



11211 10 2e
UNIVERSIDAD NACIONAL AUTONOMA DE MEXICO

FACULTAD DE MEDICINA

DIVISION DE ESTUDIOS DE POSTGRADO

**INSTITUTO MEXICANO DEL SEGURO SOCIAL
HOSPITAL DE ESPECIALIDADES C. M. LA RAZA**

**"ABDOMINOPLASTIA: LIPECTOMIA
DEL COLGAJO"**

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

**QUE PARA OBTENER EL TITULO DE
ESPECIALISTA EN**

CIRUGIA PLASTICA Y RECONSTRUCTIVA

PRESENTA EL

DR. ANGEL RICARDO CORZO SOSA



MEXICO D. F.

FEBRERO DE 1991

FALLA DE ORIGEN



UNAM – Dirección General de Bibliotecas Tesis Digitales Restricciones de uso

DERECHOS RESERVADOS © PROHIBIDA SU REPRODUCCIÓN TOTAL O PARCIAL

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

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

I N D I C E

	Página
INTRODUCCION	1
OBJETIVOS	7
MATERIAL Y METODOS	8
TECNICA QUIRURGICA	8
RESULTADOS	10
CASOS CLINICOS	11
CONCLUSIONES	13
BIBLIOGRAFIA	16

INTRODUCCION

La abdominoplastia es un procedimiento que implica el manejo integral de las diferentes capas y estructuras que conforman la pared abdominal anterior. Uno de los propósitos al realizar una abdominoplastia es mejorar el contorno abdominal, para lo que se han ideado infinidad de técnicas quirúrgicas, enfocadas fundamentalmente al manejo del sistema musculo-aponeurótico como proponen Appiani (1), Pitanguy (11), Grazer (5), Baroudi (3) y otros, sin considerar la importancia del tejido graso de la pared abdominal.

Existen dos tipos de grasa subcutánea en la pared abdominal: una superficial o areolar y otra profunda o lamelar, entre las cuales hay diferencias embriológicas, anatómicas, histológicas, bioquímicas y metabólicas. El compartimento superficial de grasa se encuentra en casi todo el cuerpo, esta contenida en la fascia de Camper, sus lóbulos se encuentran orientados verticalmente, contiene grasa metabólicamente activa, almacena lípidos vía hipertrofia de los adipocitos, responde fácilmente a la pérdida de peso y es nutrido por un doble sistema, el superficial y las perforantes musculo-cutáneas (2, 8 y 10) (cuadro #1).

TEJIDO GRASO DE LA PARED ABDOMINAL				
COMPARTIMENTO	FASCIA	LOBULOS	METABOLISMO	IRRIGACION
SUPERFICIAL	CAMPER	ORIENTADOS VERTICALMENTE (AREOLAR)	ACTIVO HIPERTROFIA	SIST SUPERFICIAL PERFORANTES M.C
F A S C I A S U P E R F I C I A L				
PROFUNDO	SCARPA	ORIENTADOS HORIZONTALMENTE (LAMELAR)	INACTIVO (HIPERPLASIA)	PERFORANTES M.C
F A S C I A P R O F U N D A				

Cuadro # 1

El compartimento graso profundo abdominal se encuentra sólo en ciertas regiones del cuerpo, entre las que - destaca el abdomen; se encuentra contenido en la fascia de Scarpa, sus lóbulos se disponen horizontalmente, contiene grasa bloqueada de reserva la cual es fácil de ganar y difícil de perder (grasa dieto-resistente), almacena grasa vía hiperplasia de adipocitos, su origen es probablemente genético y se encuentra irrigado por las perforantes musculo-cutáneas; la fascia superficial separa a los dos compartimentos (2, 8 y 10) (fig. #1 y cuadro #1).

