



UNIVERSIDAD NACIONAL AUTÓNOMA DE MÉXICO

FACULTAD DE MEDICINA

DIVISIÓN DE ESTUDIOS DE POSTGRADO E INVESTIGACIÓN

INSTITUTO DE SEGURIDAD Y SERVICIOS SOCIALES PARA LOS
TRABAJADORES DEL ESTADO
SUBDIRECCIÓN GENERAL MÉDICA
SUBDIRECCIÓN DE REGULACIÓN Y ATENCIÓN HOSPITALARIA
CENTRO MEDICO NACIONAL 20 DE NOVIEMBRE
SERVICIO DE CIRUGÍA PLÁSTICA. ESTÉTICA Y RECONSTRUCTIVA

CRUROPLASTIA CON COLGAJO DÉRMICO

PARA LA PEXIA .

REPORTE DE CASOS.

T E S I S D E P O S G R A D O

PARA OBTENER EL DIPLOMA DE:
ESPECIALISTA EN CIRUGÍA PLÁSTICA Y
RECONSTRUCTIVA

P R E S E N T A

MC Luis Arturo Fernández Moreno

ASESOR:
Dr. Ramón Cuenca Guerra



Tesis N° 017.2010

MÉXICO, D.F.

2010



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.

DR. MAURICIO DI SILVIO LÓPEZ
Subdirector de Enseñanza e Investigación

DR. RAMÓN CUENCA GUERRA
Profesor Titular del Curso

DR. RAMÓN CUENCA GUERRA
Asesor de Tesis

DR. LUIS ARTURO FERNANDEZ MORENO

Tesis N° 017.2010

CONTENIDO

I. DEFINICIÓN DEL PROBLEMA	4
II. MARCO TEORICO	5
III. JUSTIFICACIÓN	10
IV. OBJETIVOS	11
A. Objetivo general	
B. Objetivos específicos	
V. MATERIAL Y MÉTODOS	12
A. Muestra y unidades de observación	
B. Criterios de selección	
Inclusión	
Exclusión	
Eliminación	
C. Definición de variables y unidades de medida	
D. Fuentes, métodos y técnicas de recolección de información	
E. Plan de análisis de los datos	
F. Cronograma de actividades	
VI. RECURSOS Y LOGÍSTICA	13
VII. ASPECTOS ÉTICOS Y DE BIOSEGURIDAD	13
VIII. RESULTADOS	14
IX. CONCLUSIONES	17
X. BIBLIOGRAFÍA	18
XI. ANEXOS	19

DEFINICIÓN DEL PROBLEMA

Debido a que en México la obesidad mórbida es un problema de salud pública importante y que actualmente las técnicas quirúrgicas permiten que los pacientes obesos logren pérdidas de peso en lapsos de tiempo relativamente cortos, teniendo como secuela la dermatocalasia de diversas zonas del cuerpo, es de gran interés conocer y utilizar técnicas novedosas que permitan solucionar las molestias y alteraciones físicas de estos pacientes y mejorar su integración a la sociedad.

Es de gran interés documentar los resultados de la aplicación de técnicas novedosas utilizadas en el Servicio de Cirugía Plástica y Reconstructiva de éste hospital, a fin de contar con conocimiento preciso en forma descriptiva sobre la evolución de estos pacientes y sus resultados a corto plazo, tanto en el plano estético como en el funcional,

Por lo anterior, es posible realizar la siguiente pregunta de investigación:

¿Cuál es el resultado del uso de la técnica de Cruroplastia con colgajo dérmico para pexia en pacientes con secuelas de obesidad mórbida con una pérdida de peso significativa?

