

11211
//



UNIVERSIDAD NACIONAL AUTÓNOMA DE MÉXICO

FACULTAD DE MEDICINA
DIVISIÓN DE ESTUDIOS DE POSTGRADO
SECRETARÍA DE SALUD
HOSPITAL CENTRAL CRUZ ROJA MEXICANA
"GUILLERMO BARROSO CORICHI"

"ABDOMINOPLASTIA
CON TÉCNICA MODIFICADA
PARA CONTORNO DE CADERA."

TESIS DE POSTGRADO

PARA OBTENER EL TÍTULO EN LA
SUBESPECIALIDAD DE:

CIRUGÍA PLÁSTICA, ESTÉTICA
Y RECONSTRUCTIVA

PRESENTA:

DR. ARMANDO CASTAÑÓN GOVEA



TESIS CON
FALLA DE ORIGEN

MÉXICO, D.F. FEBRERO 2002



Universidad Nacional
Autónoma de México



UNAM – Dirección General de Bibliotecas
Tesis Digitales
Restricciones de uso

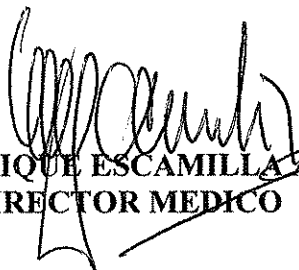
DERECHOS RESERVADOS ©
PROHIBIDA SU REPRODUCCIÓN TOTAL O PARCIAL

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.

HOSPITAL CENTAL DE CRUZ ROJA MEXICANA
"GUILLERMO BARROSO CORICHI"

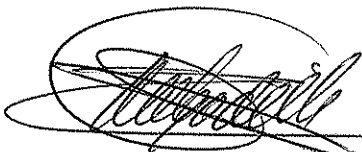
UNIVERSIDAD NACIONAL AUTONOMA DE MEXICO



DR. ENRIQUE ESCAMILLA AGEA
DIRECTOR MEDICO



HOSPITAL CENTRAL
DIRECCION MEDICA



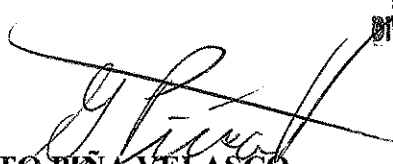
DR. SERGIO DELGADILLO GUTIERREZ
JEFE ENSEÑANZA E INVESTIGACION



HOSPITAL CENTRAL
CATEDRA DE ENSEÑANZA



SUBDIVISION DE ESPECIALIDADES
DIVISION DE ESTUDIOS DE
FACULTAD DE MEDICINA
U. N. A. M.



DR. GILBERTO PIÑA VELASCO
JEFE CIRUGIA PLASTICA RECONSTRUCTIVA
TITULAR DEL CURSO ACADEMICO

TESIS CON
FALLA DE ORIGEN

**HOSPITAL CENTRAL
"GUILLERMO BARROSO CORICHI"
CRUZ ROJA MEXICANA**

UNIVERSIDAD NACIONAL AUTONOMA DE MEXICO



**DR. JOEL ROBLES FLORES
MAESTRO ASESOR DE TESIS**

DEDICATORIA:

DEDICO ESTA TESIS

A MI MADRE, QUE CON SU AMOR Y EJEMPLO DE PERSEVERANCIA, FINALMENTE HOY CULMINO MI FORMACIÓN PROFESIONAL

A MI PADRE, QUE ES MI EJEMPLO DE TENACIDAD

A MIS HERMANOS Y SUS FAMILIAS, QUE PASO A PASO ME DIERON ANIMOS PARA SEGUIR ADELANTE

PERO MUY ESPECIALMENTE

A TI, MI QUERIDA ESPOSA, QUE CON TU AMOR Y PROFESIONALISMO ME APOYASTE, Y FUISTE MI SUSTENTO ESPIRITUAL PARA CONTINUAR EN ESTA FASE DE MI FORMACION, A TI AMADA ALEX; ASI COMO MIS DOS PEQUEÑOS HIJOS, EDWUIN & ETHAN, QUE SACRIFICARON UN POCO DE SU TIEMPO SIN MI COMPAÑÍA PARA QUE YO LOGRARA ESTE SUEÑO

INDICE

| | |
|--|----|
| INTRODUCCION..... | 2 |
| ANTECEDENTES HISTORICOS..... | 4 |
| ASPECTOS MORFOLOGICOS, ANATOMICOS Y ESTRUCTURA DE LA PARED ABDOMINAL..... | 13 |
| ANALISIS DEL PROBLEMA..... | 17 |
| OBJETIVO..... | 18 |
| HIPOTESIS..... | 18 |
| JUSTIFICACION..... | 18 |
| MATERIAL Y METODOS..... | 19 |
| CRITERIOS..... | 22 |
| INCLUSION..... | 22 |
| EXCLUSION..... | 22 |
| DESCRIPCION DE LA TECNICA..... | 22 |
| TABLA DE RESULTADOS..... | 26 |
| CONCLUSIONES..... | 27 |
| BIBLIOGRAFIA..... | 28 |

INTRODUCCION

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

Las plastias abdominales, en la actualidad, esta cada vez mas solicitada, ya que su demanda en sentido psicológico, es legitima y esta bien justificada la mayoría de las veces: en efecto, el abdomen representa, tanto para la mujer como para el hombre y su entorno, en elemento capital de su narcisismo y su noción del esquema corporal, es en este concepto que la pared abdominal por su doble simbolismo (maternidad y erotismo), constituye uno de los elementos mas importantes de la estética humana. Esto explica porque los defectos que afectan a esta región se toleran especialmente mal, sobre todo los relacionados con el embarazo, la sobrecarga adiposa y el envejecimiento sin exceptuar las secuelas cicatrizales de intervenciones quirúrgicas, cuyo resultado, en el peor de los casos son estigmas permanentes.

La acumulación de grasa en la pared abdominal y las caderas es una de las mas frecuentes indicaciones para la dermolipectomía. La abdominoplastia es la corrección quirúrgica del tejido cutáneo y adiposo redundante de la parte inferior del tronco y ha sido muchas veces modificada en los últimos 30 años, sin embargo los principios fundamentales de las intervenciones estándar van encaminadas a unos mismos fines los cuales son: excisión del exceso de tejido cutaneoadiposo, reforzamiento de la pared abdominal en su sistema musculoaponeurótico anterior, corrección de cicatrices abdominales antiestéticas, y, tratamiento de las lipodistrofias en las zonas anatómicas vecinas. Las alteraciones de la pared abdominal pueden

causar trastornos funcionales, además de conferir un desagradable contorno al tronco.

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

Así pues, la "pequeña panza", caracterizada por una ligera sobrecarga de grasa bajo el ombligo, que durante mucho tiempo se consideró un elemento encantador del abdomen femenino, resulta hoy en día desagradable e indeseable.

