



DR. EDUARDO LICEAGA



UNIVERSIDAD NACIONAL AUTÓNOMA DE MÉXICO.
FACULTAD DE MEDICINA.
DIVISIÓN DE ESTUDIOS DE POSGRADO
HOSPITAL GENERAL DE MEXICO O.D.

***“EFICACIA Y SEGURIDAD DE LA ABDOMINOPLASTÍA EN EL SERVICIO DE
CIRUGÍA PLÁSTICA Y RECONSTRUCTIVA DEL HOSPITAL GENERAL DE
MÉXICO”.***

TESIS DE POSGRADO.
QUE PARA OBTENER EL TÍTULO DE
LA ESPECIALIDAD EN:

CIRUGÍA PLÁSTICA Y RECONSTRUCTIVA.

PRESENTA:

DR. UBALDO CARPINTEYRO ESPÍN

TUTOR DE TESIS.
DRA. SILVIA ESPINOSA MACEDA.
HOSPITAL GENERAL DE MEXICO.

JEFE DE SERVICIO DE CIRUGÍA PLÁSTICA Y RECONSTRUCTIVA:
DRA. SILVIA ESPINOSA MACEDA
HOSPITAL GENERAL DE MÉXICO.

PROFESOR TITULAR DEL CURSO DE CIRUGIA PLASTICA Y RECONSTRUCTIVA:
DRA. SILVIA ESPINOSA MACEDA
HOSPITAL GENERAL DE MÉXICO.

MEXICO, D.F.

JULIO 2014.



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.

HOJA DE FIRMAS.

DR. JOSE FRANCISCO GONZÁLEZ MARTINEZ
Director de Enseñanza Médica e Investigación
Hospital General de México

DRA. SILVIA ESPINOSA MACEDA
Profesor Titular del Curso de Especialización
Cirugía Plástica y Reconstructiva
Hospital General de México
UNAM

DRA. SILVIA ESPINOSA MACEDA
Jefe de Servicio
Cirugía Plástica y Reconstructiva
Hospital General de México.

DRA. SILVIA ESPINOSA MACEDA
Tutor de Tesis
Hospital General de México

DR. UBALDO CARPINTEYRO ESPÍN
Autor de Tesis
Hospital General de México

DEDICATORIA Y AGRADECIMIENTOS.

A Dios, Fuente de Sabiduría, que ha sido mi ayuda siempre y me ha permitido llegar hasta este momento.

A mis padres Ubaldo y María del Carmen, quienes con su apoyo, orientación y amor incondicional han logrado que sea el hombre, profesionalista y ser humano que soy.

A mis hermanas Paulina y Cira, quienes siempre me animaron y supieron ser mis mejores amigas.

A Nancy, que me acompañó todo el camino, con su apoyo incondicional en las buenas y en las malas. Por su amor y su presencia en mi vida, que día a día me dan una razón para ser mejor.

A mis maestros, fuente de sabiduría y enseñanza, que con la docencia han logrado en mi, la orientación y dirección para alcanzar el sueño de ser cirujano plástico.

A mi directora de tesis, la Dra. Silvia Espinosa Maceda, por su valioso tiempo que me brindo, por guiarme con su experiencia y, por su calidad profesional y humana.

A todos mis compañeros residentes, sobre todo a mis amigos desde hace cuatro años; Beatríz, Emmanuel, Sergio y Jesús, hermanos en el trabajo, cómplices de formación y disciplina, que me han ayudado a ser más llevadero este camino.

A el Hospital General de México y sobre todo a los pacientes quienes permiten que aprendamos de y en ellos.

Por último, al resto de mi familia y amigos, quienes siempre me apoyaron en todo.

ÍNDICE.

Portada.....	1
Hoja de Firmas.....	2
Dedicatoria y Agradecimientos.....	3
Índice.....	4
Introducción.....	5
Marco Teórico.....	6
Planteamiento del Problema.....	21
Justificación.....	21
Hipótesis.....	21
Objetivo General.....	22
Objetivos Específicos.....	22
Material y Métodos.....	22
Resultados.....	27
Discusión.....	33
Conclusiones.....	35
Recomendaciones.....	36
Bibliografía.....	37
Anexos.....	41

INTRODUCCIÓN.

A pesar de la evidente variación del ideal de belleza a lo largo del tiempo, el abdomen firme, plano y con cintura estrecha ha sido universalmente admirado desde la antigüedad.

En la actualidad muchas mujeres juzgan su salud, su forma física, su envejecimiento y su sexualidad según las proporciones de su abdomen o sus cambios a lo largo de su vida, siendo frecuente la disconformidad con su apariencia física^{1,2}.

La búsqueda de la cirugía se produce entonces por un deseo de aplanar y dar firmeza al abdomen, que ellas perciben como estar más delgada, en buena forma física y sanas^{3,6}.

Con la abdominoplastía, mujeres y hombres que tienen piel y grasa suelta, concentrada en el abdomen, pueden beneficiarse con esta cirugía.

Algunas veces estas condiciones son hereditarias. En otras ocasiones, mucha pérdida de peso puede causar que la piel abdominal quede flácida^{8,15}.

La abdominoplastía también puede reforzar los músculos que quedan separados y débiles después del embarazo^{2,7}. La operación también puede mejorar las estrías, especialmente las que quedan inferiores al ombligo.

MARCO TEÓRICO.

La historia de la cirugía estética del abdomen inicia como idea de varios cirujanos. Marx y Demars describieron a una paciente a la cual realizaron una dermolipsectomía en 1890. Mientras tanto, Kelly describió un procedimiento similar en 1899 a través de una incisión transversa, cerrando la herida sin liberar los colgajos. Posteriormente reportó varios casos más^{10,13}. En Francia Gaudet y Morestin realizaron la cirugía con preservación del ombligo. En Alemania Weinhold reporto la combinación de incisiones vertical y oblicua.

El primero en realizar un despegamiento amplio de los colgajos fue Babcock en 1916 a través de una incisión vertical elíptica^{7,21}.

En 1939 Thorek describió una técnica con una incisión inferior al ombligo.

Vernon inició la era moderna de la dermolipsectomía al realizar una incisión transversa baja con despegamiento amplio y transposición umbilical^{8,16}.

Callia en 1967 realiza una incisión similar que permanecía bajo el pliegue inguinal lateralmente. Esto proporcionaba la posibilidad de hacer el manejo del muslo superior con cicatrices poco visibles^{12,31}.

Pitanguy en 1967 creó nuevos estándares para juzgar un buen resultado, entre los cuales se cuentan, una cicatriz baja poco notoria, despegamientos amplios hasta los márgenes costales, umbilicoplastía transversa, reforzamiento aponeurótico y compresión postoperatoria^{4,5}.

Regnault reporto en 1972 su técnica en W, iniciando medialmente entre 1 a 3 cm de la línea del vello púbico para minimizar la migración superior de este. Además realizó la compensación medial para prevenir los pliegues de rotación y la colocación de la paciente en flexión de muslos o posición de navaja para disminuir la tensión y permitir el cierre sin necesidad de una extensión vertical^{6,11}.

En 1973 Grazer reporto una técnica con la incisión localizada en un pliegue natural inferior de la pared abdominal^{43,51}.

Somalo (1940) y González-Ulloa (1959): extienden la incisión transversa como un cinturón para mejorar la zona de los flancos y región dorsal en pacientes con depósitos grasos extensos^{6,13}.

CLASIFICACIÓN.

Los objetivos de la dermolipectomía son mejorar el contorno y la apariencia externa de la pared abdominal. Los elementos que pueden variar en los pacientes que solicitan esta cirugía son la piel redundante y flácida, tejido adiposo excesivo, diástasis muscular con laxitud aponeurótica y deformidades cicatriciales previas incluidas las estrías^{5,7}.

Matarasso en base a la clasificación propuesta por Bozola y Psillakis, dividió a los pacientes en cuatro grupos, tomando en cuenta las variaciones de laxitud musculoaponeurótica, cutánea y el exceso de tejido graso^{8,9}.

Para pacientes del grupo I en los que no se encuentra laxitud musculoaponeurótica, hay mínima laxitud cutánea y obesidad abdominal baja supra púbrica, esta indicada la liposucción como tratamiento de elección. Esta es común en pacientes jóvenes y nulíparas^{14,16}.

Para pacientes del grupo II, con laxitud musculoaponeurótica leve, laxitud cutánea y algún grado de exceso graso, se indica una miniabdominoplastía.

Para los del grupo III que presentan laxitud musculoaponeurótica moderada del abdomen inferior y superior, laxitud cutánea y algún grado de exceso adiposo se realiza una dermolipectomía.

Por ultimo en pacientes grado IV, con laxitud musculofascial severa, laxitud cutánea y exceso graso, se recomienda la dermolipectomía y liposucción adicional. Común en pacientes de edad media y múltiparas. Recientemente Matarasso incorpora al esquema de tratamiento los siguientes sub-tipos: 1a- liposucción extendida, 2a- miniabdominoplastía abierta y 3a- endoscópicamente asistida o abdominoplastía de acceso muscular^{42,47}.

TIPO	LAXITUD CUTÁNEA	LAXITUD MUSCULOFASCIAL	OBESIDAD ABDOMINAL INFERIOR	TRATAMIENTO
I	Mínima	No	Sí	Liposucción
II	Sí	En abdomen inferior	Sí	Miniabdominoplastia
III	Sí	Inf. y sup. Moderada	Sí	Abdomino. Modif.
IV	Sí	Inf. y sup. severa	Sí	Abdomino. estándar + liposucción

Figura 1. Cuadro resumen. Matarasso (1989). Bozola y Psillakis (1988).

EMBRIOLOGÍA.

La formación de los vasos sanguíneos, sistema nervioso y linfático de la pared abdominal inicia a la segunda, tercera y cuarta semanas del desarrollo embriológico respectivamente. El desarrollo del tronco inicia con la pared posterior y termina con la pared anterior en la duodécima semana^{2,6}.