MARCO TEÓRICO

El tratamiento quirúrgico de la obesidad involucra pérdidas significantes de peso (30- 90 kg) en un corto periodo de tiempo (12-24 meses). La elasticidad de la piel aun en pacientes jóvenes, es incapaz de retraerse después de una pérdida de peso significativa. Y como resultado, el exceso de piel y grasa subdérmica causa deformidad en la silueta del cuerpo.(1)

Estos pacientes tienen una redundancia masiva de piel en el tronco, nalgas, mamas, brazos y muslos. A demás de su devastador impacto psicosocial, la dermatocalasia generalizada puede también ser el origen de secuelas médicas, tales como intertrigo, o puede causar deterioro funcional, por ejemplo al deambular, alteraciones urinarias, y en la actividad sexual. El tratamiento de este exceso generalizado de piel es un reto para el Cirujano Plástico en términos de planeación de estos complejos y extensivos procedimientos.(2)

Se presenta ptosis abdominal en el 98% de los casos, y la cara interna del muslo presenta un exceso de piel y tejido graso en el 90% de los casos (1)

La plastía de muslo también referida como plastia o lifting de cadera, pexia de cara interna de muslo o Cruroplastia, fue ideada y tuvo su aplicación en las primeras pacientes a mediados de 1981. Los resultados con la técnica fueron buenos, en algunos casos sorprendentes, estimulando a su desarrollo en distintas modalidades. Se trata de una extensión de la abdominoplastia en bloque. El principio es sostener el revestimiento cutáneo adiposo de los muslos por el abdomen a semejanza de un ligero.

La concepción del diseño y consecuentemente del área a ser resecada dependerá del problema que el paciente presenta. En prácticamente todas las variedades el soporte por el abdomen es la base.

Innumerables trabajos sobre el tema han sido descritos por Lewis, Lockwood, Barudi y cada vez aumenta más su divulgación y frecuencia de ejecución. Los muslos y las nalgas son áreas en las que a aumentado el interés en los pacientes y se han ido dando modificaciones en las técnicas quirúrgicas. Por lo que la necesidad de familiarizarse con la presentación y efectividad del tratamiento de las alteraciones del contorno de estas áreas se ha incrementado importantemente (1,3, 4)

El mayor problema es la recuperación postoperatoria. La relativa limitación de movimientos, higiene e incomodidad en forma general, obliga a una lenta recuperación, frecuentemente no menos de 40 días.

La cirugía esta indicada en todas las modalidades de flacidez, adiposidad y celulitis de las caderas, pudiendo englobar el abdomen, flancos y región glútea, el beneficio de la cirugía se manifiesta mejor en la región anteromedial de los muslos, avanzando también hacia la región posterior y en casos extremos en toda su circunferencia.

El resultado es más evidente en los dos tercios superiores de los muslos, rara vez es evidente por encima de las rodillas. (4)

Según la clasificación de Pitman, todos los pacientes caen en 3 categorías: el primer grupo se puede tener resultados satisfactorios con liposucción superficial, en el segundo grupo requiere una técnica de plastía más

liposucción, y en el tercer grupo requiere plastía de muslo junto con contorno del cuerpo (5)

Se han desarrollado varias técnicas para el lifting de cadera:

- Plastia anteromedial de muslo sin incisión suprapúbica
- Plastia de muslo asociado con abdominoplastia vertical en bloque
- Plastia de cadera orbital (circunferencial)
- Plastia de cadera con resección en bloque restringida a la región glútea (4)

Frecuentemente se les solicita a los Cirujanos Plásticos que realicen una plastia horizontal de la cara medial del muslo ya que la piel de esta zona tiene poca elasticidad, el cual induce exceso de piel. Más aun, el depósito superior de grasa puede molestar al paciente y provocar frotamiento con irritación incluso problemas funcionales.

Esta operación sin embargo, desagrada a los cirujanos y tiene mala reputación. Ya que esta área es difícil de manejar por las siguientes razones:

El proceso de sanación puede ser largo. La profundidad del pliegue crea humedad y calor, provocando condiciones inadecuadas para la cicatrización.

La piel de esta región es frágil. No permite adelgazar los colgajos y la necrosis es frecuente. El riesgo de linfaedema es alto.