Durante muchos años, el tratamiento de la pared abdominal con motivos estéticos ha sido unívoco:

Se trataba de la época épica de la cirugía plástica abdominal: la época de la "epopeya", ya que era difícil, dejaba cicatrices importantes y sus indicaciones eran restringidas, existiendo casos que no podían operarse. Los resultados eran con frecuencia decepcionantes para la paciente y tal vez aún más para el Cirujano Plástico. Solía tratarse de una plastia abdominal transversal baja con:

- Transposición de ombligo;

- Cicatriz inferior que, debido a la tensión, tendía a ascender.

Sin embargo, cuando la indicación era adecuada y la técnica correcta, se obtenían resultados satisfactorios. Pero a menudo, al ser imposible tratar el exceso de grasa, el resultado era antiestético, razón por la cual Vilain dijo que convenía utilizar el término "abominoplastia" en vez de abdominoplastia [1]

No obstante, se han logrado progresos determinantes. Tanto con la lipoaspiración así como por la modificación de las técnicas "clásicas", con este avance decisivo y junto a una reducción de la magnitud de la exéresis cutánea, un mejor tratamiento del plano musculoaponeurótico y los progresos técnicos en cuanto al ombligo, permitieron que la cirugía plástica del abdomen entrara en la era de la "conquista".

Sus indicaciones y objetivos pudieron entonces ampliarse. Su objetivo ya no es únicamente reducir el volumen sino también, Obtener un abdomen de aspecto armonioso, más joven, natural y con tendencia a la belleza. Los resultados se han vuelto brillantes y realmente estéticos y permite al paciente recuperar una mejor condición psicológica.

ANTECEDENTES HISTORICOS

En esta sección, se describirán las técnicas en un sentido práctico, iniciando con las técnicas de la "epopeya" consideradas como las técnicas clásicas así como sus modificaciones y refinamientos en la época de la "conquista".

En cuanto a las técnicas clásicas que son numerosas y ya antiguas; su gran número muestra la dificultad y la búsqueda, muy problemática, de un ideal necesario. Se agrupan de hecho bajo el nombre de "plastias abdominales", intervenciones dirigidas a lesiones y a indicaciones muy diferentes. Después de la época de los pioneros de fines del siglo pasado, aparecieron las descripciones principales y es hasta hace aproximadamente 30 años en que las publicaciones de "nuevas" técnicas y sus modificaciones se han multiplicado.

Las técnicas clásicas, fueron ordenadas lógicamente por Correa Iturraspe en 1952 [2], en una clasificación basada en el tipo de incisión. Se distinguen tres grupos:

Las incisiones transversales, en general bajas, entre las que se distinguen:

- *Las plastias anteriores, las más frecuentes.
- *Las plastias de tres cuartos.
- *Las plastias circulares.

Las incisiones verticales o longitudinales, generalmente medias, excepcionalmente laterales.

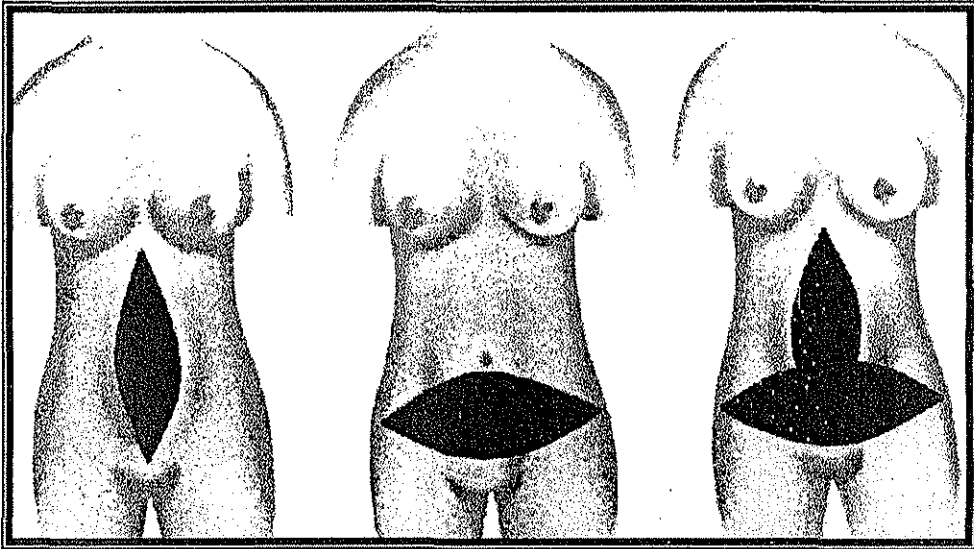
Las incisiones mixtas, que asocian los dos tipos de incisiones anteriores.

En base a esta clasificación describiré las técnicas de algunos de sus autores agrupándolas de acuerdo al tipo de incisión:

LAS LIPECTOMIAS CIRCULARES

Descritas inicialmente por Mario González Ulloa, en 1960, introducida en Francia y modificada por R Vilain en 1964, esta técnica consiste en reseca un amplio cilindro hundido cutaneograsso circunscribiendo el abdomen. Se trataba de una cirugía que no podía calificarse de estética, en el sentido propio del término, si se tiene en cuenta la gran cicatriz

ABDOMINOPLASTIA
TECNICA MODIFICADA
PARA CONTORNO DE CADERA



Esquema del tipo de incisiones clásicas:

- A. Vertical
- B. Horizontal o transversal (puede ser circular)
- C. Mixta (combinación de ambas)

TESIS CON
FALLA DE ORIGEN

residual, Esta cirugía esta indicada para los abdómenes deformados por la obesidad importante, irreductibles o que bajaron de peso dejando la piel redundante. En la actualidad afortunadamente es menos frecuente este tipo de procedimientos, no así hace dos años, tiempo en el cual esta cirugía se presentaba como la menos mala de las soluciones.

PLASTIAS ABDOMINALES VERTICALES O LONGITUDINALES

En este grupo se enumeran todas las incisiones trazadas con resección axial xifopubica; además de por su dirección de la incisión, difieren de las técnicas precedentes en sus indicaciones, ya que esquemáticamente las dermolipectomias verticales están dirigidas o indicadas para mujeres cuyo abdomen, después de uno o varios embarazos, está arrugado, estriado o con exceso cutáneo puro.

Spaulding (1901), realizaba dos incisiones en huso longitudinales paramedias teniendo como centro una línea medioumbilical transversal dejando 2 cicatrices paramedias longitudinales.

Schepelman (1918), practica una incisión en huso, media longitudinal con epicentro en el ombligo, el cual preservaba en su lugar y cuya cicatriz resultante era una media longitudinal, disecaba hasta los flancos.