ANATOMÍA.

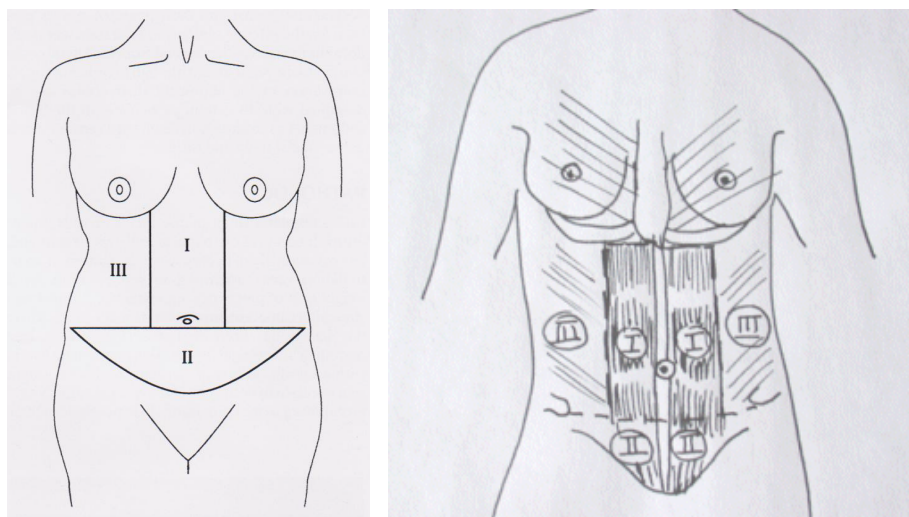


Fig. 2. Zonas de Huger.

La anatomía de la pared abdominal anterior ha sido dividida en tres zonas, basándose en la irrigación, el sistema nervioso y linfático^{4,7}.

La zona I esta comprendida entre los bordes laterales de la vaina del recto anterior, desde el apéndice xifoides y reborde costal hasta una línea que une ambas espinas iliacas antero superiores. La irrigación se deriva de las ramas superficiales de los vasos epigástricos superior e inferior profundo. Secundariamente vasos de la zona II cruzan hacia la línea media^{13,17}.

La zona II esta entre la línea que une ambas espinas iliacas antero superiores por arriba y el pubis y los ligamentos inguinales inferiormente. La irrigación es dependiente de la circunflejas iliacas superficiales y los vasos pudendos externos.

Secundariamente hay ramas de las circunflejas iliacas profundas que cursan sobre las espinas iliacas en la zona III, cruzan superficialmente en la zona II^{15,21}.

La zona III cubre el arrea lateral a la zona I y superior a la zona II. Su irrigación esta dada por las ramas perforantes posteriores de las intercostales, subcostales y lumbares. El drenaje linfático del abdomen cruza estas zonas, con la zona inferior al ombligo drenando en los ganglios inguinales y la superior en los ganglios axilares^{3,33}.

La inervación sensitiva y motora se deriva de los últimos siete nervios intercostales y la rama iliohipogástrica del primer nervio lumbar. La inervación sensorial del ombligo depende del décimo nervio intercostal^{12,47}.

Huger, en 1979 estudió la interrupción anatómica del aporte sanguíneo en la abdominoplastía: con una incisión transversa baja y disección del colgajo abdominal hasta el margen costal el aporte sanguíneo dominante deriva de la zona III, con flujo colateral secundario de los vasos circunflejos iliacos profundos de la zona II^{8,10}.

La vascularización de la zona I y la mayor parte de la de la II se sacrifican en la cirugía. Si la disección sacrifica las perforantes segmentarias en el margen anterior del músculo dorsal ancho el flujo en la línea media inferior de la zona I puede disminuir con ocasional necrosis^{11,13}.

También puede haber complicaciones en la cicatrización de la herida y necrosis del colgajo en la línea media si el cruce a este nivel se interrumpe en la zona I (ej. incisión vertical en la línea media o resección)^{9,17}.

La zona I central inferior y la zona II lateral ahora vascularizadas por la zona III, van mejor si el aporte sanguíneo a través de la línea media es preservado. Después de la abdominoplastía estándar, el drenaje linfático y el aporte nervioso del colgajo son de la zona III, porque la I y la II son interrumpidas. Esto hay que tenerlo en cuenta para explicar el edema e inflamación de los bordes del colgajo en el postoperatorio^{5,50}.

El aporte sanguíneo del ombligo se realiza a través del tallo. En la abdominoplastía estándar el ombligo puede ser esqueletizado y desgrasado. Sin embargo, si un anillo de piel abdominal permanece como parte del ombligo disecado, puede haber sufrimiento y necrosis de esta porción cutánea^{19,29}.

En la abdominoplastía modificada se interrumpe la circulación por el tallo del ombligo, de manera que el aporte sanguíneo del ombligo trasplantado depende de perforantes de la zona III por medio de la circulación dérmica^{6,7,13}.

SELECCIÓN DE PACIENTES.

La dermolipsectomía está indicada en pacientes que desean la corrección del contorno de la pared abdominal por exceso de piel y grasa por la laxitud musculoaponeurótica y cutánea. La candidata ideal debe estar dentro del peso ideal para la talla, con laxitud musculoaponeurótica, y exceso de piel y tejido graso. Motivada y que acepte la inevitable cicatriz y no embarazarse por lo menos a largo plazo. Debe tener expectativas realistas y ser psicológicamente estable y en buen estado general^{31,42}.

Las mayores contraindicaciones incluyen un embarazo planeado a corto plazo, las incisiones previas sobre el ombligo que pongan en riesgo la viabilidad del colgajo que se levantará, expectativas poco realistas, historia de alteraciones hematológicas, tromboembólicas, cardiovasculares o metabólicas. La liposucción asistida debe valorarse contra el riesgo de causar isquemia y necrosis cutánea y complicaciones en la cicatrización³¹.

La obesidad que es definida como el sobrepeso mayor del 20% al peso ideal para mujeres y el 30% en hombres. La obesidad mórbida tiene un sobrepeso mayor al 100%. La dermolipsectomía no es un tratamiento para la obesidad o la obesidad mórbida⁴².

ELECCIÓN DE LA TÉCNICA QUIRÚRGICA.

La elección de la técnica quirúrgica y la incisión dependen de la deformidad de la paciente y el juicio del cirujano¹⁴.

Para las que tienen la deformidad secundaria a embarazos previos consistente en exceso de piel y grasa en la región supra púbica con flacidez cutánea y musculoaponeurótica, todas las incisiones mencionadas de Grazer, Pitanguy, Regnault y Baroudi están permitidas. La de Grazer sigue las líneas de mínima tensión dejando mínima deformidad. Los pliegues de rotación requieren revisión posterior^{7,18}.

La incisión de Pitanguy puede ser ajustada lateralmente para compensar las discrepancias de longitud entre el colgajo superior y la incisión inferior⁴¹.

La incisión de Regnault y Baroudi produce longitudes iguales entre el colgajo superior y la incisión inferior, previniendo los pliegues de rotación⁴¹.

La lipectomía en cinturón esta indicada en pacientes con exceso de tejido dermograso generalizado que rodea el tronco y que incluye la espalda y las regiones glúteas superiores. Es también indicada en pacientes que tiene perdida masiva de peso. Aly realiza el procedimiento con el paciente en decúbito dorsal y laterales. Hace énfasis en la magnitud de la resección. Las complicaciones pueden llegar al 37,5% como los seromas o embolismo pulmonar en el 9,3%¹⁸.

Lockwood describe un procedimiento extenso que incluye la resección transversa del tejido redundante en el tronco inferior y la reparación de la fascia superficial para elevar los flancos, muslos y glúteos. Se libera el colgajo inferior reparando luego la fascia de Scarpa y el plano dermico^{45,47}.

La incisión en flor de lis esta indicada en obesidad medial inferior con abundante panículo adiposo. El patrón de resección incluye una incisión en la línea media superior con una incisión transversa en los cuadrantes inferiores. El componente vertical puede

llegar superiormente hasta el apéndice xifoides e inferiormente hasta el perineo con resección simultánea del monte del pubis⁵³.

CONSENTIMIENTO INFORMADO

Antes de la cirugía es importante realizar en la consulta una historia clínica completa del paciente, un examen físico con descripción de la deformidad del paciente, dar un consentimiento informado con explicación clara de la cirugía, riesgos y complicaciones que será firmado por el paciente, realizar un estudio fotográfico y enseñar otros casos similares tratados, revisar opciones de tratamiento quirúrgico, introducir al paciente en un programa de pérdida de peso bajo control médico si precisa, dibujar la incisión quirúrgica, y discutir la cicatrización explicando la posibilidad de retraso de la misma y de cicatrización patológica^{15,34,51}.

Es muy importante claridad de las explicaciones antes de la cirugía para prevenir la disminución de la confianza que el paciente podría experimentar si se desarrollan complicaciones¹⁵.

PREPARACIÓN PREOPERATORIA.

El paciente debe suspender cualquier tratamiento que incluya aspirina o antiinflamatorios no esteroideos entre 10 a 14 días antes de la cirugía. Si fuma debe suspender el consumo 2 a 3 semanas previas^{8,9}.

Se debe realizar el pintado en posición de pie. Se debe tener especial atención a las cicatrices previas y hernias de la pared. Se puede observar asimetría en el abdomen sobre todo en pacientes con embarazos múltiples previos^{31,33}.

Con el paciente de pie se realizan las siguientes marcas: Una línea vertical desde el apéndice xifoides a través del ombligo a la media línea del monte del pubis. Marcas en las espinas iliacas superiores. Líneas verticales que crucen las espinas antero superiores que se proyecten pasando las líneas propuestas y la incisión planeada. Los brazos laterales de la incisión son medidos para la simetría³⁷.