Si la suspensión no es fuerte y precisa, el procedimiento puede complicarse con infección, migración de la cicatriz e incluso con deformidad de la vulva ya que esto es un área periorificial.(6,7)

El la técnica descrita en esta serie de casos, la suspensión no se realiza sobre la piel y tejidos blandos del abdomen, o la ingle, sino que se realiza a estructuras con mayor soporte como es el periostio del pubis, el tendón del bíceps femoral y la aponeurosis del glúteo.

Es un área muy sensitiva, y la operación es frecuentemente muy dolorosa e incapacitante (6)

La máxima laxitud de la piel ocurre en la unión de la parte medial y anterior del muslo y hay muchas maneras de acortarlo.

Los patrones de resección quirúrgica estándar rotan anteriormente. La cicatriz puede extenderse hacia la espina iliaca antero-superior y frecuentemente es muy larga y de mala calidad. Más aún, la tracción vertical en la piel anterior del muslo puede dar un aspecto poco natural a la piel, con pliegues verticales.

El patrón de escisión rotado posteriormente provoca una cicatriz en el pliegue de la nalga, visible directamente y raramente simétrica. (6)

La dehiscencia de la cicatriz y su desplazamiento hacia abajo, el cual se debe a la deambulación y la gravedad siempre ha sido las principales complicaciones de la plastia medial del muslo (5).

Otras complicaciones son: cicatriz hipertrófica, hematomas y seromas, infecciones, necrosis de la piel, desplazamiento del pelo púbico. (2,5,7,8).

TÉCNICA QUIRÚRGICA EMPLEADA EN LA SERIE DE CASOS

Se realizó el marcaje con la paciente de pie y en decúbito dorsal.

Con la paciente en posición de pie, la parte anterior de la línea de incisión es dibujada a lo largo del labio mayor extendiéndose anterior y verticalmente hasta el borde lateral de monte pubiano.

1.- Se marca un punto en la línea media en la parte más superior del vello púbico y dos puntos laterales a 5cm de cada lado (punto A). De cada punto lateral se traza una línea hacia el cordón aductor con esto se determina el eje de la línea de incisión anterior y vertical. Esta línea tiene que localizarse medial al pliegue inguinal. El eje posterior es marcado con la paciente en decúbito dorsal.

2.- Se marca el eje de tracción, el cual es perpendicular a los pliegues creados por la ptosis de la piel sobre la cara interna del muslo.

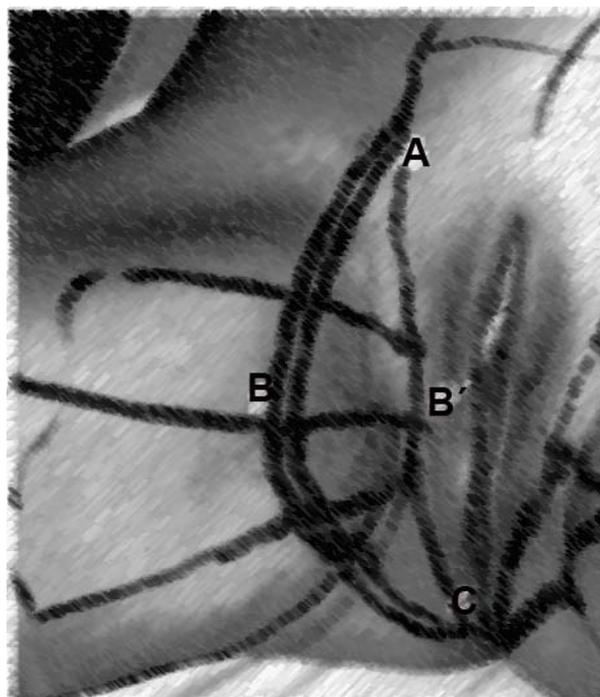
3.- Se determina el punto mas ancho de resección sobre la cara medial del muslo. El cual se marca pinchando el exceso de piel sobre el eje de tracción para determinar la cantidad de piel a resecar y evitar el exceso de resección. El ancho de la resección se marca de B a B' sobre el eje de tracción. La unión de los puntos A, B, B' determina el colgajo anterior a resecar.

