



61211
UNIVERSIDAD NACIONAL AUTÓNOMA DE MÉXICO

**FACULTAD DE MEDICINA
DIVISIÓN DE ESTUDIOS DE POSTGRADO
SECRETARÍA DE SALUD
HOSPITAL CENTRAL CRUZ ROJA MEXICANA**

**ABDOMINOPLASTIA CON TÉCNICA DE BARUDI
MODIFICADA Y CONTORNO DE CADERA MÁS
LIPOSUCCIÓN CON CORRECCIÓN DE PLIEGUE
DE FLEXIÓN**

**TESIS DE POSTGRADO
PARA OBTENER EL TÍTULO DE
SUBESPECIALIDAD EN:
CIRUGÍA PLÁSTICA, ESTÉTICA Y
RECONSTRUCTIVA
P R E S E N T A:
DR. GERARDO LARRINÚA REGALADO**

**DIRECTOR DE TESIS:
DR. JOEL ROBLES FLORES**

MÉXICO, D.F.

FEBRERO 2003

TESIS CON
FALLA DE ORIGEN



Universidad Nacional
Autónoma de México

Dirección General de Bibliotecas de la UNAM

Biblioteca Central



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.

HOSPITAL CENTRAL CRUZ ROJA MEXICANA
UNIVERSIDAD NACIONAL AUTÓNOMA DE



[Handwritten signature]

HOSPITAL CENTRAL
DIRECCION MEDICA
DR. ENRIQUE ESCAMILLA AGUIRRE
COORDINADOR MEDICO



[Handwritten signature]
HOSPITAL CENTRAL
DR. SERGIO DELGADILLO GUERRERO
JEFE DE ENSEÑANZA E INVESTIGACION

[Handwritten signature]
DR. GILBERTO PIÑA VELASCO
JEFE DEL DEPARTAMENTO DE CIRUGÍA PLÁSTICA
ESTÉTICA Y RECONSTRUCTIVA

[Handwritten signature]
DR. JOEL ROBLES FLORES
MÉDICO ADSCRITO DEL SERVICIO DE CIRUGÍA PLÁSTICA
ESTÉTICA Y RECONSTRUCTIVA
ASESOR DE TESIS

TESIS CON
FALLA DE ORIGEN

[Handwritten signature]

SUBDIRECCIÓN
DIVISIÓN DE INVESTIGACIÓN
FACULTAD DE MEDICINA
U.N.A.M.

DEDICATORIAS

A mi esposa Lorena Villaseñor con todo mi amor.

A mis padres por todo su amor y apoyo durante toda mi vida.

A mis hermanos por tenerlos siempre a mi lado.

A mis tíos Ma. Luisa y Nagib por su apoyo incondicional.

Al Dr. Joel Robles Flores por ser mi maestro y especialmente por ser mi amigo.

A todos mis amigos y compañeros por compartir momentos importantes en esta trayectoria.

TESIS CON
FALLA DE ORIGEN

INDICE

INTRODUCCIÓN	05
ANTECEDENTES HISTORICOS	07
ASPECTOS ANATÓMICOS	17
ABDOMINOPLASTIA DEL DR. BARUDI	19
PLASTIAS ABDOMINALES Y LIPOSUCCIÓN	21
ANÁLISIS DEL PROBLEMA	22
OBJETIVO	23
HIPÓTESIS	23
JUSTIFICACIÓN	23
MATERIAL Y MÉTODOS	24
CRITERIOS DE INCLUSIÓN Y EXCLUSIÓN	26
DESCRIPCIÓN DE LA TÉCNICA MODIFICADA	26
CONCLUSIONES	31
CASOS CLÍNICOS CON TÉCNICA MODIFICADA	32
BIBLIOGRAFÍA	33

TESIS CON
FALLA DE ORIGEN

INTRODUCCIÓN

La pared abdominal, con su doble símbolo de maternidad y erotismo, constituye uno de los elementos más importantes de la estética femenina.

Esto explica la repercusión psicológica, a menudo importante, de las deformidades y alteraciones que afecta a esta región, como lo son las deformidades relacionadas con el embarazo, la acumulación de grasa y el envejecimiento añadir las secuelas cicatrizales de intervenciones quirúrgicas anteriores, cuyo máximo exponente es el cuadro clásico de las cicatrices por incisión del abdomen.

Por último, la difusión de las gastroplastias efectuadas por los cirujanos digestivos o los ginecoobstetras, con el fin de obtener adelgazamientos importantes, ha generado una población nueva de candidatos y candidatas a abdominoplastias particularmente complicadas. (EMC)

El tratamiento quirúrgico de los contornos del cuerpo es un arte en constante evolución que busca mejorar las alteraciones anatómicas individuales, manteniendo un equilibrio global de las proporciones.

El verdadero objetivo de la cirugía del contorno del abdomen, es restablecer la armonía estructural y psicológica del paciente. El tratamiento quirúrgico de los contornos del cuerpo es un arte en constante evolución, gracias a los avances tecnológicos y la universalización de criterios técnicos y estéticos, que finalmente buscan mejorar las alteraciones anatómicas individuales, manteniendo un equilibrio global de las proporciones anatómicas. (CIRUGIA ESTETICA, FERRARI).

El acumulo adiposo en la pared abdominal es una de las mas frecuentes indicaciones para la dermolipectomia quirúrgica. La abdominoplastia es la corrección quirúrgica del tejido cutáneo y adiposo redundante de la parte inferior del tronco y ha sido muchas veces modificada en los últimos 40 años, sin embargo los principios fundamentales de las intervenciones estándar van encaminadas a unos mismos fines los cuales son: excisión del exceso de tejido cutáneo adiposo, reforzamiento de la pared abdominal en su sistema musculoaoneurótico anterior, corrección de cicatrices abdominales antiestéticas y tratamiento de las lipodistrofias en las zonas anatómicas vecinas. Las alteraciones de la pared abdominal pueden causar trastornos funcionales, además de conferir un desagradable contorno al tronco. Los aspectos que determinan las deformidades del abdomen son, el tipo y cantidad de nutrición y actividad física que pueden llevar a la obesidad y al acumulo de tejido adiposo subcutáneo, la pérdida de peso notable o repetida y las alteraciones postgravídicas que causan el debilitamiento de la pared abdominal asociado al relajamiento de la piel y las estrias, también intervenciones precedentes con secuelas deformantes o la formación de hernias a través de sitios anatómicos naturales o incisiones quirúrgicas y por último algunas condiciones neurológicas que pueden determinar la pérdida del tono muscular y la ptosis de la pared abdominal.