Marchal y Lapeyrie (1964), describieron una resección vertical biconvexa, cuyo trazo termina, en su parte superior e inferior, en una línea rota "en cola de pescado", el acercamiento cutáneo, al final de la intervención, produce una línea media supra e infraumbilical, bifurcada en "Y" en sus extremos

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

A.J. Picaud (1973), propone una resección fusiforme vertical media, tomando como indicación precisa a las mujeres con piel periumbilical muy dañada por estrías. La escisión cutánea vertical, que es discutible desde el punto de vista estético, ofrece, desde nuestro punto de vista, dos ventajas:

-Es mas racional, puesto que el exceso tegumentario se puede considerar como un óvalo, cuyo diámetro vertical es superior al diámetro horizontal;

-Al acercar la piel lateral hacia la línea media anterior, reduce la cintura.

Esta intervención, lejos de ser ideal, puede no obstante constituir la única maniobra quirúrgica posible en ciertos vientres longilíneos arrugados o estriados.

DERMOLIPECTOMIAS MIXTAS

En un principio estricto, son juiciosas, ya que permiten una reducción en dos dimensiones, la vertical y la transversal, lo que seguramente es ideal para poner en tensión nuevamente todo el abdomen resultante. Pero presentan en la practica, dos inconvenientes mayores:

-La importancia de la cicatriz, en “ancla de marino” , que la mayor parte de las veces es antiestética;

-La existencia innegable de un importante riesgo de necrosis en el punto débil de la sutura en tres ramas.

Por eso se prefieren la mayor parte de las veces incisiones transversales, varias de las cuales llevan una pequeña resección vertical, lo que hace de ellas incisiones mixtas disfrazadas.

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

Weinhold (1913) realiza tres escisiones elípticas convergentes en la zona subumbilical; el ombligo queda en su sitio; la cicatriz tiene un aspecto de hélice con tres palos.

Galtier (1955), asocia una resección horizontal y una resección vertical estrictamente perpendiculares, cuya intersección corresponde al ombligo. La técnica está perfectamente codificada, los puntos de referencia son precisos. Los resultados son realmente satisfactorios en cuanto a la puesta en tensión del abdomen y al perfil que se le da a la cintura, pero la cicatriz es antiestética.

Barraya (1967), traza una dermolipsectomía en forma de ballesta, tomando en cuenta las líneas de fuerza de la pared abdominal, de tal forma que:

-Las dos incisiones horizontales bajas, curvilíneas, siguen el borde superior del pubis y los pliegues inguinales;

-Los dos trazos verticales medios se unen en la parte superior, después de circunscribir el ombligo, que será reconstituido

Thomeret (1971), considera las insuficiencias de las técnicas mixtas y de las lipectomías circulares descritas por el Dr. Mario González Ulloa y Vilain (que no reducen suficientemente la cintura), y describe una intervención que realiza la suma de estas técnicas:

-La importancia de la resección anterior necesaria se aprecia en la maniobra de esconder;

-La resección vertical media termina en punta en el apéndice xifoides y en el pubis;

-La resección horizontal se prolonga circularmente hacia la espalda.

PLASTIAS ABDOMINALES TRANSVERSALES

También llamadas plastias horizontales ya que la incisión tiene un trazo perpendicular a la línea xifopubiana, sin importar su relación con la posición del ombligo las cuales pueden ser supraumbilical, o infraumbilical, inguinopubianas. Es interesante notar que estas incisiones tienden a “desbordarse lateralmente más o menos lejos, para realizar al máximo la dermolipectomía circular.

La mecánica de estas incisiones es producir un acortamiento (“lowering”) del vientre, cuyo fin es tirar o “jalar” de arriba-abajo, de tal modo que pueden tirar:

-Ya sea estrictamente de arriba-abajo, arrastrando obligadamente dos “orejas” laterales o pliegues de rotación, las cuales solicitan un arreglo final con lo que la cicatriz resultante se puede prolongar.

-Pueden tirar hacia abajo y adentro del tipo “puesta de sol” tipo R. Vilain, con el precio de un exceso de piel transversal que crea pliegues que tardaran tiempo en borrarse o simplemente no lo harán.

-Pueden tirar también hacia abajo y hacia fuera, tipo Pitanguy, que distribuye mejor la piel, pero que prolonga con evidencia lateralmente la longitud de las cicatrices

De tal forma citaré algunos actores de incisiones transversales, disculpándome por omitir a algunos:

Demars y Marx (1890), realizaron la primera resección de un delantal abdominal por medio de una incisión en “gajo de naranja” subumbilical.

TESIS CON
FALLA DE ORIGEN

Kelly (1899), es el primero que habla de “lipectomía” y reseca una media luna transversal, cabalgada en el ombligo al que sacrifica.

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

Morestin en su tesis de 1912 consagró el método de Kelly.

Thorek (1923), describe al mismo tiempo que su técnica para modelante del seno, la resección y tracción supraumbilical, por medio de una incisión subcostal en ala de murciélago.

Delbet (1928), reseca un rectángulo horizontal centrado en el ombligo, y corrige los pliegues de rotación laterales por medio de una sutura en “Y”.

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

Mornard (1938), realiza la primera transposición de ombligo aislado.

Vernon (1957), describe en EE.UU. una técnica perfectamente reglada de plastia subumbilical con transposición umbilical; los pliegues de rotación laterales se corrigen con dos resecciones triangulares que terminan en dos pequeñas cicatrices verticales descendentes en cada extremo de la transversal.

Dufourmentel y Mouly (1959), en su tratado de Cirugía Plástica, así como Morel-Fatio en la tesis de Voloir, en 1960 exponen la técnica de lipectomia anterior transversal baja, en adelante clásica, y que muchos aún utilizan:

- La línea inferior, trazada sobre la paciente de pie, sigue el borde superior del vello pubico y se inclina lateralmente en los pliegues inguinales en dirección a las espinas ilíacas anterosuperiores;

- La línea superior, trazada escondiendo con las dos manos el exceso cutaneograso subumbilical, une las dos extremidades del trazo anterior, pero es provisional;

- El ombligo se circunscribe pasando a algunos milímetros de su orilla;

- El colgajo superior se despega en dirección a la xifoides y al reborde costal. La resección cutanograsa no se hace hasta el ultimo momento, según la necesidad y en función de las posibilidades del descenso.

Existen numerosa variantes a esta técnica de lipectomia abdominal anterior subumbilical con transposición umbilical, por eso se le considera como una de las clásicas puras. A continuación mencionare

algunas de estas técnicas modificadas ya que en este subgrupo se encuentra la técnica de Barudi en la cual esta basada la modificación de abdominoplastia para contorno de cadera:

Pitanguy (1967)[3] [14] [15], Hace una modificación con una incisión transversal baja, sin resección vertical media. La línea inferior se prolonga horizontalmente a uno y otro lado del borde superior del traingulo pubico, se incurva a cada lado hacia abajo y afuera, en la intersección del pliegue inguinal, cruza éste y sigue horizontalmente hasta la vertical de la espina iliaca anterosuperior, para finalmente incurvarse muy ligeramente hacia abajo.