El uso de medias de compresión disminuye el riesgo de desarrollar trombosis venosa profunda, debiendo reiniciar la ambulaci3n postoperatoria tan pronto como sea posible. La colocaci3n de sonda Foley uretral se realiza para valorar el gasto urinario durante y despu3s de la cirugía^{6,43}.

TÉCNICA QUIRÚRGICA.

Se debe realizar, en caso de estar en el plan quirúrgico, la liposucci3n previa a cualquier levantamiento de colgajo. Luego de terminarla, se realiza la incisi3n cutánea planeada con bisturí. El electrocauterio puede ser utilizado para terminar la incisi3n hasta la aponeurosis^{7,51}.

Lateralmente al monte del pubis, debe realizarse la ligadura de los vasos epigástricos superficiales y los circunflejos iliacos superficiales. Debe tenerse mucho cuidado cuando se encuentran cicatrices inferiores, las cuales pueden incluir una hernia no detectada previamente^{6,11}.

El colgajo abdominal es levantado hasta el nivel del ombligo en un plano de tejido areolar laxo ubicado superficial a la aponeurosis. Se debe tener cuidado al disecarla zona peri umbilical para no dañar la cicatriz umbilical y su vascularidad^{9,17}.

La incisi3n para la liberaci3n del ombligo debe marcarse previamente con tinta e incidir sobre la piel de este y no la periférica. Se realiza la disecci3n hasta la aponeurosis incluyendo un poco de grasa si se considera necesario. La única excepci3n para esto se da en pacientes sometidas en varias ocasiones a cirugías laparoscópicas con un puerto de entrada umbilical. En estos casos hay que preservar una cantidad moderada de grasa que permita la adecuada supervivencia del segmento umbilical^{33,42}.

El colgajo es dividido centralmente desde el ombligo al pubis. El colgajo se levanta 1 a 2 cm por encima del apéndice xifoides y 2 a 3 cm por encima del reborde costal. La disecci3n lateral hasta las líneas axilares anteriores debe minimizarse para

prevenir la sección de los vasos que irrigan el colgajo desde las perforantes de las intercostales y subcostales³³.

Para la reparación musculofascial se toma en cuenta el criterio de Regnault que dice que el 90% de las pacientes que solicitan la cirugía presentan flacidez aponeurótica con o sin diástasis de los músculos rectos como consecuencia de embarazos previos⁴².

Nahas desarrolló una clasificación objetiva basada en la deformidad musculoaponeurótica recomendando tratamientos específicos^{43,47}:

- La deformidad tipo A presenta una diástasis de los rectos secundaria a embarazo y se maneja con la plicatura anterior de la vaina de los rectos.
- La Tipo B presenta diástasis de los rectos y laxitud de la aponeurosis lateral e infra umbilical. Su tratamiento incluye plicatura de la vaina anterior de los rectos anteriores más una plicatura en forma de L de la aponeurosis del oblicuo mayor.
- La tipo C presenta deformidad congénita con inserción lateral de los rectos del abdomen. Se realiza la liberación y levantamiento de los músculos rectos anteriores de su vaina posterior y avance de los músculos hacia la línea media.
- La tipo D, con diástasis de los músculos rectos del abdomen y debilidad de la línea media. El tratamiento quirúrgico incluye la plicatura media de la aponeurosis de los rectos y avance de los músculos oblicuos mayores.

Jackson recomienda la plicatura horizontal adicional cuando la laxitud continúa notándose luego de la vertical⁵².

Abramo y Viola realizan la plicatura transversa epigástrica y supra púbica además de la vertical en un patrón que denominan una H acostada⁵¹.

Psillakis realiza la sutura de la aponeurosis de los oblicuos hacia la de los rectos bajo tensión⁵³.

La laxitud musculofascial se corrige con puntos de sutura horizontales enterrados de material no absorbibles. La línea media de la aponeurosis es marcada para una plicatura simétrica y va desde el pubis hasta el apéndice xifoides, con un ancho máximo localizado unos pocos centímetros debajo del ombligo^{23,45}.

Los puntos deben ser localizados a una distancia que permita dejar una superficie lisa y regular. Los nudos deben ser cuidadosamente enterrados para evitar irregularidades palpables por debajo de la piel^{31,36}.

La plicatura se calcula pinzando la aponeurosis en las regiones paramedianas juzgando la tensión, la que debe ser firme y no excesiva. Si la plicatura medial no corrige adecuadamente la laxitud, se debe plicar una zona adicional paramediana u oblicua. Con la plicatura de la aponeurosis, la cicatriz umbilical es acortada. La base del ombligo puede ser suturada a la pared abdominal y se requiere el acortamiento, que es importante para prevenir la protrusión^{18,38}.

Se coloca la paciente en posición de navaja para la resección y sutura. La tracción se realiza en ambas mitades del colgajo abdominal con un avance inferior y medial. La ubicación nueva del ombligo se realiza mediante la palpación bimanual, que se marca en la línea media. Dubou y Ousterhout realizaron un estudio anatómico para determinar la ubicación del ombligo y concluyeron que esta a nivel de las crestas iliacas superiores y a mitad de camino entre el apéndice xifoides y el pubis^{9,18,49}.

Típicamente se resecan una zona circular de 4 a 6 cm de grasa desde el lugar elegido y las suturas son colocadas a través de la fascia y la piel para crear una depresión. Sugawara reconstruye el ombligo usando un colgajo en forma de V elevado alrededor de la nueva fosa^{42,51}.

Una vez resecados los segmentos inferiores del colgajo y de la compensación, se reseca el tejido graso del borde, evitando así los abultamientos en la cicatriz. Si se presentan pliegues de rotación, deben ser resecados con extensiones laterales a la incisión original. Se colocan drenajes a succión y se inicia el cierre en un plano profundo con suturas absorbibles y otro superficial con hilos no absorbibles^{8,9}.

CIRUGÍAS SIMULTANEAS.

En 1973 Grazer realizó 44 dermolipectomías abdominales de las cuales dos tercios tenían asociado otro procedimiento: mamoplastía de aumento o reducción, histerectomía vaginal, rinoplastia, ritidectomía...considerando que la abdominoplastía era un procedimiento seguro tanto solo como combinado^{9,19}.

En 1983, Pitanguy y Ceravolo no encontraron diferencias estéticas en los resultados ni aumento de las complicaciones en las abdominoplastías tanto solas como asociadas a otro procedimiento quirúrgico^{11,21}.

Perry, en 1986 presentó series de 20 dermolipectomías + histerectomías sin aumento de las complicaciones y con una única anestesia, hospitalización, convalecencia y menores costos. En 1986 Voss, Sharp y Scott presentaron una revisión, encontrando diferencias en las complicaciones, con aumento de la incidencia de tromboembolismo pulmonar en los procedimientos combinados^{14,44}.

En 1989, Hester estudió a 563 pacientes en los que se realizaron dermolipectomías abdominales aisladas o combinadas con otros procedimientos estéticos o abdominopélvicos, encontrando solo un aumento de las complicaciones en el subgrupo de los obesos, independientemente de la cirugía realizada^{12,41}.

La cirugía del contorno abdominal se suele asociar a otros procedimientos, que generalmente son estéticos, cirugía intraabdominal o cirugía ginecológica (ej. histerectomía, ligadura de trompas...). No es recomendable asociar grandes liposucciones que requieren larga anestesia y gran pérdida de fluidos, con la cirugía abdominal^{35,39}.

Cualquier cirugía adicional asociada a la abdominoplastía obliga a realizar profilaxis tromboembólica y la abdominoplastía debe de ser el último procedimiento realizado para evitar cambios posturales tras suturar el abdomen^{13,33}.

CUIDADOS POSTOPERATORIOS.

Luego de la extubación el paciente debe ser colocado en posición semifowler y con elevación de las extremidades inferiores. La actividad es limitada en la primera noche, en la cual la posibilidad de desarrollar un hematoma es alta. En el primer día del postoperatorio, el paciente debe iniciar la movilización fuera de cama. La ambulación debe iniciarse cuidadosamente y el paciente tiene que evitar la extensión del tronco la primera semana^{15,27}.

Los drenajes pueden aumentar el gasto serohemático luego del inicio de la ambulación. Ocasionalmente los drenajes pueden ocluirse con coágulos los que deben ser evacuados. Se pueden retirar luego de la disminución del gasto a las 48 a 72 horas. El dolor postoperatorio es moderado y se controla con la administración de analgésicos. Si este dolor se hace muy intenso, se debe sospechar de la presencia de un hematoma^{4,46}.

Todas las suturas se retiran luego de 14 días. Las actividades normales del paciente pueden realizarse de forma normal, evitando el ejercicio excesivo, el que puede iniciarse luego de 4 a 6 semanas^{6,52}.

Pitanguy realizó un reporte de 30 años de experiencia en el que confirma el buen resultado de la incisión que realiza sobre el área púbica con extensiones laterales horizontales, levemente curvadas hacia arriba. Utiliza puntos en X para la plicatura de la aponeurosis. Los colgajos son traccionados hacia abajo y el medio. Exterioriza el ombligo a su posición natural a través de una incisión transversa o semicircular. Para evitar las colecciones recomienda el uso de apósitos para la compresión, además de la hemostasia transoperatoria y colocación de drenajes^{9,28}.

Como adyuvante a la cirugía recomienda la liposucción de las áreas no disecadas que a su vez disminuye la necesidad de realizar disecciones amplias y la incidencia de colecciones postoperatorias^{15,44}.

ABDOMINOPLASTÍA EN PACIENTES VARONES.

Los hombres generalmente tienen la piel mas gruesa y menos elástica que las mujeres. Por lo tanto la resección de tejido debe ser menos extensa. Debido a que el vello púbico en los varones no esta tan definido como en las mujeres, se recomienda una incisión mas alta. Se puede realizar la liposucción asistida de los depósitos de grasa que inician luego de los 20 años, sobre todo en los flancos en el mismo tiempo quirúrgico. La diástasis en la porción superior del músculo recto es mas frecuente que la inferior. El índice cintura :cadera es de 0.9 en relación a las mujeres que es 0.6^{6,17,31}.