TESIS CON
FALLA DE ORIGEN

Actualmente, en el mundo occidental, el prototipo de la belleza femenina se caracteriza por una silueta delgada y armoniosa y una pared abdominal prácticamente plana, desprovista de grasa, con una cintura bien marcada. Este concepto estético se acerca a la idea de un abdomen joven y sano.

Con la corrección de éstas deformidades permite obtener un contorno de la región abdominal más estético y agradable, con un mínimo debilitamiento funcional y permite al paciente recuperar una mejor condición psicológica.

Actualmente es raro que al realizar una abdominoplastia no se asocie una aspiración, complemento útil que permite efectuar retoques indiscutibles. La aspiración ha logrado completar, mejorar, afinar o simplificar técnicas a menudo complejas. La aspiración puede mejorar o cambiar la filosofía de la plastia puesto que permite desgrasar el colgajo superior y las partes laterales, lo que mejora el resultado, ayuda a disminuir la amplitud y la importancia del despegamiento hasta suprimirlo, cuando la aspiración adelgaza el colgajo superior que debe descenderse y lo vacía de sus inserciones adiposas dejando teóricamente solo las inserciones vasculonerviosas muy elásticas, el colgajo superior se desplaza más fácilmente y necesita un menor desprendimiento en altura.

El realizar este tipo de procedimientos cambia la filosofía del problema al permitir minimizar la operación hasta el punto que se puede suprimir todo el desprendimiento total, origen de todas las complicaciones así también minimizar la cantidad de resecciones cutáneas, la longitud de la cicatriz, el interés de la transposición del ombligo y a maximizar su aspecto natural y su distancia a la cicatriz suprapubica y maximizar el interés en el triángulo piloso púbico que debe ser isósceles. (EMC).

Se han logrado progresos determinantes tanto con la lipos aspiración así como por la modificación de las técnicas clásicas, con este avance decisivo y junto a una reducción de la magnitud de la exéresis cutánea, un mejor tratamiento del plano musculoponeurótico y los progresos técnicos en cuanto al ombligo, permitieron que la cirugía plástica del abdomen entrara en la era de la conquista.

Sus indicaciones y objetivos pudieron ampliarse, su objetivo ya no es únicamente reducir el volumen sino también, obtener un abdomen de aspecto armonioso, más joven, natural y con tendencia a la belleza.

TESIS CON
FALLA DE ORIGEN

ANTECEDENTES HISTÓRICOS

La historia de la cirugía estética abdominal ha tenido contribuciones múltiples simultáneas con el paso del tiempo. (RESS)

En cuanto a las técnicas clásicas que son numerosas y ya antiguas, su gran número muestra la dificultad y la búsqueda, muy problemática, de un ideal necesario.

Después de la época de los pioneros de fines del siglo pasado, aparecieron las descripciones principales y es hasta hace aproximadamente 40 años en que las publicaciones de nuevas técnicas y sus modificaciones se han multiplicado. Las técnicas clásicas fueron ordenadas lógicamente por Correa Iturraspe en 1952, en una clasificación basada en el tipo de incisión que distingue tres grupos

- 1) incisiones transversales, entre las que se distinguen
 - a. plastias anteriores
 - b. plastias de tres cuartos
 - c. plastias circulares
- 2) incisiones verticales o longitudinales
- 3) incisiones mixtas

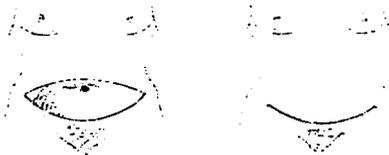
Plastias abdominales horizontales o transversales

Estas intervenciones, cuyo fin es de tirar de arriba abajo (verdadero lowering del vientre) pueden tirar, ya sea estrictamente de arriba abajo, arrastrando obligatoriamente dos orejas laterales o pliegues de rotación, que piden un arreglo final, ya sea hacia abajo y adentro (tipo Vilain) o hacia abajo y hacia fuera (tipo Pitanguy)²¹ con lo que la cicatriz resultante se puede prolongar.

Se citarán algunos de los autores que a través de la historia han contribuido de una u otra forma al perfeccionamiento de la abdominoplastia.

Demars y Marx: realizaron desde 1890 la primera resección de un delantal abdominal por medio de una incisión en "gajo de naranja" subumbilical.

Kelly: en 1899 es el primero que habla de lipectomía y reseca una media luna transversal, cabalgada en el ombligo el cual sacrifica.



TESIS CON
FALLA DE ORIGEN

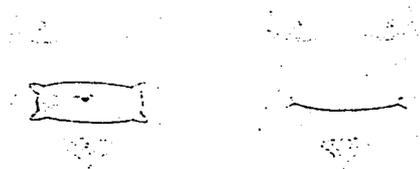
Schultz, Schallenberg y Jolly en 1911 utilizaron la técnica de Kelly que adaptan al tratamiento de la hernia umbilical.

Morestin: en su tesis en 1912, consagró el método de Kelly

Thorek: en 1923, describe la plastia abdominal, resección y tracción supraumbilical, por medio de una incisión subcostal en ala de murciélago.

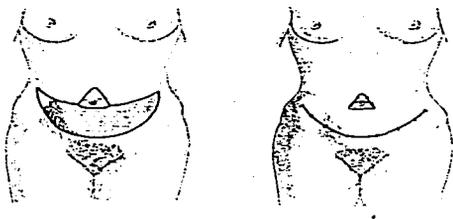


Delbet: en 1928, reseca un rectángulo horizontal, centrado en el ombligo, y corrige las orejas laterales por medio de una sutura en Y.