4.- Con la paciente en decúbito dorsal se dibuja la parte posterior de la línea de incisión la cual corre a lo largo de los labios mayores.(punto C)

El borde inferior del trazo quirúrgico lo forman la línea que une los puntos A,B C.

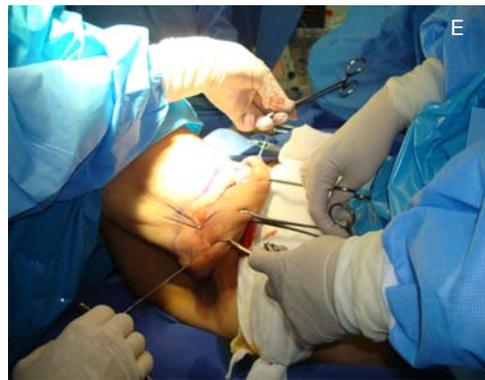
5.- Se traza otra línea paralela a A, B, C a 2 cm superior, el área entre las dos líneas delimitan los colgajos dermograsos anterior y posterior para la pexia.

La paciente se coloca en decúbito dorsal en posición de litotomía (con un ángulo entre los muslo y piernas de 90°) se colocan stockinettes en los pies.



Incisión:

Se toma el colgajo a resecar con pinzas de campo (foto B) y se coloca alambre de acero del N° 5 puntos transfixivos en zig zag desde la línea de incisión superior a la línea paralela a A,B,C. (foto C y D) posteriormente se comprime con la manos el colgajo a resecar, al mismo tiempo que se tensa el alambre (foto E) (esto disminuye la cantidad de sangre secuestrada en el colgajo), se reseca dicho colgajo en el plano de la grasa subdérmica (esto permite conservar los vasos linfáticos) (foto F). Posteriormente se desepiteliza el área entre la línea A,B,C y la línea paralela a 2cm.

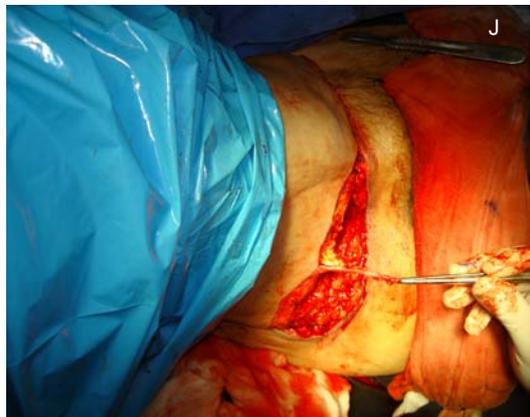
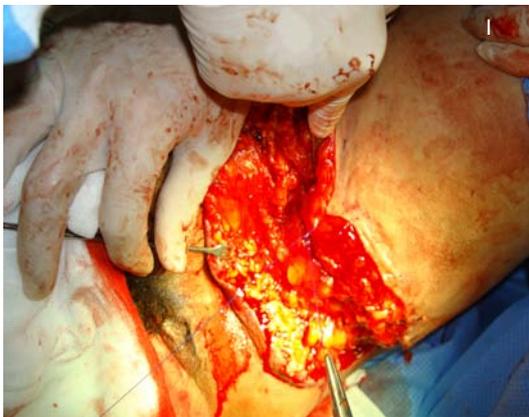
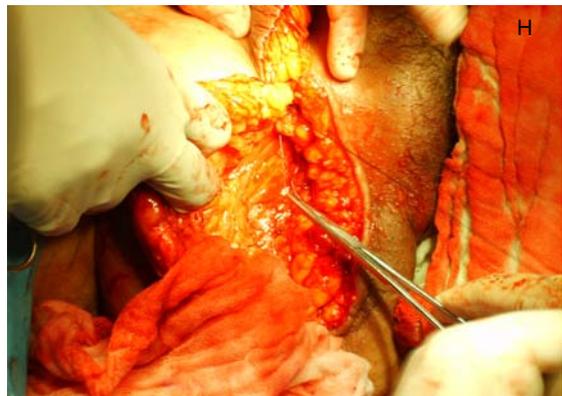