Callia (1965)[4], dibuja las partes laterales de la incisión un poco más bajas que las de Pitanguy, exactamente a 2 cm. Por encima de los pliegues inguinales. Para facilitar la disección, se parte en dos el colgajo abdominal superior, longitudinalmente sobre la línea media, para así tener dos colgajos secundarios, bífidos.

Es el descenso suprapubico desde el punto más alto de esta sección longitudinal, descenso que se hace según la necesidad y sin tracción exagerada, lo que permitirá la resección del excedente de los dos colgajos bífidos.

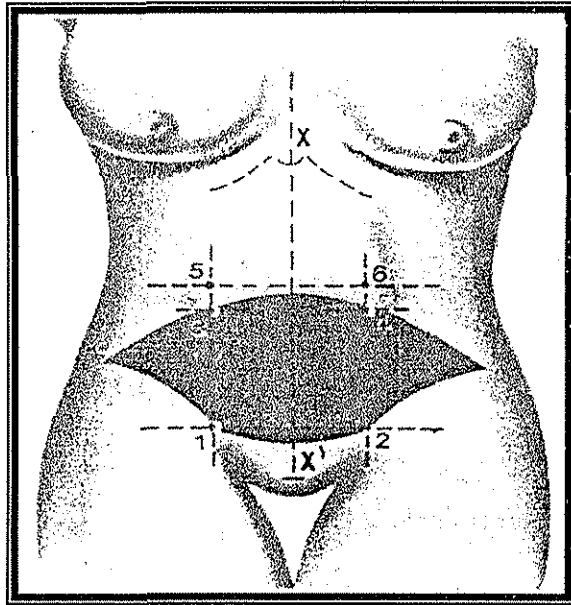
Van den Busche (1971), modifica el método de Callia, adjuntando a cada lado una resección foliada que se traduce en un prolongamiento lateral y ascendente de la cicatriz transversal, ascensión que permitirá una mejor distribución en el sentido transversal.

GrazerFM, Klingbell JR (1973), aporta una modificación a la técnica de Pitanguy.

D. Serson Neto (1969) propone un concepto geométrico de la plastia abdominal baja con su técnica del "decágono". El trazado de la exceresis esta bien codificado, lo que deja poco sitio a la estimación subjetiva; permite acortar la duración de la intervención, lo que limita el despegue; y, sobre todo, disminuye la incongruencia de longitud de las orillas, pues el esquema de las incisiones permite afrontar las orillas según cinco segmentos de longitud sensiblemente igual.

R. Barudi (1974)[5], describe en el *Plastic and Reconstructive Surgery* su propia técnica. La línea de incisión inferior tiene la forma de una "W" ampliamente abierta, con una parte media que muerde el triángulo piloso pubico y cuyas extremidades laterales se incurban hacia los pliegues inguinales, de 1 a 3 cm. Por encima de ellos. La zona despegada tiene la forma de un triángulo, cuyo ángulo superior está enfrente del apéndice xifoides, y la base corresponde a la línea de

TEC. ORIGINAL DE R.
BARUDI (1974)



Técnica de Abdominoplastía de R. Barudi, 1974

Demarcaciones

- (X-X') Línea apéndice xifoides-pubis, pasando por la comisura vulvar
- Dos líneas paralelas transversales, una localizada en el polo superior del ombligo y la otra a 5-7 cm. Por arriba de la comisura vulvar anterior
- Puntos 1 y 2 se localizan bilateralmente y equidistantes a 5-7 cm por fuera de la línea XX' en la transversal inferior.
- Puntos 5 y 6 son correspondiente en la transversal superior a los puntos 1 y 2 de la inferior
- Tomando los puntos 1 y 2, como epicentro se trazan 2 líneas cóncavas hasta 2 cm por dentro de las espinas ilíacas anterosuperiores, y se unen por otras líneas perpendiculares hasta los puntos 1 y 2, estas líneas arqueadas pasan a 2 o 3 cm debajo de los puntos 5 y 6, resultando los puntos 3 y 4-

La resultante es: Puntos 1;3;5=2;4;6

TESIS CON
FALLA DE ORIGEN

9-A

ABDOMINOPLASTIA
TECNICA MODIFICADA
PARA CONTORNO DE CADERA



Con la Técnica del Dr. Baroudi se inicia la incisión en la parte inferior del colgajo y se levanta el colgajo hasta el nivel umbilical o bien hasta completar el despegamiento completo hasta el apéndice xifoides

TESIS CON
FALLA DE ORIGEN

9-B

incisión inferior que se acaba de describir. El límite superior de la resección está determinado, como en la técnica de Callia, por el descenso de los colgajos despegados. El Dr. Ricardo Barudi hace hincapié en los cuidados de la incisión del ombligo.

Paule Regnault (1975)[6], propone una incisión inferior en "W", con un triángulo medio con pico superior en el vello pubico, y las dos ramas laterales en los pliegues inguinales.

R. Vilian (1975)[7], publica una técnica llamada "en puesta de sol"

Las técnicas más recientes

Agruparé aquí a un conjunto de técnicas y de maniobras, que, aunque no son del todo nuevas, pero que todas tienen el mismo fin: mejorar la apariencia del abdomen con un interés de reducir la importancia de la intervención y de su cicatriz.

Se tratarán las técnicas de los diferentes planos anatómicos como la piel, grasa, plano musculoponeurótico, así como del tratamiento al ombligo:

- Plastias abdominales localizadas, a nivel del plano cutáneo;
- Las plastias abdominales y la liposucción, a nivel del plano graso;
- La puesta en tensión del plano musculoponeurótico, y
- Las diferentes maniobras sobre el ombligo.

LAS PLASTIAS ABDOMINALES LOCALIZADAS

Están dirigidas a unas lesiones limitadas en el espacio. Su principio es dibujar una plastia de reducción cutánea lo más adaptada posible a las lesiones, reduciendo así la importancia de la exéresis, y sustituyendo las grandes cicatrices clásicas por cicatrices más cortas, y si es posible escondidas; de tal forma que tenemos:

- Plastias a nivel subumbilical;
- Plastias a nivel medio abdominal y de la región periumbilical;
- Plastias supraumbilicales

PLASTIAS ABDOMINALES Y LIPOSUCCION

Anatómicamente sabemos que la pared abdominal constituye un asiento electivo de almacenaje de grasa, con su topografía preferencial,

según el sexo y su prolongación sobre los lados por medio de los "michelines" laterales de los flancos. Estas sobrecargas grasas han sido siempre uno de los principales problemas que se le plantean al cirujano plástico en materia de la abdominoplastia. Inicialmente la plastia de la pared abdominal podía no contemplar el tratamiento del estrato graso:

-La lipectomía, en efecto, tan solo concernía a la grasa subyacente a la pieza de la exéresis cutánea;

-En cuanto al desgrase del colgajo restante, con la ayuda de un bisturí, sabemos cuan delicado y peligroso era, principalmente para la vitalidad del colgajo.