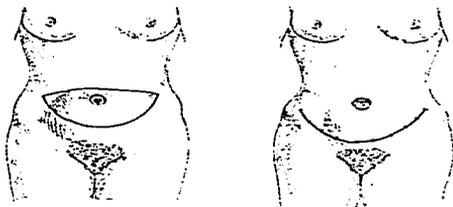


Flesh-Thebesius y Wheinschelner: en 1931, realizaron la primera transposición umbilical, pero de hecho lo que transponen es un triángulo cutáneo equilátero, centrado en el ombligo.

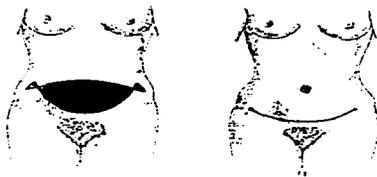
TESIS CON
FALLA DE ORIGEN



Momard: en 1938, realiza la primera transposición de ombligo aislado



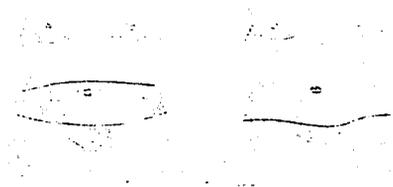
Vernon: en 1957, describe una técnica completamente reglada de plastia subumbilical con transposición umbilical, las orejas laterales se corrigen con dos resecciones triangulares que acaban en dos pequeñas cicatrices verticales descendentes, en las extremidades de la transversal.



Duformentel y Mouly en 1959 exponen su técnica de lipectomía transversal baja

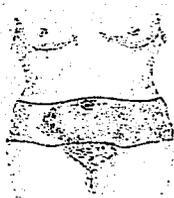


Pitanguy en 1967 publica su técnica transversal baja, sin resección vertical media. Prolongando horizontalmente la línea inferior a uno y otro lado del borde superior del triángulo pubiano e incurvandolo ligeramente hacia abajo y afuera en la intersección del pliegue inguinal

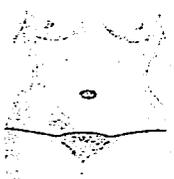
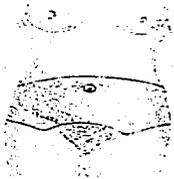


Callia, dibuja las partes laterales de la incisión más bajas, 2 cm por encima de los pliegues inguinales, partiendo en dos colgajos abdominales superiores los cuales se resecaran, teniendo un descenso sin tracción exagerada.

TESIS CON
FALLA DE ORIGEN

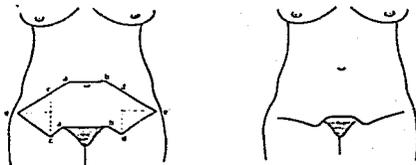


Van de Busche en 1971, modifica el método, adjuntando una resección foliada con prolongación lateral y ascendente de la cicatriz transversal, permitiendo una mejor distribución transversal.

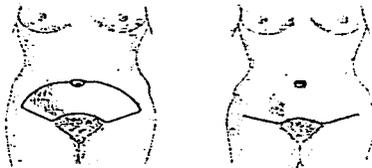
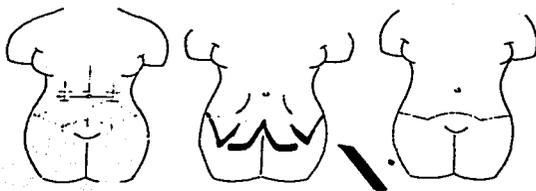


Grazer en 1973, aporta una modificación a la técnica de Pitanguy.

De Serson Neto, propone un concepto muy geométrico de la platisma abdominal baja con su técnica del decágono, disminuyendo la incongruencia de la longitud de las orillas, según cinco segmentos de la longitud sensiblemente igual.

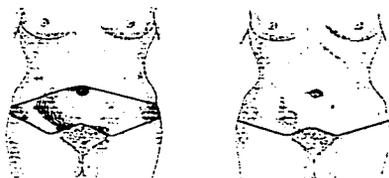


Barudi en 1974, describe su propia técnica.



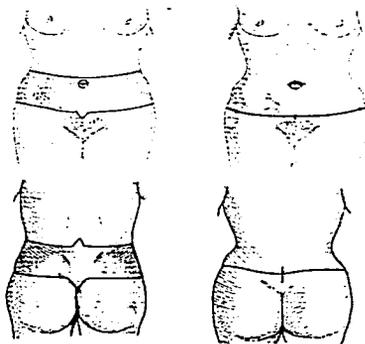
TESIS CON
FALLA DE ORIGEN

Paule Regnault en 1975 también propone una incisión en W como Pitanguy, con un triángulo medio con pico superior en el vello pubiano y las dos ramas laterales en los pliegues inguinales.



Plastias circulares

Descrita inicialmente en 1960 por el Dr. Mario González Ulloa, que fuera introducida a Francia y posteriormente modificada por R. Vilain en 1964, que consistía en resecaer un amplio cilindro hundido cutaneograso circunscribiendo el abdomen.



TESIS CON
FALLA DE ORIGEN

Plastias abdominales verticales o longitudinales

En estas se agrupan las técnicas basadas en una resección axial xifopubiana. Las resecciones verticales van dirigidas casi constantemente a mujeres cuyo abdomen, después de uno o varios embarazos, está arrugado, estriado o con exceso cutáneo puro.

Spaulding, 1901 realizaba dos incisiones en huso longitudinales paramedias



Babcock 1916 y Schepelman 1918 FIGURA 64



Marchal y Lapeyrie en 1964, describieron una incisión vertical biconvexa, cuyo trazo termina, en su parte superior e inferior, en una línea rota en cola de pescado, al final se produce una línea media supra y subumbilical, bifurcada en Y en sus extremidades

Fischl en 1973, reseca una extensa elipse cutánea vertical media, que va del apéndice xifoides al pubis, añade una resección triangular a cada extremo para evitar los pliegues de rotación, el ombligo inicialmente circunscrito continua en su sitio original en la cicatriz media longitudinal resultante.