Disección de colgajos y pexia:

Se coloca un punto con prolene del 0 del punto B (dermis) al tendón del bíceps femoral (foto H y I), posteriormente se incide la zona desepitelizada a 2 cm del punto B hacia A, de igual manera se incide a 2 cm del punto B hacia C, de esta manera tenemos 2 colgajos dermograsos anterior y posterior.

El colgajo posterior se fija con puntos simples de Prolene del 0 a la fascia del glúteo mayor (foto J) y el colgajo anterior se fija con misma sutura al pubis.

Posteriormente se aproximan la fascia y tejido celular subcutáneo con vicryl 2-0 en surgete, se sutura la piel con PDS 3-0 puntos dérmicos invertidos y con nylon intradérmico continuo 3-0.



OBJETIVOS

A. Objetivo general

Describir la evolución, complicaciones y resultados de los pacientes con secuelas de obesidad mórbida, sometidos a Cruroplastia mediante colgajo dérmico para la pexia de la superficie medial, anteromedial y posteromedial de muslos, en el periodo comprendido de julio a diciembre del 2009.

B. Objetivos específicos

1.-Analizar los expedientes de los pacientes que hayan sido diagnosticados con secuelas de obesidad mórbida y a quienes se les haya tratado quirúrgicamente mediante Cruroplastia mediante colgajo dérmico para la pexia de la superficie medial, anteromedial y posteromedial de muslos.

2.-Describir la evolución de los pacientes, en términos de la apariencia estética y funcional de los labios mayores y /o del escroto en pacientes posoperados con la técnica descrita, así como las características de la cicatriz y si presento descenso o no mediante los datos disponibles en los expedientes.

3.-Identificar la presencia de complicaciones posoperatorias, posibles secuelas según los datos del expediente

4.-Describir los resultados a corto plazo de la cruroplastia con colgajo dérmico de los pacientes operados con la técnica descrita.

5.-Establecer las implicaciones en el tratamiento de otras condiciones como la cantidad de peso perdido por los pacientes intervenidos con la técnica descrita.

JUSTIFICACIÓN

Debido a que en México la obesidad mórbida es un problema de salud pública importante y que actualmente las técnicas quirúrgicas permiten que los pacientes obesos logren pérdidas de peso importantes en lapsos de tiempo relativamente cortos, teniendo como secuela la dermatocalasia de diversas regiones del cuerpo, en particular de la piel de los muslos, es de gran interés conocer y disponer de técnicas que solucionen las molestias físicas de estos pacientes y mejoren su integración a la sociedad.

En virtud de la constante innovación tecnológica que permite disponer de técnicas novedosas utilizadas en el Servicio de Cirugía Plástica y Reconstructiva del mencionado centro hospitalario.

El interés reside en documentar la experiencia en el Servicio hospitalario, a fin de contar con conocimiento preciso en forma descriptiva sobre la evolución de estos pacientes y sus resultados a corto plazo, tanto en el plano estético como en el funcional, para dar lugar a posteriores estudios comparativos con otras opciones terapéuticas que permitan establecer los beneficios de las diferentes técnicas empleadas.

MATERIAL Y MÉTODOS

A. Tipo de estudio

Se realizó un estudio, observacional y descriptivo, mediante la revisión de expedientes de pacientes que cumplan los criterios de selección para la revisión documental.