COMPLICACIONES.

Hematoma y Seroma .- Son las complicaciones mas frecuentes luego de la abdominoplastía. Aún realizando una hemostasia meticulosa, esta complicación puede aparecer. El electrocauterio usado para elevar el colgajo abdominal puede no reemplazar los clamps o las ligaduras para los vasos mayores. Si las perforantes se retraen debajo de la fascia debe realizarse una sutura en 8^{9,7}.

Los hematomas extensos asociados con dolor , edema y equimosis de la pared abdominal, deben ser drenados en quirófano antes de producir compromiso de la vascularidad del colgajo^{49,51}.

Los seromas se manifiestan como un aumento de volumen o distensión abdominal. Ocasionalmente se observa el drenaje de liquido seroso a través de la herida. El uso de drenajes y fajas abdominales permite la adherencia del colgajo, disminuyendo la incidencia de presentación de seromas⁴⁹.

Necrosis cutánea.- Es una complicación rara, pero ocurre cuando la circulación del colgajo abdominal esta comprometida. Se asocia con la tensión excesiva al cierre, con una cicatriz previa en la línea media , historia de tabaquismo, liposucción asistida de la zona III y hematoma no diagnosticado^{51,52}.

No es evidente hasta el tercer a quinto días del postoperatorio. Antes de eso los bordes aparecen equimóticos, con frialdad local. El área se demarca posteriormente. Hasta que se evidencie la necrosis el cirujano debe mantener una actitud expectante. Debe iniciarse con la resección del tejido necrótico y la resolución inicial por contracción de la herida. Hay que explicar al paciente que la corrección definitiva se realizará luego de la cicatrización completa^{4,16}.

Infección.-Grazer reporto una incidencia del 7,3% en 10490 pacientes, causadas mas comúnmente por estafilococos, estreptococos, E. Coli y Pseudomonas. Hester en cambio solo presentó una incidencia del 1,1%. Son actualmente raras y están relacionadas a hematomas no drenados por preparación insuficiente del ombligo^{10,20}.

Tromboflebitis y embolismo pulmonar.-El tromboembolismo pulmonar es la mas temida de las complicaciones de una dermolipectomía. Esta cirugía tiene una mayor incidencia por el aumento de la presión intra abdominal secundaria a la plicatura de la aponeurosis y la disminución del retorno venoso de las extremidades por la posición del paciente durante y después de la cirugía. Grazer reportó una incidencia del 1,1% de trombosis de las extremidades inferiores. La obesidad es un factor identificable predisponente al desarrollo de esta complicación. Se deben tomar todas las medidas necesarias para disminuir el riesgo de aparición de trombosis y embolismo, como son medias de compresión, monitorización transoperatoria de la posición del paciente y deambulación postoperatoria temprana con ejercicios para prevenir la estasis venosa^{10,21}.

Mal posición umbilical.- Para evitarla se tiene que marcar en el preoperatorio la línea media, evitar la plicatura aponeurótica asimétrica. La corrección puede variar. Si es mínima la simple transposición con el cierre del sitio previo. Si es compleja se levanta nuevamente el colgajo con esqueletización completa y transposición del ombligo^{20,30}.

Van Uchelen reporto las complicaciones en varones y mujeres. En los primeros, se observan alteraciones en la herida hasta en el 64,3%, estando en relación directa al

antecedente de tabaquismo y a índices de masa corporal elevados. Las mujeres presentaron complicaciones en la herida en el 15%, en menor grado de asociación a tabaquismo. No hubo relación entre las complicaciones en la herida con el índice de masa corporal. Otras complicaciones se presentaron aisladas como ser la trombosis de miembros pélvicos con embolismo asociado o la lesión de nervios del plexo braquial por tensión excesiva durante la cirugía^{41,50}.

ABDOMINOPLASTÍA SECUNDARIA.

Es un procedimiento que se realiza en los siguientes casos^{16,23}:

- Pacientes jóvenes en los que se hizo abdominoplastía mínimamente invasiva y que con la edad necesitan resecciones cutáneas por aumento de la flacidez.
- Pacientes con procedimientos iniciales incorrectos por diagnóstico o clasificación.
- Reparación secundaria por relajación de la plicatura muscular anterior.
- Pacientes con abdominoplastía completa para corrección del ombligo, cicatrices no satisfactorias, liposucción adicional o manejo del pubis.

La abdominoplastía secundaria completa solo se realiza en menos del 1% de los casos⁴⁵.

SATISFACCIÓN DEL PACIENTE.

Se considera en la actualidad que los resultados de procedimientos han modificado en gran manera las guías e investigaciones clínicas o quirúrgicas en medicina, que han hecho énfasis en la búsqueda de información procedente del paciente, siendo un parámetro importante su satisfacción en relación al resultado^{31,42}.

La diferencia entre un paciente satisfecho a uno insatisfecho en cuanto al resultado posterior a una abdominoplastía radica esencialmente en el tipo, tamaño y posición de la cicatriz, así como el contorno corporal resultante del procedimiento³⁰.

PLANTEAMIENTO DEL PROBLEMA.

¿Cuál es el grado de satisfacción y los tipos de complicaciones mas frecuentes presentes en los pacientes del Hospital General de México posterior a la realización de una abdominoplastía?

JUSTIFICACIÓN.

En el Hospital General de México, la dermolipectomía abdominal con técnicas convencionales, es una excelente opción para corregir la flacidez musculoaponeurótica, el exceso de piel y la lipodistrofia; sin grandes complicaciones y con buenos resultados cosméticos.

Existen un gran número de técnicas quirúrgicas para lograr los preceptos antes señalados, con una gran variedad de resultados.

En la actualidad hay muy pocos estudios que valoran el grado de satisfacción del paciente mexicano, así como las complicaciones mas frecuentes que presenta la realización de éste procedimiento.

HIPÓTESIS.

Si se aplica un cuestionario en relación a los resultados obtenidos en los pacientes sometidos a abdominoplastía, podemos establecer el grado de satisfacción de ellos con respecto a este procedimiento.

Si conocemos el grado de satisfacción de nuestros pacientes y el resultado de los mismos en relación a la abdominoplastía podremos seleccionar o afinar nuestras estrategias para dar mejores resultados en beneficio del paciente.

Si sabemos las complicaciones posoperatorias mas frecuentes que se presentan posterior a la realización de un abdominoplastía con técnica convencional podremos idear estrategias para la prevención de las mismas.

OBJETIVO GENERAL.

Evaluar la eficacia clínica y el grado de satisfacción del paciente al que se le realizó abdominoplastía, utilizando la técnica convencional que implica dermolipectomía abdominal con tratamiento de músculos rectos anteriores más liposucción estándar tumescente de flancos, en el Hospital General de México.

OBJETIVOS ESPECÍFICOS.

- a) Determinar las características de la deformidad abdominal.
- b) Establecer el diagnóstico clínico según el estado ponderal y la patología de la pared abdominal en la muestra de estudio.
- c) Señalar las complicaciones en la población de estudio.
- d) Evaluar los resultados de la abdominoplastía y el grado de satisfacción de las pacientes en estudio.

MATERIAL Y MÉTODOS.

TIPO Y DISEÑO DEL ESTUDIO.

Se realizó un estudio de carácter descriptivo, retrospectivo, transversal de diseño observacional.

POBLACIÓN Y TAMAÑO DE LA MUESTRA.

La muestra fue no probabilística intencional, donde se analizaron 56 pacientes que ameritaron cirugía plástica de abdomen con técnica convencional (dermolipectomía abdominal con tratamiento de músculos, más liposucción estándar tumescente de flancos), a un año de su cirugía, en el Servicio de Cirugía Plástica

y Reconstructiva del Hospital General de México, durante el periodo de marzo 2011 a marzo del 2013.

CRITERIOS DE INCLUSIÓN, EXCLUSIÓN Y ELIMINACIÓN.

a) Se incluyeron:

- Las pacientes en edades entre 30 y 65 años.
- Pacientes pos operadas de abdominoplastía con marcaje tipo Baroudi, a un año de su cirugía.
- Pacientes con relación peso/talla no superior al 15%.
- Pacientes sanas o portadoras de enfermedades crónicas compensadas.
- Pacientes que cumplieron con la preparación preoperatoria.

b) Se excluyeron:

- Pacientes cuyas edades eran menor de 30 y mayor de 65 años,
- Pacientes fumadoras o con alguna otra toxicomanía.
- Pacientes hipertensas o cardiópatas severas y/o diabéticas descompensadas.

c) Se eliminaron:

- Paciente que hayan sido operada dos o mas veces de abdominoplastía y/o corrección de la misma.
- Pacientes a las cuales se le realizó dos o mas procedimientos a las vez.

OPERACIONALIZACIÓN DE VARIABLES.

Variable	Concepto	Indicador	Escala
Edad del paciente	Tiempo del paciente expresado en años, referida en el interrogatorio	Expediente Clínico	30 - 40años 41 - 50 años 51 - 60 años 60 a más
Sexo	Clasificación de hombre o mujer basados en criterios anatómicos, cromosómicos, etc.	Expediente Clínico	Femenino Masculino
Valoración Preoperatoria	Si se le realizó valoración por el servicio de anestesia	Expediente Clínico	Si No
Clasificación de las alteraciones abdominales	Dependiendo de la escala de Matarasso, el tipo de alteración abdominal que se presentaba.	Expediente Clínico	Grado I, II, III y IV (ver figura 1)
Complicaciones	Tipo de complicaciones que se presentaron posterior a la cirugía.	Expediente Clínico	Dehiscencia Serohematomas Necrosis cutánea Necrosis grasa Sangrado Infección Tromboembolia pulmonar Cicatrices hipertróficas Otras
Resultado de la Abdominoplastia	Si presento alguna complicación, independientemente del grado de satisfacción del paciente.	Expediente Clínico y Hoja de Recolección de Datos	Bueno. Regular. Malo. (ver figura 3)
Grado de satisfacción del paciente.	Independientemente si hubo o no complicaciones y del resultado de la técnica, si el paciente esta satisfecho con el resultado.	Hoja de Recolección de Datos	Satisfecho No satisfecho Indiferente

PROCEDIMIENTO.