A.J. Picaud en 1973, propone una resección fusiforme vertical media, esencialmente en las mujeres con piel periumbilical muy lastimada.

Plastias abdominales mixtas

En un principio, son juiciosas, ya que autorizan una resección, así pues, una reducción en las dos dimensiones, vertical y horizontal, lo que seguramente será ideal para poner de nuevo en tensión todo el estuche cutáneo excedente. Así mismo presenta dos inconvenientes mayores como es la cicatriz generalmente antiestética y la existencia de riesgo de necrosis en el punto débil de la sutura en tres ramas. Prefiriéndose en la mayor parte de las veces incisiones transversales, varias de las cuales llevan una resección vertical, disfrazándolas como incisiones mixtas.

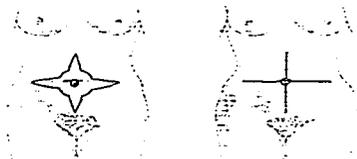
Rockay en 1893, describe la primera incisión en tres ramas, que da una cicatriz en T invertida subumbilical.



Weinhold en 1913, realiza tres incisiones elípticas convergentes en la zona subumbilical, quedando el ombligo en su lugar, con una cicatriz con aspecto de hélice con tres palos.



Galtier en 1955, asocia una resección horizontal y una resección vertical estrictamente perpendiculares, cuya intersección corresponde al ombligo.



Barraya en 1967, teniendo en cuenta las líneas de fuerza de la pared abdominal, trazó una dermolipectomía en forma de ballesta, de tal forma que las dos incisiones horizontales bajas, curvilíneas, siguen el borde superior del pubis y los pliegues inguinales y los dos trazos verticales medios se unen en la parte superior, después de circunscribir el ombligo.



Thomeret en 1971, describe una intervención que realiza la síntesis o mejor la suma de las técnicas mixtas y circulares, para reducir mejor la cintura.

TESIS CON
FALLA DE ORIGEN

ASPECTOS MORFOLÓGICOS, ANATÓMICOS Y ESTRUCTURA DE LA PARED ABDOMINAL

Según la definición de Littré, la silueta es una sombra proyectada que dibuja un contorno. Parece ilegítimo hablar de plastia abdominal, sin estudiar de las diferentes regiones en su conjunto y en particular en bipedestación, posición característica de éste mamífero ortostático que es el hombre.

El modelado del cuerpo es resultante de tres elementos fundamentales que son una estructura ósea, músculos estriados y una cubierta cutaneo adiposa.

Estos tres componentes están sometidos a un cierto número de factores secundarios de los cuales los siguientes revisten una importancia particular: la herencia, los factores endocrinos y los hábitos alimentarios.

Plano musculoaponeurótico.

No insistiremos en la disposición clásica de los tres músculos anchos de la región anterolateral de la pared abdominal: oblicuo mayor, oblicuo menor y transverso.

El análisis se centra en la línea alba, para buscar una diastasis de los músculos rectos, digamos que no se puede hablar de diastasis de los rectos si la separación de los bordes internos de ambos músculos no es superior a 4 cm.

Esta pared anterolateral del abdomen, que se extiende desde el saliente costal, por la parte superior, hasta las crestas ilíacas, por la parte inferior, aparece pues como un segmento de cilindro musculoaponeurótico, reforzado verticalmente en su parte posterior por una columna vertebral articulada y sus cordajes musculares paravertebrales.

El sistema musculoaponeurótico abdominal obedece a la presión de las vísceras intrabdominales: es lo llamado clásicamente turgor.

Plano adiposo

Es un tejido conjuntivo en donde predominan los adipocitos, es a menudo abundante a ese nivel, ésta constituye la tercera reserva cuantitativa de grasa del organismo, después de las nalgas y el anillo lateral de los flancos (michelines).

Hay que distinguir en realidad dos capas de grasa bien distintas: una grasa superficial (por encima de las fascias superficiales) y una profunda (por debajo de la grasa superficial) que puede ser el asiento de sobrecarga grasa localizada, deformando la silueta.

A nivel de la pared abdominal, su espesor medio es de 0.8 a 1.2 cm en los sujetos delgados y de 1.4 a 2 cm en los sujetos gruesos.

En la mujer, esta se acumula preferentemente alrededor y debajo del ombligo, principalmente entre la cintura y el pliegue abdominal inferior.

Tegumentos

El espesor de la piel abdominal es de 2 a 4 mm aproximadamente.

Ricamente vascularizada, muy elástica, la piel se deja distender fácilmente en el caso de obesidad y fisiológicamente durante el embarazo.

Su elasticidad esta limitada y depende de la importancia mecánica de la distensión, de factores endocrinos y de la edad.

TESIS CON
FALLA DE ORIGEN

El ombligo

El ombligo no está a flor de piel sino que se sitúa siempre en el fondo de un cráter cuya profundidad está en función de la abundancia de la grasa que lo rodea.

Las dos virtudes estéticas más habituales atribuibles al ombligo son su redondez y su profundidad.

Se proyecta habitualmente hacia la intersección de una vertical mediana y de una línea transversal horizontal tangente al punto superior de las crestas ilíacas. Esto sitúa al ombligo a una distancia media de 6 cm por encima de las espinas ilíacas anterosuperiores y se sitúa a 13 cm del borde superior horizontal del triángulo piloso pubiano. Desde el punto de vista raquídeo, la proyección de éste corresponde entre la 3ª y 4ª vértebras lumbares. En general en la pared abdominal se encuentra a media distancia entre el apéndice xifóides y el pubis.

Vascularidad e inervación

La pared abdominal está irrigada por:

La rama abdominal de la arteria mamaria interna, que circula dentro de la vaina del músculo recto mayor.