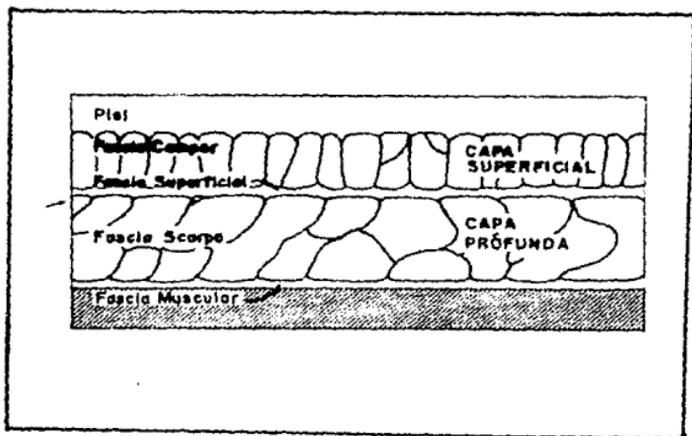


Fig. #1: Tejido graso de la Pared Abdominal

La forma y extensión de los compartimentos grasos abdominales es variable y depende principalmente de la cantidad de lípidos almacenados vía hipertrofia e hiperplasia de los adipocitos; en una mujer normal (sin obesidad), los compartimentos se encuentran distribuidos como se muestra en la figura #2 (9).

Los adipocitos poseen dos diferentes receptores químicos a las catecolaminas. Los receptores B-1 son lipolíticos y secretan lipasa; esta lipoproteína es capaz de transformar los triglicéridos contenidos en las vacuolas de los adipocitos en glicerol y ácidos grasos; estos abandonan la célula, pasan a la circulación general y son metabolizados.

Los receptores Alfa-2 bloquean la lipólisis y son estimulados por las mismas catecolaminas; son antagonistas directos de los receptores B-1. Los receptores Alfa-2 son particularmente numerosos y activos en ciertas regiones bien localizadas, como lo son los compartimentos grasos profundos. Esto explica el porqué existe una resistencia especial a la pérdida de peso en los compartimentos compuestos esencialmente de grasa bloqueada. Las catecolaminas inducen catabolismo de la grasa metabólicamente activa, al mismo tiempo que bloquean la degradación de la grasa de reserva (8).

La pared abdominal se encuentra irrigada por las siguientes arterias: perforantes intercostales, perforantes de la epigástrica superior, epigástrica superior superficial, circunfleja ilíaca profunda, epigástrica inferior superficial, epigástrica inferior profunda, circunfleja ilíaca superficial y pudenda externa superficial (fig. #4) (13).

Cuando se realiza una abdominoplastia se interrumpen varios de los sistemas arteriales mencionados, quedando el colgajo dermograso irrigado por las perforantes intercostales, perforantes lumbares altas y, en ocasiones, también contribuye la arteria epigástrica superior superficial (7).

El compartimento superficial es el responsable de la vascularización terminal de la piel (2).

El contorno abdominal superficial se encuentra definido por una serie de sombras y reflejos luminosos que resultan - del sistema musculo-aponeurótico subyacente. En una publicación reciente, Bozola y Psillakis (4) describen precisamente el contorno abdominal de la siguiente manera:

Una sombra en la línea media, desde xifoides hasta el ombligo; dos reflejos luminosos que resultan de la proyección de los músculos rectos anteriores; dos sombras semilunares en forma de Lira que resultan del entrecruzamiento de las aponeurosis y, finalmente, una sombra umbilical (Fig. 3)

Cuando los compartimentos grasos se encuentran excesivamente gruesos no permiten definir en la superficie abdominal las características del sistema musculo-aponeurótico subyacente, por tal motivo, algunos autores han intentado definir el contorno abdominal mediante desgrasamientos localizados en el colgajo abdominal. Sin embargo, los resultados - han sido parciales, ya que se mejora únicamente la región - que fué manejada.

Así tenemos que, Ricardo Baroudi (3) en 1974 refiere un desgrasamiento limitado al borde libre del colgajo con la intención de evitar pliegues cutáneos en la línea de sutura. Cuatro años más tarde, Jackson (9) desgrasa el monte de Ve nus para obtener una línea de sutura plana.