La información se obtuvo a través de la historia clínica de cada paciente y por medio de una entrevista personal con cada una de ellas. Los datos se recogieron en un formulario (anexo 1). Todas las pacientes intervenidas, debieron cumplir con los parámetros exigidos por las normativas del estudio y del Servicio de Cirugía Plástica y Reconstructiva del Hospital General de México, para ser sometidas a este tipo de intervención. La técnica quirúrgica que se usó en todos los casos fue la siguiente: el marcaje preoperatorio que se utilizó fue tipo “Baroudi” con incisión inferior en forma de manubrio de bicicleta, tanto en las alteraciones abdominales Grado III y IV. Los pasos que se siguieron para dicha cirugía fueron en el siguiente orden: 1) Demarcación de piel excedente a reseca; 2) Resección de piel demarcada; 3) Despegamiento y levantamiento de colgajo abdominal hasta apéndice xifoides; 4) Plicatura de músculos rectos abdominales con sutura Nylon 1; 5) Descenso y sutura del colgajo abdominal con Monocryl 3-0 y Nylon 3-0; 6) Fijación, exteriorización y sutura del ombligo con Nylon 2-0, Monocryl 3-0; 7) Liposucción con técnica tumescente de flancos; y 8) Colocación de drenaje drenovac, y 9) Vendaje compresivo. El uso de la faja fue de 30 a 60 días (45 días de promedio). Todas las pacientes recibieron tratamiento completo con antibioticoterapia (Cefalexina 500 mg cada 8 horas) y analgésico-antiinflamatorio (Ibuprofeno 400 mg, cada 8 horas). En caso de que la paciente refirió intenso dolor se administró Ketorolaco 10 mg por vía oral durante las primeras 48 horas. Los resultados finales de la cirugía plástica fueron evaluados de la siguiente manera:

- **Buenos: Sin complicaciones o complicaciones de menor cuantía que no repercutieron en los resultados estéticos y funcionales. Paciente satisfecha con el proceder.**

- **Regulares: Independientemente del grado de satisfacción de la paciente, si hay una complicación que ponga en peligro el resultado estético y funcional del proceder.**

- **Malo: Fracaso de la técnica empleada, independientemente del grado de satisfacción o agradecimiento de la paciente.**

Figura 3. Forma de evaluar los resultados de la abdominoplastía

ANÁLISIS ESTADÍSTICO.

Los análisis estadísticos se realizaron con el software SPSS Versión 15.0 y el programa Microsoft Excel para realizar el proceso de la confiabilidad del instrumento de investigación. Los datos se analizaron calculando el promedio, y la utilización de variables continuas como la media \pm desviación estándar y la frecuencia en números y porcentajes para cada variable. Los resultados se expresan en tablas y/o gráficos (Ver anexos).

RESULTADOS.

Aquí se presentan los resultados obtenidos de la aplicación del instrumento de recolección de datos.

Todas los pacientes fueron de sexo femenino y a todas se les realizó valoración preoperatoria por parte del servicio de Anestesiología. Con respecto a la distribución de las pacientes de acuerdo con los grupos de edades conformados predominó el de 41-50 años con 39.29%, seguido del grupo de 30-40 años con 37.50%. El rango de edad evaluado fue de 30 a 65 años, siendo el promedio de la población estudiada de 42.9 ± 9.3 años de edad (tabla 1).

En la tabla 2, se presenta las alteraciones abdominales según la clasificación de Matarasso de Ritidosis Abdominal, el grupo IV constituyó la deformidad más frecuente con 34 pacientes que corresponden a un 60.71%, seguido del grupo III con 22 pacientes que corresponde a un 39.29% de la muestra, los grupos I y II por sus características y por que el manejo quirúrgico es diferente no se presentaron pacientes clasificados en estos grupos.

En la tabla 3, se evaluó la presencia de complicaciones posterior a la realización de la abdominoplastía, donde se observó que el 82.14% (46 pacientes) presentaron algún tipo de complicación, y sólo un 17.86% (10 pacientes) no presentaron ninguna complicación. Las complicaciones encontradas con mayor frecuencia (tabla 4) fueron: los seromas en 30 pacientes (49.18%), seguida por la necrosis grasas (9.84%), pequeña necrosis cutánea supra púbica (9.84%), cicatrices hipertróficas (9.84%). Es preciso señalar, que la necrosis cutánea fue máximo de 2 centímetros de ancho por 1 centímetro de alto en el área central supra púbica.

La tabla 5, evidencia el resultado de la abdominoplastía, donde se observó que un 96.43% (54 pacientes) el resultado obtenido fue bueno, y solo en 2 pacientes (3.57%), el resultado obtenido fue regular, en ningún caso hubo fracaso de la técnica, con un mal resultado.

De acuerdo al grado de satisfacción de la paciente con respecto a la abdominoplastía (tabla 6), se encontró que 54 pacientes (96.43%) estuvieron satisfecha con la cirugía, y solo en una paciente respectivamente se observó no satisfecha y otra le fue indiferente (1.78%).

TABLA 1.

DISTRIBUCIÓN DE LOS CASOS DE ACUERDO AL GRUPO DE EDADES.

GRUPO DE EDADES	No.	%
30 – 40 años	21	37.50
41 – 50 años	22	39.29
51- 60 años	11	19.64
> 60 años	2	3.57
TOTAL	56	100.00

Fuente: Hoja de Recolección de Datos.
Edad Promedio de la población en estudio $X=42.9\pm 9.3$ años.

TABLA 2.
**DISTRIBUCIÓN DE LOS CASOS DE ACUERDO A LA CLASIFICACIÓN DE LAS
ALTERACIONES ABDOMINALES.**

GRADO	No.	%
Grupo I	0	0.00
Grupo II	0	0.00
Grupo III	22	39.29
Grupo IV	34	60.71
TOTAL	56	100.00

Fuente: Hoja de Recolección de Datos.

TABLA 3.
DISTRIBUCIÓN DE LOS CASOS DE ACUERDO A COMPLICACIONES.

COMPLICACIONES	No.	%
Presentes	46	82.14
Ausentes	10	17.86
TOTAL	56	100.00

Fuente: Hoja de Recolección de Datos.

TABLA 4.
**DISTRIBUCIÓN DE LOS CASOS COMPLICADOS EN RELACIÓN CON EL
DIAGNÓSTICO.**

COMPLICACIONES	No.	%
Seromas	30	49.18
Necrosis Grasa	6	9.84
Necrosis Cutánea	6	9.84
Cicatriz hipertrófica	6	9.84
Cicatrices pigmentadas	4	6.56
Exceso de piel	3	4.92
Dehiscencia de herida	2	3.28
Discromías en flancos	2	3.28
Asimetría de cicatriz	1	1.63
Infección de la herida	1	1.63
TOTAL		100.00

Fuente: Hoja de Recolección de datos.

TABLA 5.
RESULTADO DE LA ABDOMINOPLASTÍA.

RESULTADO	No.	%
Bueno	54	96.43
Regular	2	3.57
TOTAL	56	100.00

Fuente: Hoja de Recolección de Datos.

TABLA 6.
GRADO DE SATISFACCIÓN DE LA PACIENTE.

GRADO DE SATISFACCIÓN	No.	%
Satisfecha	54	96.43
No Satisfecha	1	1.78
Indiferente	1	1.78
TOTAL	56	100.00

Fuente: Hoja de Recolección de Datos.

DISCUSIÓN.

La cirugía estética del abdomen o abdominoplastía, es un procedimiento frecuentemente realizado por los cirujanos plásticos en todo el mundo y consiste en retirar grasa y piel del abdomen, tensionar los músculos y estirar la piel para dar un nuevo aspecto al contorno abdominal en aquellas personas que presentan flacidez, estrías y depósitos de grasa indeseables en la parte anterior e inferior del abdomen, como el que queda después de los embarazos o después de perder peso^{10,15}.

En ese sentido, la abdominoplastía juega un papel fundamental en la corrección de las deformidades estéticas, funcionales y psicológicas de estos pacientes, por lo que la cirugía plástica va a aportar una importante mejora en la calidad de vida y autoestima del paciente¹. Motivos por los cuales se realizó la presente investigación para evaluar la eficacia clínica y la seguridad de la abdominoplastía, utilizando la técnica convencional que consiste en dermolipectomía abdominal con tratamiento de músculo más liposucción estándar tumescente de flancos, en el Hospital General de México.

Los resultados arrojaron que el promedio de edad que solicitaron realizarse la abdominoplastía fue de 42.9 años. Estos resultados son similares a lo reportado por Moya y cols. (2004)⁴, el cuál señala, que el haber encontrado un mayor número de pacientes en el grupo de 35-44 años seguido del grupo de 25-34 años, se debe precisamente, que entre estas edades se hace más evidente la concurrencia de factores como la obesidad y el sedentarismo, unidos a embarazos y partos sucesivos, muchas veces junto a intentos fallidos o no para adelgazar, lo que provoca debilidad en las diferentes estructuras de la pared abdominal, atenta contra la armonía del contorno corporal²². Así mismo, Modolin y cols (2003)³² encontraron un promedio de edad de 39.5 años en mujeres que solicitaron realizarse la abdominoplastía.

Con respecto, a la clasificación de las alteraciones abdominales, hubo un predominio en el grupo IV de la clasificación de Matarasso, seguido del grupo III, de forma similar a lo reportado por Moya y cols (2004)⁴, así como también Escobar y cols

(2007)²⁷, donde el abdomen flácido constituyó el diagnóstico más frecuente de las deformidades abdominales en la población latina.