B. Muestra y unidades de observación

Fueron revisados y analizados los expedientes de los pacientes diagnosticados con secuelas de obesidad mórbida, sometidos a Cruroplastia mediante colgajo dérmico para la pexia de la superficie medial, anteromedial y posteromedial de muslos, en el Servicio de Cirugía Plástica y Reconstructiva del Hospital, en el periodo comprendido de julio a diciembre del 2009.

C. Criterios de selección

i. Inclusión

Fueron incluidos para la revisión los expedientes de aquellos pacientes con las siguientes características:

- 1.-Pacientes derechohabientes del ISSSTE, tratados en el Servicio de Cirugía Plástica y Reconstructiva del Hospital
- 2.-Los diagnosticados con secuelas de obesidad mórbida.
- 3.-Que cuenten con IMC adecuado y estable (no haber modificado su peso en los últimos tres meses)
- 3.-Que hayan sido tratados quirúrgicamente mediante Cruroplastia con colgajo dérmico para la pexia de la superficie medial, anteromedial y posteromedial de muslos.

Exclusión

Del mismo modo, fueron excluidos de la revisión, los expedientes de aquellos pacientes:

- 1.-Que no cuentan con un peso estable
- 2.-A quienes además de la técnica descrita, se les haya intervenido quirúrgicamente en la cara interna del muslo.

Eliminación

Se eliminaron los expedientes de pacientes que ya intervenidos quirúrgicamente, no hubieran completado los cuatro meses de seguimiento posoperatorio y/o cuyo expediente no cuente con datos suficientes

D. Definición de variables y unidades de medida

Las variables de interés para la revisión de cada caso fueron:

- 1.-Antecedentes del paciente en cuanto a edad, género, tiempo de haber sido sometido a cirugía bariátrica, pérdida de peso en Kg, IMC y estado nutricional preoperatorio
- 2.-Tiempo quirúrgico, cantidad de tejido resecado, días de estancia hospitalaria.
- 3.-Resultados en términos de la apariencia estética de los labios mayores o del escroto, en un plazo de 4 meses posteriores a la intervención.
- 4.-Presencia de complicaciones y secuelas (infecciones, sangrado, dehiscencia)

E. Fuentes, métodos y técnicas de recolección de información

Fueron colectados los expedientes de los pacientes tratados con esta técnica en el periodo de estudio; analizando los datos relacionados con las variables de estudio; con base en los datos del expediente, se llenó la hoja diseñada para tal fin, que contiene las variables de interés descritas.

F. Plan de análisis de los datos

En virtud de que se trata de un reporte de casos, (estudio descriptivo, observacional), los datos fueron descritos y resumidos únicamente.

RECURSOS Y LOGÍSTICA

En cuanto a recursos, este trabajo fue realizado en el Servicio de Cirugía Plástica y Reconstructiva del Hospital CMN 20 de Noviembre ISSSTE, utilizando los expedientes clínicos; la revisión fue realizada por el tesista y supervisada por un Médico adscrito al servicio.

ASPECTOS ÉTICOS Y DE BIOSEGURIDAD

Debido a que este estudio fue realizado con base en la revisión de expedientes, no implicó ningún riesgo y por lo tanto tampoco requirió el consentimiento de los pacientes. La identidad de los pacientes fue resguardada en todo momento, únicamente fueron descritos los datos de interés en su expediente.

RESULTADOS

En el periodo estudiado de 6 meses se realizaron 2 cirugías de Cruroplastia con colgajo dérmico para pexia.

A continuación, se realizará la descripción de los casos estudiados.