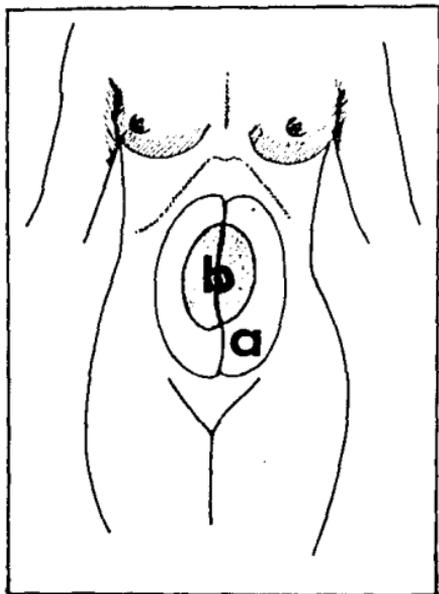


Fig. #2: Compartimentos grasos de la pared abdominal.
a) superficial; b) profundo



Fig. #3: Contorno Abdominal;
1.- Sombra línea media; 2.- reflejos de rectos; 3.- semilunares

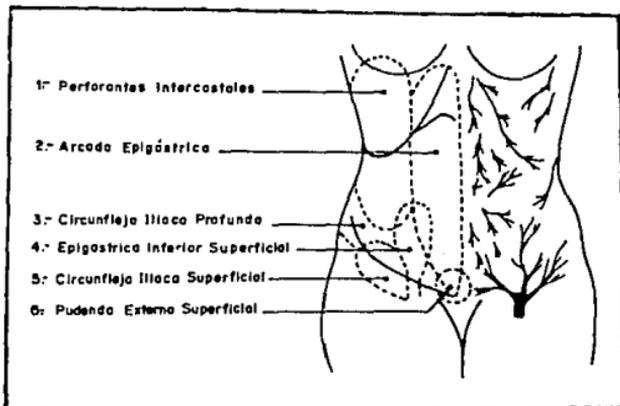


Fig.#4: Vascularidad de pared abdominal

Farid Hakme (6) en 1983 reporta un desgrasamiento - parcial peri y supraumbilical. En 1988 Bozola y Psillakis refieren un desgrasamiento amplio del colgajo abdominal, - sin embargo, en su publicación los autores no lo recomien-- dan, ya que consideran que aumenta el riesgo de necrosis en el colgajo.

Es importante señalar que ninguno de los autores antes mencionados hace referencia a los compartimentos grasos superficial y profundo del colgajo abdominal, ni especifican si en sus desgrasamientos manejan alguno de ellos o ambos.

OBJETIVOS

- 1.- Mejorar el contorno abdominal mediante lipectomía del - compartimento graso profundo de la pared abdominal.
- 2.- Eliminar en forma total la grasa dieto-resistente de la pared abdominal y
- 3.- Evitar irregularidades en la línea de sutura por dife-- rencias en grosor.

MATERIAL Y METODOS

El presente trabajo se llevó a cabo en el Hospital de Especialidades del Centro Médico "La Raza" IMSS, en un período de tiempo comprendido entre julio a diciembre de 1990. Se incluyeron un total de 10 pacientes femeninos, con edades comprendidas entre los 23 y 38 años, con promedio de 28 años. Seis de nuestras pacientes se clasificaron como tipo IV según la publicación de Bozola y Psillakis (4) y las restantes como tipo V. Por lo anterior, se decidió realizar Abdominoplastia con manejo del sistema musculo-aponeurótico más lipectomía del compartimento graso profundo abdominal.

TECNICA QUIRURGICA

Una vez realizado el abordaje mediante la técnica descrita por Planas (12) y ya con el colgajo despegado de la aponeurosis subyacente, se procede a localizar la Fascia Superficial en el borde libre del colgajo abdominal (fig. #5). Se inicia la lipectomía del compartimento graso profundo abdominal inmediatamente por debajo de dicha fascia, la que es cuidadosamente conservada.