En relación a las complicaciones se observó que la mayoría de las mujeres evaluadas las presentaron, a pesar del refinamiento de las técnicas quirúrgicas por alcanzar cada vez mejores resultados en el modelado del contorno corporal, la abdominoplastía como todo tratamiento quirúrgico no está exenta de éstas. Se encontró que los seromas, la necrosis cutánea, necrosis grasa y cicatrices hipertróficas, fueron las complicaciones que predominaron, similar a los resultados encontrados en la población latina y en el resto del mundo, por Moya y cols (2004)⁴, Modolin y cols (2003)³² y Manassa y cols (2003)³³. Aunque la presencia de estas complicaciones no fue significativo para el resultado óptimo final.

Del mismo modo, el proceder fue evaluado de bueno en la mayoría de las pacientes, teniendo en cuenta el resultado estético final y el grado de satisfacción de éstas, el cuál fue positivo, estos resultados fueron similares a los reportado por Moya y cols (2004)⁴, Modolin y cols (2003)³² y Castillo y cols (2006)¹⁷. Por lo tanto, se demostró que en una cirugía plástica de abdomen con técnicas convencionales se obtienen resultados satisfactorios, permitiendo al paciente una alternativa de forma segura y eficaz para corregir los defectos estéticos de la pared abdominal, por lo que este procedimiento sigue siendo el estándar de oro para la corrección de estas alteraciones.

CONCLUSIONES.

Con base a los resultados obtenidos de la presente investigación se puede concluir:

- El grupo de edad que predominó para la realización de la dermolipectomía abdominal fue entre 41-50 años.
- La ritidosis abdominal grado IV fue la alteración que predominó.
- La mayoría de las mujeres presentaron complicaciones menores, siendo los seromas los más frecuentes.
- El resultado estético final del proceder fue evaluado de bueno.
- El grado de satisfacción de las pacientes con respecto a la dermolipectomía abdominal que predominó, fue satisfactoria.

RECOMENDACIONES.

Los hallazgos encontrados en la presente investigación sugieren realizar las siguientes recomendaciones:

- a) La abdominoplastía utilizando la técnica ya descrita es una técnica segura, que ofrece resultados satisfactorios, permitiendo al paciente una alternativa de forma segura y eficaz para corregir los defectos estéticos de la pared abdominal en un solo tiempo.

- b) Diseñar un instrumento metodológico estandarizado para evaluar su sensibilidad, especificidad y establecer el valor predictivo en relación a los beneficios de la abdominoplastía para el paciente como para el médico tratante.

BIBLIOGRAFÍA.

1. Ribeiro M, Bolivai M, Novaes M, Pazetti D, Lopes M, Roja D. Lipoabdominoplasty with selective and safe undermining. *Aesthetic Plast Surg* (12 nov.) 2003.
2. Moretti E, Gomez F, Monti J, Vasquez G. Investigacion de seromas postliposucción y dermolipectomia abdominal. *Cir. Plast. Iberlatiname.* 2006;32(3):76-96.
3. Akbas H, Guneren E, Eroglu L, Uysal O. Natural looking umbilicus as an important part of abdominoplasty. *Aesthetic Plast Surg* 2003;27(2):139-142.
4. Moya E, Gazmuri O, Cebrian M, Guedes M, Barrera O. Dermolipectomia abdominal. Analisis de 130 pacientes.
5. Fuenmayor R. Tratamiento del paciente obeso. *Eval Clín.* 2004; 69:587-590.
6. Talisman R, Kaplan B, Haik J, Aronov S, Shraga A, Orestein A. Measuring alteration in intra-abdominal pressure during abdominoplasty as a predictive value for possible post operati complications. *Aesthetic Plast Surg* 2002;26(3):189-92.
7. Avelar J. Abdominoplasty: A new technique without undermining and fat layer removal. *Arquivo Catarinense de Medicina.* 2000; 29: 147-9.
8. Racette S, Dusinger S, Deusinger R. Obesity: Overview of prevalence, etiology and treatment. *Phys Ther* 2003;83:276-88.
9. Aranceta J. Prevalencia de obesidad en España: resultados del estudio SEEDO 2000. *Med Clin (Barc)* 2000; 115: 587-597.
10. Saldanha O, De Souza E. "Lipoabdominoplasty with selective and safe undermining". *Aesth. Plast. Surg.* 2003;27(4):322.
11. Ramirez O. Abdominoplasty and Abdominal Wall Rehabilitation: A Comprehensive Approach. *Plast Reconstr Surg* 2000; 105: 425-35.
12. Van J, Werker P. Complications of abdominoplasty in 86 patients". *Plast. Reconstr. Surg.* 2001; 108(2):550.
13. González U. Deformaciones abdominales: técnica integral de tratamiento. En: Coiffman F. *Cirugía plástica, reconstructiva y estética.* Segunda edición. Barcelona: Editorial Científico-Técnica; 1999. p. 3096-3105.
14. Rodríguez L. Obesidad: fisiología, etiopatogenia y fisiopatología. *Revista Cubana Endocrinología.* 2003 may-ago; 2(14).

15. Yasbeck R, López S. Cambios en la presión intrabdominal en la función respiratoria post-abdominoplastia". *Cir. Plástica*. 2003;13 (2):56.
16. Carreirao S, Pitanguy I, Correa W, Caldeira A. Abdominoplastia vertical. Una técnica a ser recordada. *Rev Bras Cir*. 2003; 73 (3): 184-94.
17. Castillo P, Tyrncoso A, Villaman J, Prado A. Reinserción umbilical en abdominoplastia. Técnica en Y con colgajos desepidermizados. *Rev. Chilena de Cirugía*. 2006;58(3):231-234.
18. Nahas F. An aesthetic classification of the abdomen based on the myoaponeurotic layer. *Plast Reconstr Surg*. 2001;108: 1787-95.
19. Santanelli F, Mazzocchi M, Renzil L, Cigna E. Reconstruction of natural-looking umbilicus. *Scand J Plast Reconstr Surg Hand Surg* 2002;36(3):183-5.
20. Dabb R, Hall W, Baroody M, Saba A. Circunferencial suction lipectomy of the trunk with anterior rectus fascia plication through a periumbilical incision: an alternative to conventional abdominoplasty. *Plas Reconstr Surg* 2004;113(2):727-32.
21. Wallach S. Maximizing the use of the abdominoplasty incision. *Plast Reconstr Surg* 2004; 113(1):411-7.
22. Tercan M, Bekerecioglu M. Effects of abdominoplasty on respiratory functions: a prospective study". *Ann. Plast. Surg*. 2002;49(6):617.
23. Sánchez A . Vientre péndulo y globuloso. Estudio de 50 casos. *Rev Cubana Cir*. 2007;16(1):31-4.
24. Modolin M, Cintra W, Gobbi C, Ferreira M. Circunferencial abdominoplasty for sequential treatment after morbid obesity. *Obes Surg* 2003;13(1):95-100.
25. Seung-Jun O, Thaller S. Refinements in abdominoplasty. *Clin Plast Surg* 2002; 29(1):95-109.
26. Kargi E, Akcluman D, Dokuzoguz B, Ozkocak I, Tuncel A, Deren O, et al. Lat complication of abdominoplasty in an obese patient: systemic inflammatory response syndrome and seroma. *Plast Reconstr Surg* 2003;111(4):1568-71.
27. Escobar B, Guerra D, Manzano R. Cambios respiratorios post-abdominoplastia. *Cir. Plas. Iberolatinoam*. 2007;33(1):69-72.
28. Lee M, Mustoe T. Simplified Technique for Creating a Youthful Umbilicus in Abdominoplasty. *Plast Reconstr Surg* 2002; 109: 2136-40.
29. World Health Organization Obesity and overweight. Tomado de:

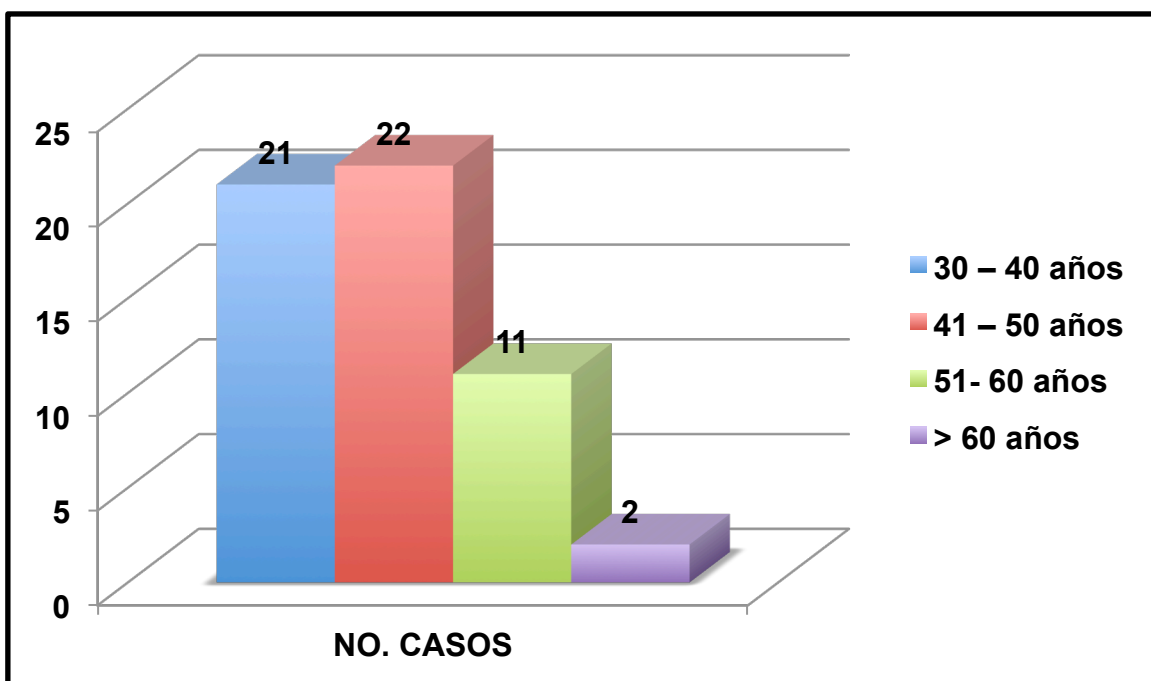
<http://www.who.int/dietphysicalactivity/publications/facts/obesity/en/print.html> Fecha de acceso 13/02/2014.