Caso 1

Femenino de 50 años de edad con secuelas de Cirugía Bariátrica, postoperada de banda gástrica ajustable 3 años y medio antes de la Cruroplastia, con un peso de 180 Kg y IMC de 71, con una pérdida de peso de 103 Kg, se le realizó abdominoplastia 5 meses antes de la Cruroplastia. El peso previo a la Cruroplastia era de 77 Kg con IMC de 30. Refería molestia a la deambulacion con irritación y dolor en la cara interna de los muslos, a nivel de vulva no refería disfunción. Laboratorios preoperatorios: Albúmina de 4.0 g/dl, proteínas totales de 6.2 g/dl, Prealbúmina de 27 mg/dl. Se programó con un riesgo preoperatorio ASA III, Goldman II, realizándose Braquioplastia y Cruroplastia, se colocó a la paciente en decúbito dorsal en posición de litotomía con un ángulo entre los muslos y piernas de 90°, los brazos se colocaron a 90°, se colocó Sonda Foley y se cubrió zona ano-genital con una compresa, se realizó la Cruroplastia y Braquioplastia al mismo tiempo con dos equipos quirúrgicos, presentó un sangrado aproximado de 700 cc, se transfundió un paquete globular transoperatorio, se resecó 325 gr del muslo derecho y 350 gr del izquierdo, se colocó drenaje Penrose en cada muslo los cuales se retiraron al segundo día postoperatorio mismo día en que se dio de alta hospitalaria, su evolución fue adecuada, presentó al décimo día postoperatorio dehiscencia de herida en muslo izquierdo en la parte posterior de 4 cm aproximadamente, se afrontaron bordes con nylon 3-0 y se prescribió Metronidazol y Ciprofloxacina por 10 días. Al 20 día postoperatorio heridas bien afrontadas sin datos de complicación.

A los 3 meses postoperada (foto 3 y 4) con una apariencia estética adecuada de la vulva, sin descenso de los labios mayores, sin cicatrices engrosadas con mínimo descenso de estas, las molestias en la cara interna de los muslos a la deambulación presentaron remisión completa.



Caso 2

Femenino de 39 años de edad con secuelas de Cirugía Bariátrica, postoperada de By-pass Gástrico 2 años antes de la Crúroplastia, con un peso de 181 Kg y IMC de 65.7, una pérdida de peso de 73 Kg, pesando antes de la Crúroplastia 108 Kg con un IMC de 39. Refería humedad en ingles con dificultad para mantener aseada la zona, con irritación de la piel y dolor en la cara interna de los muslos a la deambulación, con respecto a la disfunción vulvar refería dificultad para la penetración en las relaciones sexuales. Laboratorios preoperatorios: Albúmina de 4.3, Proteínas Totales de 7.1, Prelabúmina de 21. Se realizó la cirugía con un riesgo quirúrgico de ASA II, Goldman I. se colocó en decúbito dorsal en posición de litotomía con un ángulo entre los muslos y piernas de 90°, se colocó Sonda Foley y se cubrió zona ano-genital con una compresa, se realizó la Crúroplastia con un sangrado de 300cc aprox., se resecó 480 gr. de tejido del muslo izquierdo y 510 gr del muslo derecho, se colocaron drenajes Penrose que se retiraron al segundo día postoperatorio mismo día en que se dio de alta hospitalaria, su evolución fue adecuada, al día 21 postoperada presentó eritema y aumento de temperatura en cara interna de muslo izquierdo sin exudados por la herida la cual se encontraba sin dehiscencias, se prescribió Moxifloxacino por 10 días. Al día 31 postoperada se encontraba con remisión completa del eritema con cicatriz adecuada sin dehiscencias, sin datos de complicaciones.

A los 5 meses postoperada (fotos 2 y 3). Con una apariencia estética adecuada de la vulva, sin descenso de los labios mayores, cicatriz levemente ancha con mínimo descenso, remisión completa de las molestias en la cara interna de los muslos a la deambulación así como de las dificultades para las relaciones sexuales.



CONCLUSIONES

La redundancia y exceso de piel en la cara interna del muslo asociado a la pérdida de peso en la obesidad causa dificultades a la adaptación de la ropa así como alteraciones físicas como intertrigo y disminución de la movilidad por las molestias a la deambulación. La Cruroplastia con colgajo térmico para pexia parece ser efectiva para la remisión de las alteraciones antes mencionadas ya que en los dos casos presentaron remisión completa de las molestias.