De esta forma las esteatomerías adyacentes no se tenían en cuenta; la grasa en exceso quedaba en su sitio, hipotrofica e inmóvil, "en sándwich" entre los planos cutáneo y musculoaponeurótico puestos de nuevo en tensión. Esta "inercia adiposa" demostraba, en gran parte, el carácter monomorfo y a menudo poco satisfactorio de los resultados, sin hablar de las recidivas inmediatas.

La liposucción, introducida en 1977 en el arsenal terapéutico del cirujano plástico, después de los trabajos de Y. G. Illouz [8], aparece como la maniobra apropiada para el tratamiento de las sobrecargas grasas localizadas. Por ello ha abierto un nuevo capítulo en la historia de la cirugía plástica del abdomen.

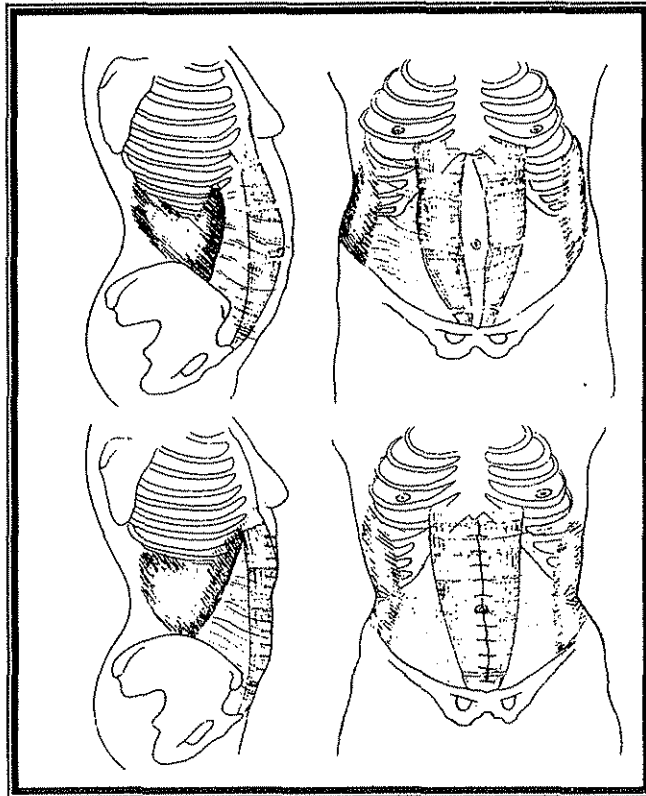
Cuando la liposucción se asocia a una dermolipsectomía clásica, al practicarse primero, constituye una maniobra simple, que apenas alarga la duración de la intervención; es poco agresiva localmente para los tegumentos que serán redistribuidos, y sólo necesita, en el plano general, una reanimación especial para un volumen de grasa aspirada superior a un litro.

TRATAMIENTO AL SISTEMA MUSCULOAPONEUROTICO

Una mayor o menor distensión del plano musculoaponeurótico es la secuela de muchos embarazos, a la tendencia a la flacidez de estos tejidos o por la edad.

La diastasis de los rectos se caracteriza por una separación de más de 4 centímetros entre los bordes mediales de ambos músculos rectos abdominales, y, aunque en algunos casos, aún con una distancia de los rectos menor de 4 cm. Puede haber una distensión global del plano musculoaponeurótico formando una verdadera arcada en este sistema.

ABDOMINOPLASTIA TECNICA MODIFICADA PARA CONTORNO DE CADERA



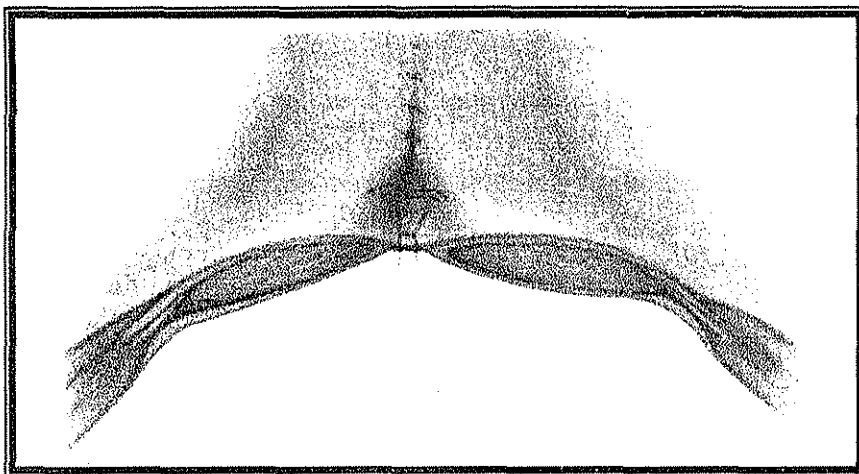
Plicatura longitudinal del sistema
musculoaponeurótico usando prolene N° 0.

- A. Diastasis y debilidad con abombamiento
- B. Corrección del abombamiento, de la cintura
y tensión al sistema musculoaponeurótico

TESIS CON
FALLA DE ORIGEN

11-A

ABDOMINOPLASTIA
TECNICA MODIFICADA
PARA CONTORNO DE CADERA



En la técnica se practica plicatura de la aponeurosis de los rectos en forma vertical con puntos invertidos de prolene N° 0. Esto contribuye a la formación de la cintura y da tensión al sistema musculoponeurótico

TESIS CON
FALLA DE ORIGEN

11-B

Cuando dicha distensión existe, su tratamiento resulta conveniente. Se consigue mediante una plicatura de la aponeurosis en el eje vertical tanto supraumbilical como a nivel subumbilical y la cual consiste en la aproximación de los bordes mediales de los músculos rectos en la línea media mediante puntos invertidos de monofilamento de nylon n° 0.

Esta plicatura-adosamiento en la línea media, importante desde un punto de vista funcional, es también capital desde un punto de vista morfológico, pues mejora las curvas del talle. Cuando el exceso cutaneoadiposo no es realmente importante, se puede realizar plicatura del sistema mediante cirugía endoscópica o bien con cirugía de mínima incisión en la piel pilosa del pubis.

Solo en algunos casos de paredes muy hipotónicas se deberá mejorar esta puesta en tensión del plano musculoaponeurótico con plicaturas suplementarias[9] Dos orientaciones terapéuticas son interesantes al respecto.

-En 1978, Jackson describió con el nombre de "waistline stitch" una plicatura biaxial [10]

Según el autor, existe con frecuencia asociado a la distasis de rectos un relajamiento musculoaponeurótico en sentido vertical del apéndice xifoides al pubis. Por esta razón, Jackson propone asociar a la plicatura axial vertical clásicamente realizada para tratar la distasis, una plicatura horizontal transversal que cruza la anterior a nivel del ombligo y abarca de dentro afuera el músculo recto y los músculos de la pared anterolateral del abdomen (oblicuo mayor, oblicuo menor y transverso).