La arteria epigástrica, que nace en el lado interno del iliaco externo, algunos milímetros por detrás y por encima del arco crural. Va inicialmente hacia adentro y arriba describiendo un callado con concavidad superior después dirección vertical ascendente, ligeramente oblicua hacia el ombligo y hacia el recto mayor antes de introducirse a la arcada de Douglas.

La arteria iliaca circunfleja profunda, que nace del lado externo de la arteria iliaca externa casi a la misma altura que la epigástrica, transcurre por el arco crural hacia la espina iliaca anterosuperior, dando dos ramas terminales anastomosándose con la subcutánea abdominal, de los últimos intercostales y de las arterias lumbares.

La arteria subcutánea abdominal, nace en la cara anterior de la femoral, por debajo del arco crural, atraviesa la fascia cribiforme y se ramifica a nivel del tejido celular subcutáneo, justo en la vecindad del ombligo.

La arteria circunfleja iliaca superficial, nace de la femoral, atraviesa la fascia cribiforme para ramificarse en el tejido celular subcutáneo para vascularizar los tegumentos de la pared anterolateral del abdomen, sin penetrar en el territorio de la subcutánea abdominal.

Las últimas arterias intercostales y algunas ramificaciones de las arterias lumbares por detrás, que vienen a participar en la irrigación de la pared abdominal.

La arteria pudenda externa superior, que puede vascularizar un pequeño territorio suprapubiano inferior y medio.

Las venas se ordenan en dos planos, superficial cutaneograso y profundo musculoaoponeurótico, la red venosa es idéntica a la arterial, hay dos venas por arteria.

La pared anterolateral del abdomen está inervada principalmente por los 6 últimos nervios intercostales (7 al 12) y los nervios abdominogenitales.

TESIS CON
FALLA DE ORIGEN

ABDOMINOPLASTÍA DEL DR. BARUDI

Descrita en 1974

Utilizando el término de dermolipectomía por parecer más exacto, debido a la necesidad de eliminar tanto la piel sana como el tejido graso) descrito por Somalo en 1946.

La técnica quirúrgica tiene tres propósitos fundamentales: (1) eliminación del exceso de piel y grasa, (2) corrección de la flacidez musculoaoneurótica y (3) mejoras en la apariencia.

Utiliza una incisión horizontal en forma de W abierta, dividida en tres partes, una mediana y dos laterales. La mediana esta por encima del vello púbico con su final curvando hasta los dobleces inguinales. Los dos segmentos laterales continúan la incisión media, paralela a 3 cm. por encima de las crestas inguinales. La longitud de cada segmento lateral varía de acuerdo a la morfología y tamaño de la pared abdominal.



El colgajo de piel debe ser levantado en el plano supra aoneurótico, y este debe ser manejado de la manera más atraumática posible, una hoja de bisturí número 23 es recomendada mas que la disección con tijeras, electrocauterio o la digitodisección. El área diseccionada tiene una forma triangular, con el vertex cerca del xifoideas y la base en la línea de la incisión cutánea.



El tratamiento quirúrgico de la fascia y de los músculos abdominales básicamente consiste en la reposición de los músculos rectos abdominales a su posición anatómica por suturas de nylon 2°0 de la fascia. Para el pedículo umbilical las mismas suturas se utilizan para hacerlo más corto, la pequeña isla de piel redondeada hacia la parte superior de este pedículo

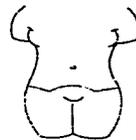
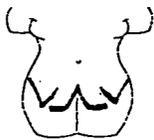
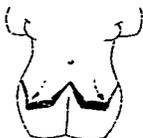
TESIS CON
FALLA DE ORIGEN

permanece por encima de la fascia. Los bordes del área del pedículo son manejados con cuidado para mantener la simetría, llevando la cicatriz umbilical exactamente a la línea media. Las suturas interrumpidas de la fascia, se plican en la línea media, pueden ser hechas en uno, dos o tres planos sobrepuestos. El pedículo umbilical es triado a través de l de las dos capas que cubren las fascia para emerger en su posición natural, esto es finalmente suturado a la piel al final de la cirugía.



Deacuerdo con el marcaje inicial de piel, el exceso de piel es resecado de la siguiente manera:

1. Después de que la piel es levantada, la mesa quirúrgica es usada en flexión del torso ligeramente sobre los muslos. Esta posición facilita la resección de piel.
2. El colgajo de piel es jalado hasta el pubis y los muslos y el exceso es resecado, usando los puntos de referencia previos.



PLASTIAS ABDOMINALES Y LIPOSUCCIÓN

La pared abdominal constituye un asiento electivo de almacenaje de grasa, con su prolongación sobre los lados por medio de los michelines laterales de los flancos. Estas sobrecargas grasas han sido siempre uno de los principales problemas que se le plantean al cirujano plástico.

Anteriormente la lipectomía, tan solo concernía a la grasa subyacente a la pieza de la exéresis cutánea y el desgrase del colgajo se limitaba por el peligro en la vitalidad del colgajo.

La liposucción, introducida en 1977 por Y.G. Illouz, aparece como la maniobra apropiada para el tratamiento de las sobrecargas grasas localizadas. (LIPOSSUCCION Y QX PLAS DEL ABDOMEN)

Actualmente es raro que al realizar una abdominoplastia no se asocie una aspiración, complemento útil que permite efectuar retoques indiscutibles.

Mejora la operación al permitir desgrasar el colgajo superior y las partes laterales, lo que mejora el resultado.

La aspiración adelgaza el colgajo superior que debe descenderse y elimina las inserciones adiposas, dejando teóricamente solo las inserciones vasculonerviosas muy elásticas, el colgajo superior se desplaza más fácilmente y necesita un menor desprendimiento en altura.

Con la liposucción se tiende a minimizar la cantidad de resecciones cutáneas, la longitud de la cicatriz. (EMC)

TESIS CON
FALLA DE ORIGEN

ANÁLISIS DEL PROBLEMA

Con el paso de los años se han realizado múltiples técnicas quirúrgicas para la abdominoplastia, siempre intentando mejorar el contorno y la estética del abdomen.