30. Sociedad Española para el Estudio de la Obesidad. Consenso SEEDO'2000 para la evaluación del sobrepeso y la obesidad y el establecimiento de criterios de intervención terapéutica. *Med Clin (Barc)* 2000; 115: 587-597.
31. Organización Panamericana de la Salud y Organización Mundial de la Salud. Régimen Alimentario, Nutrición y Actividad Física. 132.a Sesión del Comité Ejecutivo; 2003 Jun 23-27; Washington: 2003.
32. Modolin M, Cintra W, Gobbi C, Ferreira M. (2003). Circunferential abdominoplasty for sequential treatment alter morbid obesity. *Obes Surg*; 13(1):95-100.
33. Manassa E, Hert C, Olbristh R, (2003). Wound Ealing problems in smokers and nonsmokers alter 132 abdominoplasties. *Plast Reconstr Surg*, 111(1):398-413.
34. Rees Latrenta, *Aesthetic Plastic Surgery*, volume II, chapter 38.
35. Bahman Guyuron, *Plastic Surgery: indications, operations and outcomes*, volumen 5.
36. Abramo AC: The H approach to abdominal muscle aponeurosis for the improvement of body contour, *Plastic Reconstructive surgery* 86: 1008, 1990.
37. Baroudi R, Ferreira CAB: Contouring the hip and the abdomen. *Clin Plast Surg* 23:551-573, 1996
38. Cooper S: Personal communication regarding treatment of chronic seromas, 1995.
39. De Souza Pinto EB, Erazo Indaburu P, Da Costa Muinz A, et al.: Superficial liposuction: Body contouring. *Clin Plast Surg* 23:529-549, 1996
40. Dillerud E: Abdominoplasty combined with suction lipectomy: a study of complications, revisions and risk factors in 487 cases, *Ann Plast Surg* 25: 335, 1990.
41. Dillerud E: Abdominoplasty combined with liposuction, *Ann Plast Surg* 27: 182, 1991.
42. Eaves FF III, Nahai F, Bostwick J III: Endoscopic abdominoplasty and endoscopically assisted miniabdominoplasty. *Clin Plast Surg* 23:599-617, 1996
43. Floros C: Complications and long term results following abdominoplasty: a retrospective study, *Br J Plast Surg* 44:190-194, 1991.

44. Fredricks S: Analysis and introduction of a technology: Ultrasound assisted lipoplasty task force. Clin Plast Surg 26:187-204, 1999
45. Gemperli R: Abdominoplasty combined with other intra-abdominal procedures, Ann Plast Surg 29:18, 1992.
46. Illouz YG: A new safe and aesthetic approach to suction abdominoplasty, Aesthetic Plast Surg 16: 3, 1992.
47. Janevicius R: What's global in abdominoplasty? Plast Surg News, July 1997.
48. Lockwood T: The role of excisional lifting in body contour surgery. Clin Plast Surg 23:695-712, 1996
49. Matarasso A: Abdominoplasty: a system of classification and treatment for combined abdominoplasty and suction-assisted lipectomy, Aesthetic Plastic Surgery 15: 11-121, 1991.
50. Matarasso A: Minimal access variations in abdominoplasty, Ann Plast Surg 34: 255, 1995.
51. Matarasso A: Awareness and avoidance of abdominoplasty complications, Aesthetic Plastic Surgery 17:256-261, 1997.
52. Rohrich RJ, Raniere J Jr, Beran SJ: Patient evaluation and indications for ultrasound assisted lipoplasty. Clin Plast Surg 26:269-278, 1999.
53. Rohrich RJ: Extending the role of liposuction in body contouring with ultrasound assisted liposuction, Plast Reconst Surg 101: 1090-1102, 1998

ANEXOS.

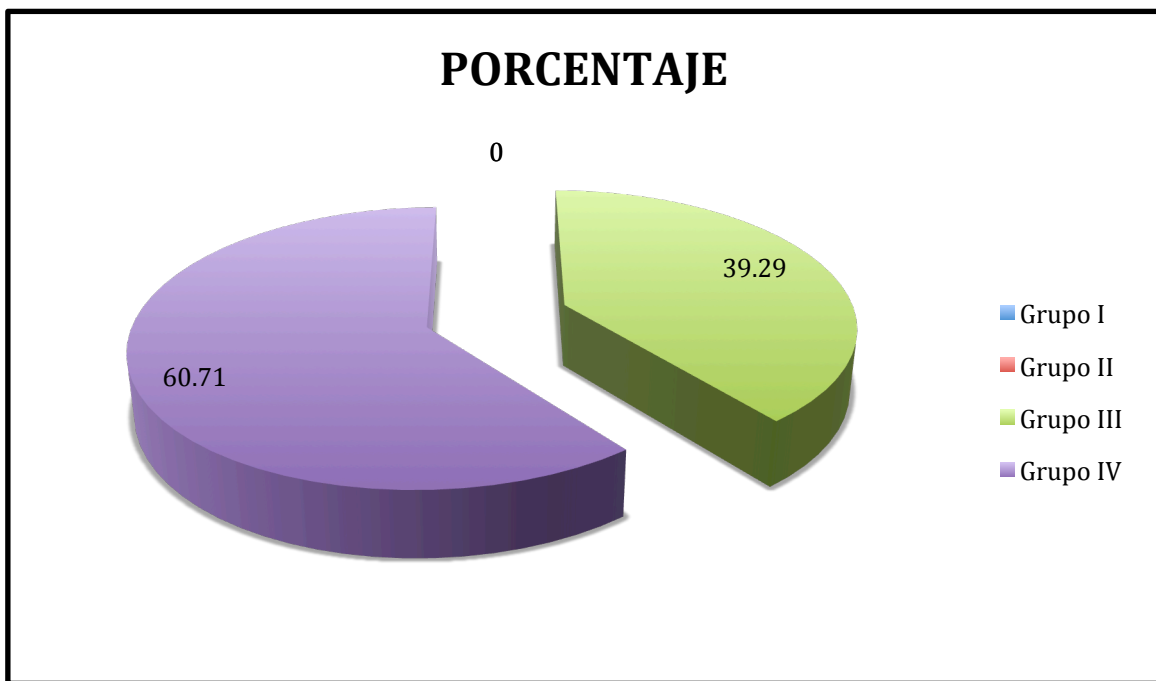
FIGURA 1.
DISTRIBUCIÓN DE LOS CASOS DE ACUERDO AL GRUPO DE EDADES.



Fuente: Hoja de Recolección de Datos.

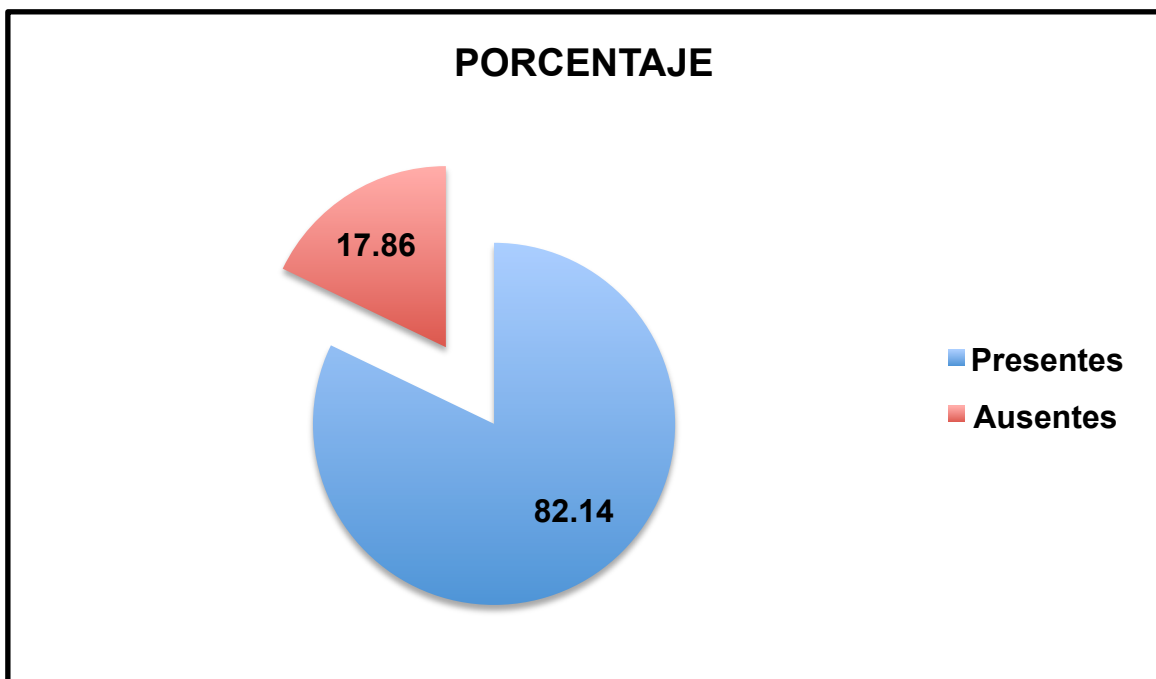
Edad Promedio de la población en estudio $\bar{X}=42,9 \pm 9,3$ años.