De este modo, el talle se vuelve a moldear perfectamente con una doble plicatura, biaxial, que converge a nivel del ombligo, de ahí el nombre de "waistline stitch" dado a este procedimiento.

Este mismo año (1978), Psillakis propone la plicatura del músculo oblicuo mayor al borde externo de la vaina de los rectos: incluso es posible, después de diseccionar los músculos oblicuos mayores, empujar hacia adentro y por detrás sus cuerpos musculares, para suturar entre sí en la línea media, las aponeurosis de los oblicuos mayores con una serie de puntos separados de nylon [11].

ASPECTOS MORFOLOGICOS, ANATOMICOS Y ESTRUCTURA DE LA PARED ABDOMINAL

Estructura y constitución de la pared abdominal

Condicionados en parte por el esqueleto que la sostiene, el aspecto estético global de la pared abdominal resulta de los tres planos anatómicos que la constituyen:

- Plano musculoaponeurótico;
- Grasa, tejido adiposo subcutáneo;
- Piel, revestimiento cutáneo.

Plano musculoaponeurótico

Debe estudiarse la tonicidad de la pared abdominal para determinar en particular los puntos de debilidad.

El análisis se centra sobre todo en la línea alba, para buscar una distasis de los rectos, en el ombligo así como en las regiones inguinales y crurales para buscar una hernia.

La tonicidad del plano musculoaponeurótico condiciona de alguna manera la calidad del resultado postoperatorio, por lo que, siempre que sea necesario, se debe preveer un fortalecimiento del plano parietal.

Plano adiposo

El grado de sobrecarga adiposa es variable, lo que explica en parte la multiplicidad de cuadros clínicos observados.

Además, el tejido adiposo abdominal se distribuye de manera variable, subumbilical, periumbilical y difuso.

En el hombre, el plano adiposo es relativamente homogéneo o tiende a engrosarse a nivel infraumbilical y lateralmente a nivel de los flancos.

En la mujer, la distribución adiposa suele localizarse a nivel infraumbilical y en la región periumbilical. Esta topografía tiene como resultado el llamado aspecto de "abdomen redondo".

Estas observaciones clínicas han sido confirmadas por distintos trabajos anatómicos gracias a los cuales se ha podido individualizar una grasa superficial y una grasa profunda, separadas por una fascia superficial la cual nos es muy útil en nuestra técnica ya que esta fascia sirve para fijar los bordes laterales en la abdominoplastia y conformar la cadera.

La grasa superficial, situada por encima de la fascia superficial, se distribuye por toda la pared abdominal. Su grosor medio es de 1 cm.

El tejido adiposo profundo, situado por debajo de la fascia superficial, corresponde a un acumulo graso localizado o "esteatoma" que ocupa principalmente el segmento infraumbilical y las regiones lateroumbilicales. El esteatoma se extiende en grosor y anchura de la región umbilical a la región púbica y de una espina ilíaca a otra, prolongándose incluso lateralmente a nivel de las caderas. Se adelgaza y desaparece 2 a 3 cm. por encima del ombligo.

Revestimiento cutáneo

La exploración de la pared abdominal, ayudada por supuesto por la palpación, informa sobre el estado de elasticidad cutánea, elemento esencial del cual dependen en gran parte la indicación y la técnica operatorias. Se observa la existencia y la topografía de las cicatrices abdominales, la presencia y la distribución de estrías, así como los antecedentes de embarazo y variaciones ponderales. [12]

Ombligo

La región umbilical esta centrada por el ombligo propiamente dicho, cuya forma es muy variable, frecuentemente circular, y cuya profundidad depende del grado de adiposidad periférica.

Adherido al plano muscular, el ombligo esta situado aproximadamente a la misma distancia del apéndice xifoides al pubis. Determina las longitudes de los niveles supra e infraumbilical respectivamente y es a partir de las características de cada una de estas regiones como mejor se establece la estrategia quirúrgica.

La posición exacta del ombligo en la pared abdominal es un elemento esencial del estudio preoperatorio, en particular debe estudiarse con precisión la distancia umbilicopúbica. Según Elbaz, la distancia entre el ombligo y el borde superior horizontal del triángulo piloso púbico es fija, 13 cm. aproximadamente.

La cirugía plástica interviene habitualmente en estos tres planos anatómicos.

Se debe considerar esta cirugía teniendo siempre en cuenta esta concepción anatómica de la estructura parietal abdominal. Mediante un examen clínico se lleva a cabo un análisis morfológico racional de las lesiones que afectan a cada uno de estos tres planos.

Se deduce de forma lógica la estrategia terapéutica. Hay que tratar todas las lesiones parietales:

- Volver a poner en tensión el plano musculoaponeurótico si esta distendido;
- Corregir una sobrecarga grasa si esta más o menos localizada;
- Practicar la excéresis de zonas cutáneas eventualmente sobrantes. Según los casos, el tratamiento concierne a uno, dos e incluso los tres planos de la anatomía.

Cualquiera que sea la magnitud de las lesiones, se tratan todas durante la misma operación: la pared abdominal se reconstruye entonces plano por plano, del más profundo (musculoaponeurótico) hasta el más superficial (piel).

Reparo anatómico vascular[13]

Es importante conocer así mismo la vascularidad de la pared abdominal para procedimientos estéticos su reconstrucción plano por plano de tal forma que se tengan que respetar los necesarios aportes arteriales así como afluentes venosos y linfáticos para evitar necrosis de colgajos o edema excesivo y congestión venosa.

La vascularidad arterial de la pared abdominal se distribuye en dos sistemas uno superficial y otro profundo.

La vasculatura profunda que irriga el plano musculoaponeurótico esta constituido por las arterias epigástricas, mamarias internas, circunflejas ilíacas profundas, intercostales y lumbares. Abundantemente anastomosados entre sí, estos vasos constituyen una red vascular muy densa, organizada principalmente según su eje vertical (mamarias internas, epigástricas), un eje superoexterno (intercostales) y un eje inferointerno (circunflejas ilíacas profundas).

El plano superficial de la pared abdominal (tejido adiposo, celular subcutáneo y plano cutáneo) esta vascularizado por una parte por las arterias subcutáneas abdominales y circunflejas ilíacas superficiales para la región inguinoocrural, y por otra por las arterias perforantes que provienen del plano profundo. Estas perforantes tienen un trayecto vertical que atraviesa el panículo adiposo antes de expandirse en la red supra y subdérmica según su topografía “ en candelabro”

Estas anastomosis, muy numerosas, en forma de arcadas, están situadas en un plano horizontal, en el limite profundo de la dermis, a

nivel hipodérmico, y constituyen una red densa, funcional y regularmente distribuida.

En realidad, es sobre todo el sistema de las perforantes el que garantiza la vascularidad superficial de la pared abdominal.