En la antigüedad se preferían contornos con mayor volumen y cilíndricos sin embargo hoy en día se prefiere un abdomen plano y dar una mejor silueta con especial atención a la cadera.

A través de los años en la práctica profesional como cirujano plástico el Dr. Joel Robles Flores médico adscrito al servicio de cirugía plástica del Hospital Central Cruz Roja Mexicana que ha utilizado la técnica del Dr. Ricardo Barudi para la abdominoplastia con la cual se mejora el contorno de la cadera y deja una cicatriz transversal baja que puede ser ocultada por el bikini de pierna alta (corte francés), sin embargo ésta técnica no disminuye tanto el talle de la cintura, por lo que el Dr. Robles implementa algunas modificaciones a la técnica del Dr. Barudi para dar mejor firmeza a la cadera, disminuyendo el talle de la cintura y dando una silueta más armoniosa.

Esta modificación a la técnica que se describirá detalladamente se ha realizado en los últimos 7 años en las pacientes con lipodistrofia abdominal grado III y IV según la clasificación de Mataraso; obteniendo resultados estéticos muy aceptables por nuestras pacientes

TESIS CON
FALLA DE ORIGEN

OBJETIVO

Demostrar que las modificaciones que se realizaron a la técnica del Dr. Barudi es una alternativa más para obtener resultados estéticos satisfactorios y mejorar aun más el contorno del abdomen en el manejo quirúrgico de abdominoplastias y liposucción.

HIPÓTESIS

Con las técnicas convencionales para abdominoplastias, en ocasiones no se logra un adecuado contorno corporal en la región de la cadera y los flancos así como el manejo de los pliegues de flexión en la cicatriz resultante.

Al modificarse la técnica clásica del Dr. Barudi, resecaando más de los colgajos laterales con ayuda de la liposucción de los flancos y la tracción de los colgajos cutaneoadiposos de la región de la cadera a nivel de la fascia superficial, fijándolos a la fascia profunda de los rectos abdominales y tratando los pliegues de flexión o mejor conocidos como orejas de perro que generalmente quedan en la periferia de la cicatriz resultante con colgajos triangulares, se logra mejorar notablemente el resultado estético y del contorno corporal el cual es aceptado por la paciente.

JUSTIFICACIÓN

Por análisis pre y postoperatorio clínico, de las medidas de talla corporal en centímetros y de talla en las prendas de vestir a nivel abdominopélvico a todas las pacientes con deseos de mejorar el contorno corporal bajo el procedimiento quirúrgico de abdominoplastia de Barudi con técnica modificada del Dr. Robles.

TESIS CON
FALLA DE ORIGEN

MATERIAL Y MÉTODOS

Se captaran todas las pacientes que soliciten y se realice dermolipsectomia para mejorar el contorno corporal.

Se evaluaran las características dermocutaneas y el sistema musculoaponeurotico deacuerdo a la clasificación de las deformidades de la pared abdominal propuestas por Bozola (1988) y Matarasso (1989).

Se utilizará la técnica del Dr. Joel Robles (modificación de Dr. Barudi), acompañadas de liposucción de los flancos, se realizaran mediciones de tallas en centímetros de la circunferencia a nivel de la cadera y de la cintura preoperatorias y postoperatorias a los 2 meses.

El tiempo de seguimiento fue de 3 a 12 meses con una media de 6 meses, evaluando los resultados tanto de la silueta corporal, la cicatriz resultante y la satisfacción del resultado por parte de las pacientes.

Se describen a continuación las clasificaciones de Bozola y Matarasso:

Clasificación de las deformidades de la pared abdominal (Bozola)

Grupo I: Aumento de la capa adiposa sobre la proyección de los músculos rectos, más acentuada en las regiones periumbilicales e infraumbilical. En menor numero de casos el aumento es a expensas de las líneas semilunares y los flancos.

Grupo II: Pequeño o mediano exceso de piel infraumbilical y un panículo adiposo excesivo o mal distribuido.

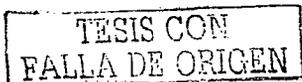
Grupo III: Excedente pequeño o mediano de piel infraumbilical y un panículo adiposo avencn abundante con diastasis infraumbilical grande, mediana o pequeña de los músculos rectos y los oblicuos que abomban las fosas ilíacas y eventualmente cuando toda la musculatura presenta distaseis, abomba las partes laterales de la cintura.

Grupo IIIA: Presenta diastasis de los músculos oblicuos por debajo del ombligo

Grupo IIIB: presenta diastasis de los músculos oblicuos desde el reborde costal.

Grupo IV: Exceso de piel pequeño o mediano en el abdomen inferior y un exceso mínimo en la región supraumbilical, un panículo adiposo variable en cuanto a distribución, espesor y diastasis de los rectos y oblicuos en toda su extensión. El abombamiento abdominal es mucho más importante por dicha diastasis que a causa del exceso del panículo adiposo.

Grupo V: Acentuado excedente de piel tanto por encima como por debajo del ombligo, excedente de panículo adiposo y diastasis de los músculos rectos y oblicuos.



Clasificación de las deformidades de la pared abdominal (Matarasso)

Clase IA: Grasa localizada en la región infraumbilical, piel y músculos con buen tono y sin laxitud.

Clase IB: Acumulación de grasa más difusa hacia las regiones supra e infraumbilical así como los flancos. La piel y los músculos con buen tono y sin laxitud.

Clase IIA: Grasa localizada en la región infraumbilical con algún grado de redundancia de la piel del hipogastrio. La pared abdominal no es débil.

Clase IIB: Igual que en la clase IIA pero con acumulación de la grasa en las regiones supra e infraumbilical.

Clase IIIA: Exceso de grasa y piel redundante en la región infraumbilical con diastasis moderada de la musculatura infraumbilical.

Clase IIIB: Exceso de grasa supra e infraumbilical con piel redundante en hipogastrio y diastasis de los rectos supra e infraumbilical.