En cuanto a las principales complicaciones o secuelas de este tipo de cirugía como son el descenso y engrosamiento de la cicatriz así como la alteración estético funcional de los labios mayores con su descenso, la Cruroplastia con colgajo dérmico parece ser también efectiva ya que en el primer caso no presentó engrosamiento ni descenso de la cicatriz y en el segundo caso presentó engrosamiento y descenso leve. En ninguno de los casos presentó alteración estético funcional de la vulva.

En los dos casos el egreso a domicilio fue al segundo día postoperatorio. Se presentaron dos complicaciones, en el primer caso hubo dehiscencia de herida en muslo izquierdo a los 10 días de postoperada, en el caso 2 presentó eritema y aumento de la temperatura en cara interna de muslo izquierdo a los 21 días de postoperada, ambos casos se resolvieron sin intervenciones quirúrgicas. En ambos casos presentaron recuperación completa al mes de la cirugía. Importante mencionar que las dos pacientes se encontraban en un estado nutricional adecuado, que los pacientes con Cirugía Bariátrica frecuentemente no se encuentran en estado de nutrición adecuado.

Es necesario contar con más casos con esta técnica para poder concluir su efectividad y poderla comparar con otras técnicas y serie de casos.

BIBLIOGRAFÍA

- 1.- Cannistra C, Valero R, Benelli C, Marmuse JP. Thigh and Buttock Lift After Massive Weight Loss Aesth. Plast. Surg. 2007;31:233-237.
- 2.- Gmur R, Banic A, Erni D. Is It Safe to Combine Abdominoplasty With Other Dermolipectomy Procedures to Correct Skin Excess After Weight Loss? Annals of Plastic Surgery; 2003; 51(4):353-357
- 3.- Sozer S., Agullo F. , Palladino H . Spiral Lift: Medial and Lateral Thigh Lift with Buttock Lift and Augmentation Aesthetic Plastic Surgery. 2007
- 4.- Abdominoplastia. Resección en Bloque y su Aplicación en el Lifting de Cadera y en la Torsoplastia. Ponte R. AMOLCA. 2005;153-184
- 5.- Spirito D. Medial Thigh Lift and DE.C.LI.VE. Aesth. Plast. Surg. 1998;22:298–300,
- 6.- Le Louarn C, Pascal JF. The Concentric Medial Thigh Lift Aesth. Plast. Surg. 2004;28:20–23,
- 7.- Hurwitz DJ, Rubin P, Risin M, Sajjadian A, Sereika S. Correcting the Saddlebag Deformity in the Massive Weight Loss Patient. plastic and reconstructive surgery. 2004: 1313-1325
- 8.- Ellabban MG, Hart NB. Body contouring by combined abdominoplasty and medial vertical thigh reduction: experience of 14 cases The British Association of Plastic Surgeons. 2004;57: 222–227
- 9.- Morales-Gracia H. Circular Lipectomy with Lateral Thigh-Buttock Lift. Aesth. Plast. Surg. 2003;27:50–57,

ANEXOS

NOMBRE DEL PACIENTE

EDAD _____ EXPEDIENTE _____

CIRUGIA BARIATRICA: FECHA _____ PESO _____

IMC _____

ANTES DE LA CRUROPLASTIA: PESO _____ IMC _____

PESO PERDIDO _____

DISFUNCION DE CARA INTERNA DEL MUSLO _____

DISFUNCION DE VULVA _____

CRUROPLASTIA:

PROTEINAS TOTALES _____ ALBUMINA _____ TIEMPO Qx _____

SANGRADO _____ TEJIDO RESECADO _____ Kg _____ DIA DE HOSPITALIZACION _____

COMPLICACIONES

APARIENCIA ESTETICA DE LOS LABIOS MAYORES

FUNCION DE LA VULVA Y CARA INTERNA DE LOS MUSLOS