El estudio de la vascularidad de esta pared, y principalmente la importancia de la red superficial, pone de manifiesto las posibilidades quirúrgicas y, en particular, la de un despegamiento extenso practicado en buenas condiciones de seguridad vascular. En dichos casos, la vascularidad esta garantizada por el sistema hipodérmico en arcadas, que esta alimentado por las perforantes periféricas.

La vascularización venosa, se divide también en una red superficial cutaneoadiposa y una red profunda musculoaponeurótica. El sistema venoso profundo, abundantemente anastomosado, de disposición muy variable y no sistematizada, drena hacia las venas epigástricas y circunflejas ilíacas profundas.

La red venosa superficial es también muy variable y su disposición no es paralela al plano arterial. Sin embargo, la riqueza de la red subdérmica permite un buen drenaje venoso de un gran colgajo cutaneoadiposo despegado en una plastia abdominal.

Los linfáticos de la pared abdominal están organizados en dos sistemas; uno superficial y otro profundo, sin que prácticamente exista entre ellos ninguna anastomosis. El sistema superficial corresponde a la región supraumbilical y drena en la cadena de ganglios mamarios externos. Esta red linfática superficial tiene una disposición diferente e independiente del sistema arteriovenoso.

Los linfáticos profundos son satélites de los vasos sanguíneos y se reúnen arriba con los ganglios mamarios internos y abajo con los ganglios retrocraurales. Permiten el drenaje del conjunto musculoaponeurótico.

Es sobre todo el sistema superficial el que esta involucrado en las plastias abdominales, principalmente en las regiones inguinales y epigástricas.

Es consabido que en el postoperatorio de dicha operación puede aparecer un seroma, que constituye una complicación a veces difícil de tratar. Asimismo, una estasis linfática puede provocar un edema antiestético, persistente en la región abdominal baja, por encima de la cicatriz.

En cuanto a la inervación, está organizada por los seis últimos nervios intercostales y por los nervios abdomnigenitales.

ANALISIS DEL PROBLEMA

Dada la diversificación de técnicas quirúrgicas y la utilización de procedimientos adyuvantes para el mejoramiento del contorno y estética corporal en especial a la cirugía del contorno abdominal, siguiendo los cánones de la belleza femenina occidental en el cual un cuerpo adecuadamente modelado, con cintura (talle) estrecha y cadera redondeada es tomado como un cuerpo estéticamente bello y que además encierra un concepto de alto erotismo por lo que es tomado con fines mercadotécnicos. Me di a la tarea de demostrar que la abdominoplastia con técnica del Dr. Ricardo Barudi publicada en 1974 usada con la modificación realizada desde hace 5 años por el Dr. Joel Robles Flores para el contorneado de cadera ofrece mejores resultados estéticos y un alto grado de satisfacción por parte de las pacientes sometidas a dicho procedimiento.

El interés en la selección de la técnica del Dr. Barudi es por la resultante en la cicatriz, con la cual la paciente puede usar el "bikini de pierna alta", esto obviamente si no existe alguna cicatriz abdominal por fuera de colgajo cutaneoadiposo a resecar y que pudiera quedar visible por fuera de la prenda de vestir, aunque pueden ser utilizadas las técnicas en "W" de la Dra. Regnault (1972) o del Dr. Grazer (1980), sin embargo con la técnica del Dr. Barudi se pueden observar mejores resultados. Con esto no desecho las demás técnicas, sino que mi objetivo es demostrar que esta técnica ofrece resultados satisfactorios a corto y largo plazo, además de que permite resecar mas del colgajo cutaneoadiposo.

OBJETIVO

Demostrar que la técnica para abdominoplastía descrita por el Dr. Ricardo Barudi en 1975, con la modificación para contorno de cadera realizada por el Dr., Joel Robles, Flores desde 1996 es una excelente alternativa para la obtención de un resultado satisfactorio para abdominoplastía y un adecuado contorno corporal.

HIPOTESIS

Con las técnicas convencionales para abdominoplastía, en ocasiones no se logra un adecuado contorno corporal en la región de la cadera a excepción de algunas pacientes que fenotípicamente están bien conformadas en ese sitio, al modificar la técnica clásica del Dr. Barudi, resecando mas colgajo lateral de cada lado, y traccionando el colgajo cutaneoadiposo de la región de la cadera y con fijación de la fascia superficial de esos colgajos laterales a la fascia profunda de los rectos abdominales, se logra mejorar el contorno corporal en este sitio con el consecuente beneficio estético. Y resultado satisfactorio por parte del cirujano y de la paciente.

JUSTIFICACIÓN

Mediante un análisis pre y postoperatorio clínico, de las medidas de talla corporal en centímetros y talla de ropa a nivel abdominopelvico a las pacientes solicitantes para mejoramiento del contorno corporal con técnica quirúrgica de abdominoplastía y que sean reales candidatas para tal procedimiento de embellecimiento usando la técnica de abdominoplastía del Dr. Barudi con modificación para contorno de cadera.

OBJETIVO

Demostrar que la técnica para abdominoplastía descrita por el Dr. Ricardo Barudi en 1975, con la modificación para contorno de cadera realizada por el Dr., Joel Robles, Flores desde 1996 es una excelente alternativa para la obtención de un resultado satisfactorio para abdominoplastía y un adecuado contorno corporal.

HIPOTESIS

Con las técnicas convencionales para abdominoplastía, en ocasiones no se logra un adecuado contorno corporal en la región de la cadera a excepción de algunas pacientes que fenotípicamente están bien conformadas en ese sitio, al modificar la técnica clásica del Dr. Barudi, resecando mas colgajo lateral de cada lado, y traccionando el colgajo cutaneoadiposo de la región de la cadera y con fijación de la fascia superficial de esos colgajos laterales a la fascia profunda de los rectos abdominales, se logra mejorar el contorno corporal en este sitio con el consecuente beneficio estético. Y resultado satisfactorio por parte del cirujano y de la paciente.

JUSTIFICACIÓN

Mediante un análisis pre y postoperatorio clínico, de las medidas de talla corporal en centímetros y talla de ropa a nivel abdominopelvico a las pacientes solicitantes para mejoramiento del contorno corporal con técnica quirúrgica de abdominoplastía y que sean reales candidatas para tal procedimiento de embellecimiento usando la técnica de abdominoplastía del Dr. Barudi con modificación para contorno de cadera.

OBJETIVO

Demostrar que la técnica para abdominoplastía descrita por el Dr. Ricardo Barudi en 1975, con la modificación para contorno de cadera realizada por el Dr., Joel Robles, Flores desde 1996 es una excelente alternativa para la obtención de un resultado satisfactorio para abdominoplastía y un adecuado contorno corporal.

HIPOTESIS

Con las técnicas convencionales para abdominoplastía, en ocasiones no se logra un adecuado contorno corporal en la región de la cadera a excepción de algunas pacientes que fenotípicamente están bien conformadas en ese sitio, al modificar la técnica clásica del Dr. Barudi, resecando mas colgajo lateral de cada lado, y traccionando el colgajo cutaneoadiposo de la región de la cadera y con fijación de la fascia superficial de esos colgajos laterales a la fascia profunda de los rectos abdominales, se logra mejorar el contorno corporal en este sitio con el consecuente beneficio estético. Y resultado satisfactorio por parte del cirujano y de la paciente.