Clase IVA: Exceso de grasa en las regiones supra e infraumbilical así como en los flancos, intensa redundancia de la piel en la región infraumbilical y moderada diastasis de los músculos de la pared abdominal.

Clase IVB: Exceso de grasa en las regiones supra e infraumbilical así como en los flancos, intensa redundancia de la piel en las regiones supra e infraumbilical y de los flancos y diastasis de los músculos severa.

CRITERIOS DE INCLUSIÓN Y EXCLUSIÓN

Se incluirán todas las pacientes sometidas a dermolipectomía para mejoramiento del contorno corporal.

Se excluirán las pacientes con obesidad mórbida o que no cumplan los criterios para someterse a una dermolipectomía, así como las pacientes que hayan sido operadas de dermolipectomía previas.

DESCRIPCIÓN DE LA TÉCNICA MODIFICADA

Se realiza el marcaje con la técnica descrita por el Dr. Ricardo Barudi (figura 1), posteriormente se revalora el colgajo cutáneo adiposo abdominal con la maniobra del pellizco realizándose con una mano a nivel infraumbilical, para evaluar la retracción de los colgajos laterales sin una tensión excesiva, los cuales al resecar, finalmente nos ayudaran a la conformación de la cadera (figura 2).

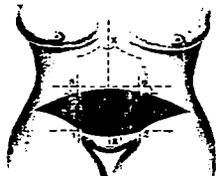


Figura 1

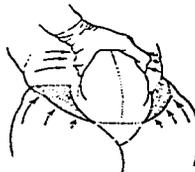


Figura 2

Se marcan estos colgajos exactamente a uno o dos cm, por dentro de las crestas iliacas anterosuperiores. Al soltar el colgajo con la técnica del pellizco, las marcas migran por fuera de las crestas iliacas anterosuperiores, invadiendo la parte superior del muslo. Se procede a realizar la incisión del colgajo de acuerdo al marcaje del Dr. Barudi, incidiendo en la transversal inferior y las oblicuas laterales. Debe tenerse en cuenta la hemostasia mediante cauterio y ligadura de los vasos epigástricos inferiores, se inicia el despegamiento del colgajo superior supraoneurótico hasta llegar a la cicatriz umbilical, sitio en el cual se le dará el tratamiento elegido por el cirujano, a este nivel una vez liberado la cicatriz umbilical, el colgajo abdominal se parte en dos colgajos a nivel de la línea media, o bien continuar con el despegamiento del colgajo en dirección cefálica hasta llegar al apéndice xifoides y el reborde costal, en forma triangular (figura 3), se verifica la hemostasia, se evalúa la cantidad de colgajo caudal a resecar, si se secciona el colgajo en forma longitudinal hasta el defecto umbilical es mas fácil su evaluación colocando un punto de seda al colgajo cefálico uniendo los dos segmentos de la línea X-X' del colgajo y la región suprapúbica.

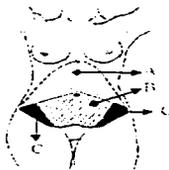


Figura 3

- A) Despegamiento del colgajo en forma triangular
- B) Resección del colgajo
- C) Resección adicional con la modificación a la técnica

Se procede a la plicatura del sistema musculoaponeurótico en la medida que se requiere, utilizando las técnicas de Jackson o bien la de Pssillakis, con esto se reducirá el diámetro de la cintura así como se reforzará y tensionará el sistema musculoaponeurótico.

A continuación se procede a medializar los colgajos laterales de las caderas que previamente habíamos marcado, esto con la ayuda de 3 o 4 puntos de seda desde el extremo lateral de las incisiones y colocados equidistantemente para distribuir la tensión, el ayudante acerca los colgajos mientras el cirujano realiza los puntos. (figura 4).



Figura 4

Es importante recalcar que con esta maniobra las marcas de los colgajos laterales previamente realizados pueden cambiar y volverse más mediales, lo que nos lleva a trazar



nuevas líneas de colgajo, también a uno o dos cm por dentro de las espinas iliacas anterosuperiores, resecao ligeramente un poco más de colgajo cutaneoadiposo lateral. Se procede a incidir en estas últimas marcas laterales, con este paso se obtienen cuatro colgajos del delantal abdominal y no dos como se obtienen el la técnica descrita por el Dr. Barudi. (figura 5)



Figura 5

TESIS CON
FALLA DE ORIGEN

El siguiente punto en la modificación de la técnica y punto importante, es la fijación de los bordes laterales de la incisión de la fascia superficial (Scarpa) a la fascia profunda de los rectos mediante material no absorbible de polene No 2 ó 3 - 0, utilizando para este fin 3 o 4 puntos a cada lado, con esto evitamos que la incisión escape de adentro de la crestas iliacas anterosuperiores, además de que distribuye la tensión en la cicatriz resultante.

Se continua con la resección del delantal (4 colgajos cutaneoadiposos), distribuyendo el colgajo con el borde inferior de la herida y teniendo cuidado de medializarlo para evitar que la cicatriz resultante se desborde de las crestas iliacas o líneas axilar anterior.

El siguiente paso es la umbilicoplastia con la técnica elegida por el cirujano así como el tratamiento a la línea media supraumbilical, nosotros resecamos una piramide romboidal del estrato graso, con esto se logra dar profundidad al ombligo, además practicamos una incisión longitudinal de la grasa a través de la línea X-X' supraumbilical.

Por ultimo el cierre de la herida se realiza con puntos subdermicos simples invertidos con sutura de vicryl 4-0 y colocando tiras de Steri Strip en forma transversal a todo lo largo de la sutura para disminuir la tensión.

En este momento se realiza la lipoaspiración de las áreas adyacentes con técnica seca o tumescente, de preferencia ésta última, dada la cantidad de sangre perdida durante el despegamiento y resección del delantal abdominal, introducimos la cánula por el vértice distal del la cicatriz y aspiramos la porción lateral dela cadera y la cintura. (figura 6).