Fig. #5: Se inicia la disección del compartimento graso profundo Abdominal



Fig. #6: Compartimento profundo completamente diseccionado



Fig. #7: Arriba: Lipectomía del compartimento graso profundo. Abajo: Dermo lipectomía infraumbilical

La disección se realiza en dirección a los márgenes - costales y apéndice xifoides (fig. #6), completándose donde el compartimento profundo finaliza. El tejido disecado se reseca, así como el excedente dermograso infraumbilical (fig. #7). Se completa la Abdominoplastia con plicatura del sistema musculo-aponeurótico y Umbilicoplastia.

RESULTADOS

Los resultados fueron evaluados en base a los siguientes parámetros:

- 1.- Contorno abdominal, mediante la comparación fotográfica preoperatoria y postoperatoria.
- 2.- Complicaciones.
- 3.- Grado de satisfacción de la paciente.

Se consideró un buen resultado en aquellas pacientes que mejoraron su contorno abdominal, no presentaron complicaciones y manifestaron un alto grado de satisfacción con el procedimiento. En esta categoría se incluyeron a siete de las pacientes (70%).

Dos de nuestras pacientes presentaron seromas (20%), que ameritaron drenaje mediante punción percutánea, sin dejar secuelas en el contorno abdominal. Por último, una paciente presentó irregularidad en el contorno abdominal a nivel de hipocondrio izquierdo.

CASOS CLINICOS

- #1.- Femenino de 23 años de edad que presenta deformidad abdominal postquirúrgica, pobre definición del contorno abdominal, exceso de tejido graso y flaccidez del sistema musculo-aponeurótico, clasificada como tipo IV de Bozola. Se muestra el aspecto preoperatorio (Fig. #8) Se le realizó Abdominoplastia con reconstrucción umbilical, plicatura del sistema musculo-aponeurótico y lipectomía del compartimento graso profundo. Nótese la mejoría en el contorno abdominal (Fig. # 9 y 10).
- #2.- Femenino de 26 años de edad, portadora de Síndrome de Sheehan, con secuelas de infección y dehiscencia a nivel de la herida por Cesárea. Presenta además exceso moderado de tejido graso, flaccidez del sistema musculoaponeurótico y pérdida del contorno abdominal (Fig.- #11 y 12).



Fig. #8: Caso clínico #1: Aspecto preoperatorio



Fig. #9: Caso clínico #1
Aspecto postoperatorio



Fig. #10: Caso clínico #1
Aspecto postoperatorio

Se le realizó Abdominoplastia con reparación del sistema musculo-aponeurótico y lipectomía del compartimento graso profundo abdominal. La mejoría obtenida es notoria (Fig. # 13, 14, 15 y 16).

CONCLUSIONES

El procedimiento descrito mejora notablemente el contorno abdominal en apoyo al manejo del sistema musculo-aponeurótico, ya que un colgajo abdominal adelgazado permite revelar en la superficie las prominencias y depresiones que han sido reconstruidas. Se trata de una lipectomía del compartimento graso profundo abdominal, la que se realiza inmediatamente por debajo de la fascia superficial, lo que permite mantener la irrigación principal al colgajo de una Abdominoplastia, evitándose así el riesgo de necrosis.

La morbilidad se mantuvo similar a los reportes previos. La pérdida hemática con este procedimiento es mínima, ya que el compartimento resecaado recibe su aporte sanguíneo de perforantes musculo-cutáneas que fueron cauterizadas durante el despegamiento del colgajo. Consideramos que de esta manera es posible resecar en su totalidad el compartimento graso profundo abdominal, con lo que se elimina la grasa dieto-resistente.

