fracaso
7	42	F	"	"	Exito
8	52	F	" PPHA.	"	Fracaso
9	48	M	"	General	Exito
10	51	M	PPEQx.	Local	"
11	35	M	PPHU.	"	"

* RESULTADO: E = éxito

F = fracaso

Q PPEQH. = Postoperado plastia eventración postquirúrgica.

** PPHU. = Postoperado plastia hernia umbilical.

" PPHA. = Postoperado hernia abdominal.

CONCLUSIONES

Existen varios reportes sobre reconstrucciones umbilicales o umbilicoplastias utilizando injertos de piel o colgajos locales o ambos. Frecuentemente se comenta en estos reportes que los elementos planos como los injertos de piel o colgajos se combinan en forma compleja.

Como el ombligo es una estructura tridimensional, es deseable reconstruir las paredes laterales de éste con colgajos

reduciendo las partes a ser suturadas al mínimo, así el ombligo mantendrá su profundidad por mas tiempo y en una mejor forma.

El procedimiento propuesto utiliza dos colgajos trapezoidales que al unirlos en la línea media formen una estructura tridimensional con la forma de un cono truncado con dos líneas de sutura longitudinales a la línea media.

La cicatriz postoperatoria resultante en la superficie abdominal es inconspicua y recta.

La forma del ombligo por lo general se prefiere longitudinal, en forma de almendra y con ésta técnica es fácil de realizar, ya que se evitan las cicatrices periféricas y el potencial peligro de la obliteración postcicatricial como se puede leer en la literatura.

La reconstrucción de un ombligo perdido es de ayuda psicológica y estética ya que se le da un aspecto mas normal al abdomen.

La técnica propuesta brinda un resultado satisfactorio y puede ser reproducida fácilmente.

BIBLIOGRAFIA

- 1.- Skandalakis, J.E., Hernia, surgical anatomy and technique; Mc. Graw-Hill; 1989. pág. 3-38.
- 2.- Zollinger, R.M. y Zollinger, R.M. Jr., Atlas de cirugía; Ed. Interamericana; 1987. pág. 390-391.
- 3.- Borges, A.F.: Reconstruction of the umbilicus. Br. J. Plast. Surg, 1975; 28:75-76.
- 4.- Kirianoff, T.G.: Making a new umbilicus when none exist. Plast. Reconstr. Surg, 1978; 61:603-604.
- 5.- Jamra, F.A.: REconstruction of the umbilicus by a double U-Y procedure. Plast. Reconstr. Surg, 1979; 64:106-107.
- 6.- Apfelberg, D.B.; Maser, M.R.; Lash, H.: Two unusual umbilicoplasties. Plast. Reconstr. Surg, 1979; 64:268-270.
- 7.- Itoh, Y.; Arai, K.: Umbilical reconstruction using a cone-shape flap. Ann. Plast. Surg, 1992; 28(4):335-338.
- 8.- Testut, L. y Jacob, O., Anatomia topográfica; Ed. Salvat; 1984. pág. 3-23.
- 9.- Dobou, R.; Placement of the umbilicus in an abdominoplasty. Plast. Reconstr. Surg, 1978; 61(2):291-293.