Figura 6

TESIS CON
FALLA DE ORIGEN

Después de realizado éste paso es común la presencia de pliegues de flexión u orejas de perro como mejor se le conoce en la porción distal de la cicatriz en forma bilateral para lo cual realizamos ligera tracción hacia abajo del pliegue de flexión sin deformar éste y marcamos con marcador quirúrgico la porción superior siguiendo la línea de la cicatriz como se muestra en la imagen. (figura 7), el cual se incide con bisturi y se obtiene así un

colgajo triangular con su vértice superior y su base inferior, posicionamos el colgajo hacia cefálico y resecaamos el excedente dejando una resultante recta fácil de suturar. (figura 8).



Figura 7



figura 8

Es importante dejar un drenaje cerrado (drenovac), (figura 9), esto para evitar una de las principales complicaciones como lo es el hematoma o el seroma.



Figura 9

Una vez terminados los procedimientos quirúrgicos, se colocará un vendaje elástico compresivo sin isquemizar los colgajos abdominales los cuales no se retiran por espacio de 72 horas, al cabo de la cual se realiza la primera revisión postoperatoria y se coloca la faja elástica compresiva confeccionada a la medida de cada paciente. Las siguientes revisiones se llevaran a cabo cada 8 a 10 días, en la segunda revisión se valora el retiro del drenaje.

TESIS CON
FALLA DE ORIGEN

CONCLUSIONES

Con la técnica del Dr. Joel Robles se realizó una evaluación subjetiva, las pacientes operadas manifestaron satisfacción total en el postoperatorio a mediano y largo plazo.

Como cirujanos encontramos resultados excelentes en cuanto al contorno de la cintura y la cadera se logra resecar un poco más de colgajo cutaneoadiposo, conformando más estéticamente de la cadera, así como de la porción anterior del abdomen.

Una paciente presentó formación de hematoma a los 15 días del postoperatorio secundario a trauma directo.

Esta técnica nos da resultados excelentes para el tratamiento estético y funcional del abdomen con mejor contorno de la cintura y la cadera, en pacientes con defectos abdominales grado III-A al IV-B en la clasificación de Matarasso sin complicaciones relaciones con el procedimiento quirúrgico.

La dermolipectomía más liposucción de pared abdominal y flancos nos da una figura más armoniosa que en ocasiones no se logra únicamente con la abdominoplastia.

Al final de las dermolipectomías es común la presencia de pliegues de flexión en la porción distal de la cicatriz, sin embargo con la corrección por colgajos triangulares obtenemos una cicatriz lineal sin la presencia de pliegues de flexión o mejor conocidos como orejas de perro.

La modificación de la dermolipectomía hecha por el Dr. Joel Robles es una alternativa más para manejar el contorno corporal con especial atención a la cintura y la cadera con muy buenos resultados y lo más importante con satisfacción del resultado por las pacientes sometidas a esta intervención.

TESIS CON
FALLA DE ORIGEN

CASOS CLÍNICOS CON TÉCNICA MODIFICADA

Caso 5

Femenino de 40 años con presencia de cicatriz en línea media vertical por múltiples cesáreas.

Con una talla de cintura de 36.

En la clasificación de Mataraso tipo IV B



Caso 12

Femenino de 32 años, con pared abdominal péndula por cambios bruscos de peso

Con talla de cintura 32

Con cadera de 90 cm y cintura de 73 cm

En la clasificación de Mataraso tipo III B



TESIS CON
FALLA DE ORIGEN

BIBLIOGRAFÍA

1. Elbaz JS, Dardourjc, Ricbourg B. Vascularidad arterial de la pared abdominal. *Ann Chir Plast Esthet*; 20: 19-29, 1979
2. Pitanguy I. Abdominal Lipectomy : an approach to it through an anaalysis of 300 consecutive cases. *Plastic Reconstr Surg*, 40: 384-391, 1967
3. Regnault Paule. Abdominoplasty by the W technique. *Plast Reconstr Surg*, 55: 272-275, 1965
4. Correa Iturraspe M-Dermolipectomia vertical del abdomen. *Bol. Asoc. Argent. Ciruj*, 13, 648-671, 1952
5. Barudi Ricardo et coll. Abdominoplasty. *Plast Reconstr Surg*, 54, 2: 161-167, 1974
6. Callia W. Contribución para el estudio de la corrección quirúrgica del abdomen péndulo y globoso. Técnica original. *These med.*, Sao Paulo, 1965.
7. Vilain R. La técnica de "puesta de sol" para las dermodistrofias abdominales. *Ann Chir Plast.*, 20, 2: 239-242, 1975
8. Illouz Yg. Body contouring by lipolysis: a 5 years experience with over 3000 cases. *Plast Reconstr Surg*, 1983; 72: 591-596.
9. Appiani E. The use of the internal and transverse muscle and its limitations in abdominoplasty. XVI International Symposium of Plastic and Aesthetic Surgery, Institute of Plastic Surgery, Guadalajara, México, 1988.
10. Jackson It, Downie Pa., Abdominoplasty: the wastline stitch and other refinements. *Plast Reconstr Surg*, 1978, 61, 2: 180-183.
11. Psillakis Jm. Abdominoplasty: some ideas to improve results. *Aesthet Plast Surg*. 1978 ; 2:205-212.
12. Mitz V, Elbaz Js. El estudio de las fibras elasticas dérmicas en cortes de las operaciones plásticas del tronco. *Ann Chir Plast Esthet* 1975; 20: 31-44.
13. Elbaz Js, Dardour Jc. Vascularidad aretnial de la pared abdominal. *An Chir Plast Esthet* 1975, 20: 19-29.
14. Pitanguy I. *Aesthetic plastic surgery of head and body*. Springer Verlag. Berlin 1981.
15. Pitanguy I, Ceravolo Op. Our experience with combined procedures in aesthetic plastic surgery. *Plast Reconstr Surg*, 1983, 71: 56-63.

TESIS CON
FALLA DE ORIGEN