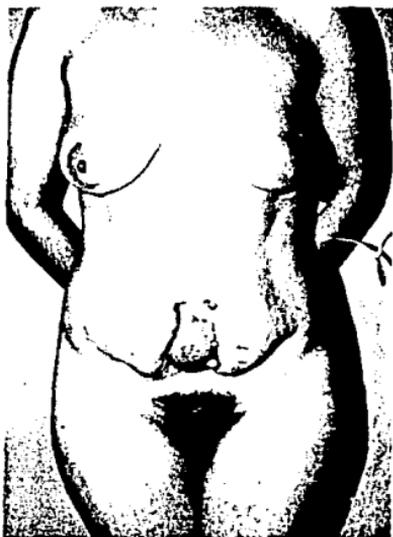


Fig. #11: Caso Clínico #2
Aspecto preoperatorio



Fig. #12: Caso clínico #2
Aspecto preoperatorio

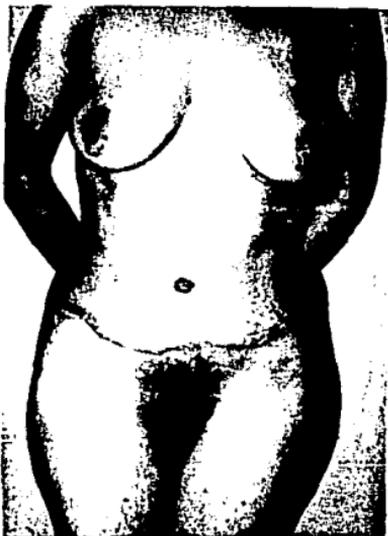


Fig. #13: Caso clínico #2
Aspecto postoperatorio



Fig. #14: Caso clínico #2
Aspecto postoperatorio



Fig. # 15: Caso Clínico #2
Aspecto postoperatorio



Fig. # 16: Caso Clínico #2
Aspecto postoperatorio

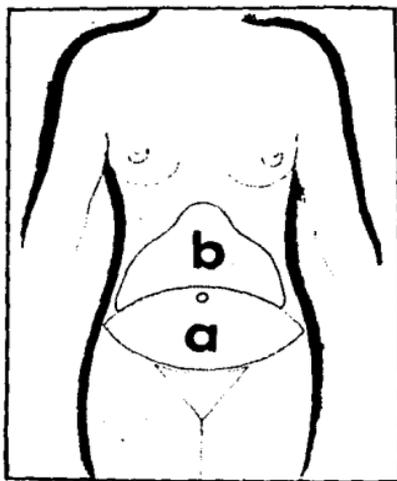


Fig. #17: a) Dermalipectomía
b) Lipectomía del Colgajo

BIBLIOGRAFIA

- 1.- Appiani E.
Muscular Plastic for Aesthetic Conformation of Abdominal Girdle
Annals of Plastic Surgery 13:97 1984
- 2.- Avelar J.
Regional Distribution and Behavior of Subcutaneous Tissue
Concerning Selection and Indication for Liposuction
Aesth Plast Surg 13:155 1989
- 3.- Baroudi R.; Kepple E.M.; Netto F.T.
Abdominoplasty
Plast Reconst Surg 54:161 1974
- 4.- Bozola A.R.; Psillakis J.M.
Abdominoplasty: A New Concept and Classification for Treatment
Plast Reconst Surg 82:983 1988
- 5.- Grazer F.M.
Abdominoplasty
Plast Reconst Surg 51:617 1973
- 6.- Hakme F.
Abdominoplasty: Peri and Supra-umbilical Lipectomy
Aesth Plast Surg 7:213 1983
- 7.- Huger W.E. Jr.
The Anatomic Rationale for Abdominal Lipectomy
Am Surg 45:612 1979
- 8.- Iilouz Y.G.
Study of Subcutaneous Fat
Aesth Plast Surg 14:165 1990
- 9.- Jackson I.T.; Downie P.A.
Abdominoplasty -The Waistline Stitch and Other Refinements-
Plast Reconst Surg 61:180 1978
- 10.- Markman B.
Anatomy and Physiology of Adipose Tissue
Clin Plast Surg 16:235 1989
- 11.- Pitanguy I.
Abdominal Lipectomy: An Approach to it through an Analysis of
300 Consecutive Cases
Plast Reconst Surg 40:384 1967
- 12.- Planas J.
The "Vest Over Pants" Abdominoplasty
Plast Reconst Surg 61:694 1978
- 13.- Vogt P.A.
Abdominal Lipoplasty Technique
Clin Plast Surg 16:279 1989