FIGURA 2.
**DISTRIBUCIÓN DE LOS CASOS DE ACUERDO A LA CLASIFICACIÓN DE LAS
ALTERACIONES ABDOMINALES.**



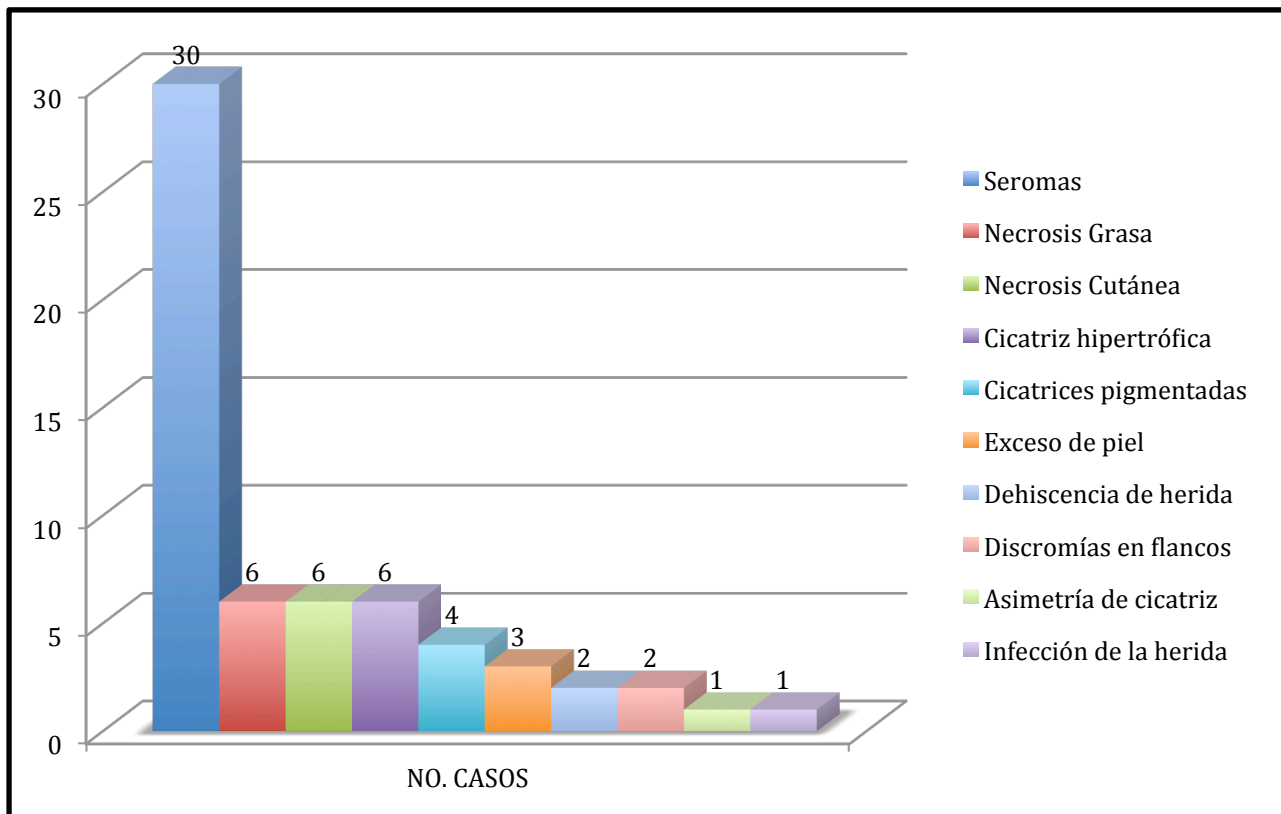
Fuente: Hoja de recolección de datos.

FIGURA 3.
DISTRIBUCIÓN DE LOS CASOS DE ACUERDO A COMPLICACIONES.



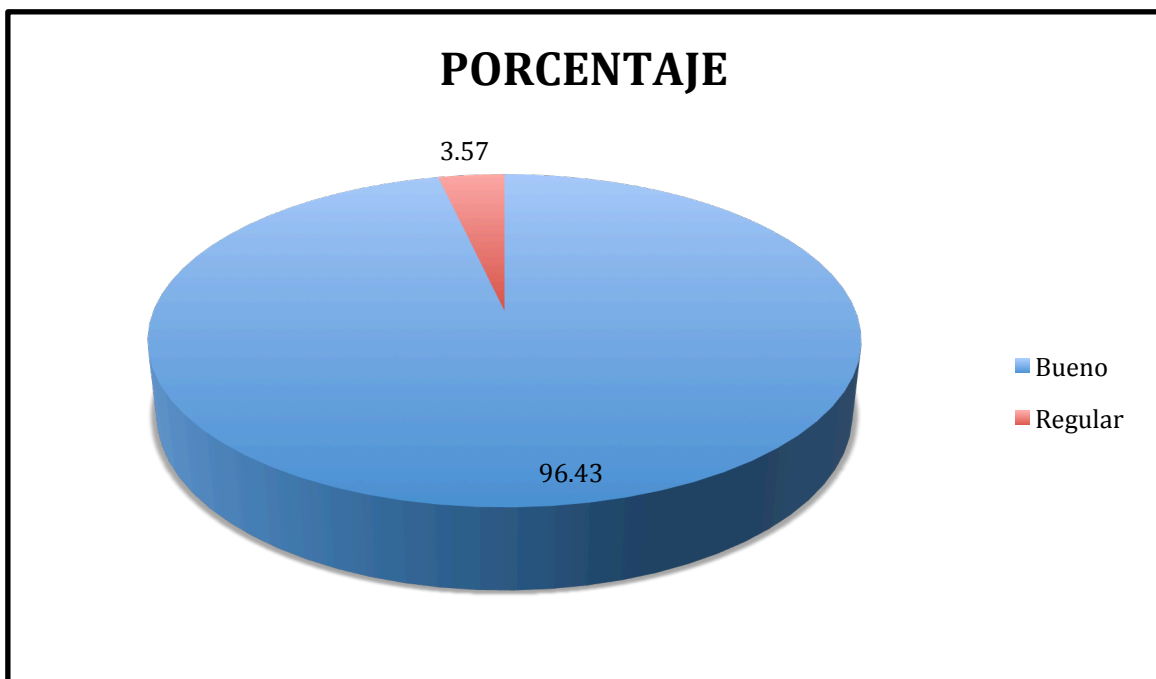
Fuente: Hoja de recolección de datos.

FIGURA 4.
DISTRIBUCIÓN DE LOS CASOS COMPLICADOS EN RELACIÓN CON EL DIAGNÓSTICO.



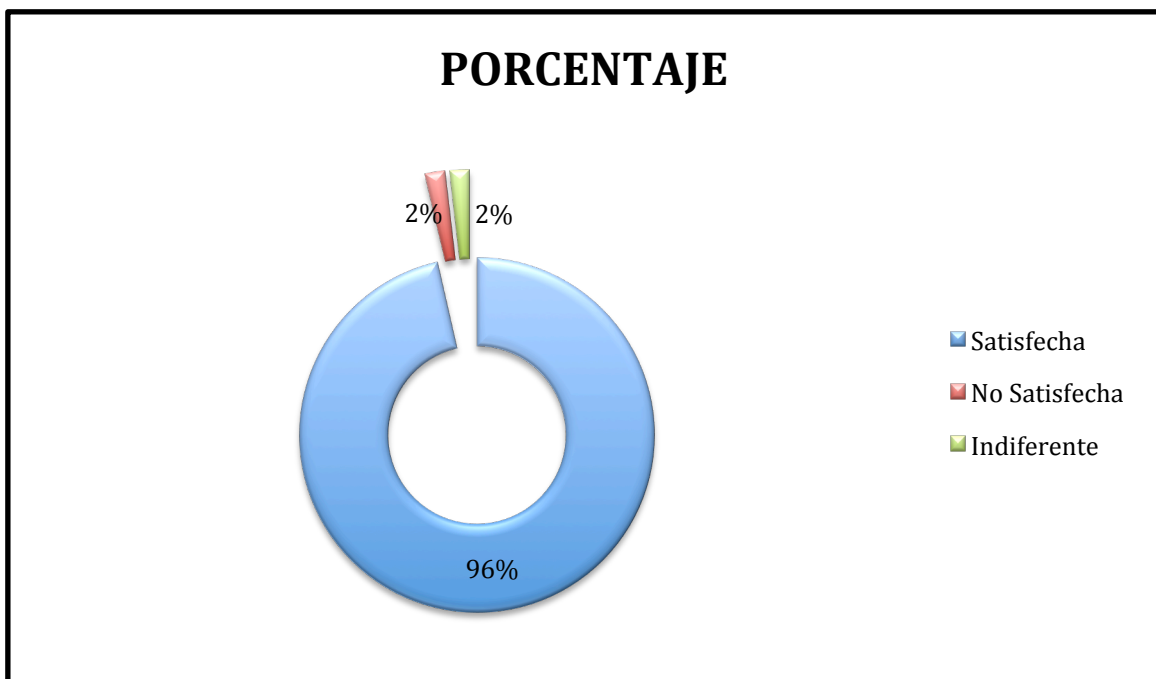
Fuente: Hoja de Recolección de Datos.

**FIGURA 5.
RESULTADO DE LA ABDOMINOPLASTÍA.**



Fuente: Hoja de Recolección de Datos.

FIGURA 6.
GRADO DE SATISFACCIÓN DE LA PACIENTE.



Fuente: Hoja de Recolección de Datos.

INSTRUMENTO DE RECOLECCIÓN DE DATOS PARA EL ESTUDIO.

Paciente No.: _____.

No. de Expediente: _____.

Edad: _____ años.

Fecha de la intervención: ____/____/____.

Valoración Preoperatoria: Si () No ().

Complicaciones:

- Dehiscencia de herida ()
- Seromas ()
- Hematomas ()
- Necrosis cutánea ()
- Necrosis grasa ()
- Sangrado ()
- Infección ()
- Tromboembolia pulmonar ()
- Cicatriz hipertrófica ()
- Otras ()
- Especifique: _____.

Resultados de la Abdominoplastía:

- Bueno ()
- Regular ()
- Malo ()

Grado de satisfacción de la paciente:

- Satisfecha ()
- No satisfecha ()
- Indiferente ()