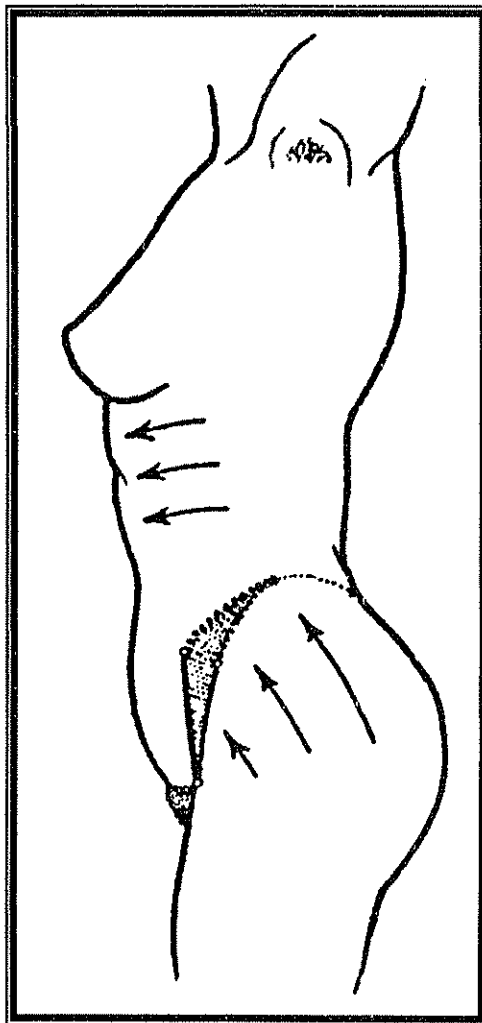
JUSTIFICACIÓN

Mediante un análisis pre y postoperatorio clínico, de las medidas de talla corporal en centímetros y talla de ropa a nivel abdominopelvico a las pacientes solicitantes para mejoramiento del contorno corporal con técnica quirúrgica de abdominoplastía y que sean reales candidatas para tal procedimiento de embellecimiento usando la técnica de abdominoplastía del Dr. Barudi con modificación para contorno de cadera.

VECTORES QUE SE CORRIGEN

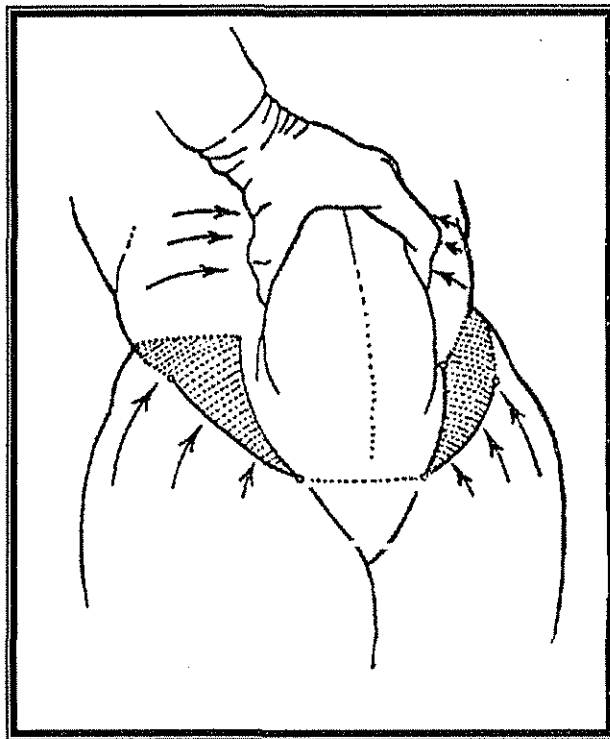
Plicatura longitudinal
del sistema
musculoaponeurótico

Colgajos laterales para
contorno de cadera



TESIS CON
FALLA DE ORIGEN

VALORACION DE LOS COLGAJOS

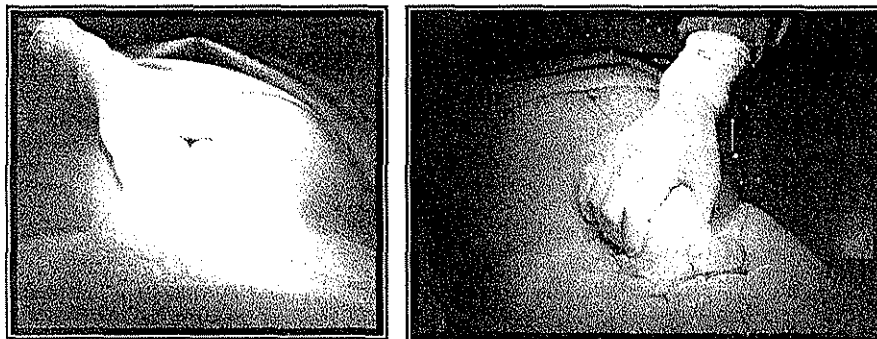


Maniobra de pellizco con una mano para valorar el colgajo cefalicomedial así como los colgajos laterales para contorno de cadera.

En gris los colgajos laterales que se resecan con esta técnica

TESIS CON
FALLA DE ORIGEN

VALORACION DE LOS COLGAJOS



Maniobra de pellizco con una mano para valorar el colgajo cefalicomedial así como los colgajos laterales para contorno de cadera.

En gris los colgajos laterales que se resecan con esta técnica

TESIS CON
FALLA DE ORIGEN

MATERIAL Y METODOS

Se captaran todas las pacientes solicitantes de mejoramiento del contorno corporal mediante abdominoplastía y que sean reales candidatos para este procedimiento, se evaluaran las características dermocutáneas, de panículo adiposo así como del estado del sistema musculoaponeurótico de la pared abdominal de acuerdo a la clasificación de las deformidades de la pared abdominal de Bozoloa (1988) y de Matarasso (1989), se utilizara la técnica de plicatura aponeuótica de los rectos , así como las tallas en centímetros de la circunferencia a nivel de la cadera y de la cintura (2 medidas), antes de la cirugía así como 2 meses después del procedimiento, además se podrá aplicar otro procedimiento de embellecimiento a nivel del tronco de las pacientes, como liposucción e incluso colocación de implantes mamarios y glúteos.

El tiempo de seguimiento fue de 3 a 15 meses con una media de 7 meses, tiempo durante el cual se evaluaron los resultados tanto de la silueta corporal así como de la cicatriz resultante.

A continuación se describen las clasificaciones para valorar el estado cutaneoadiposo y del sistema musculoaponeurótico de la pared abdominal de Bozola y la modificación por Matarasso:

Clasificación de las deformidades de la pared abdominal (Bozola 1988):

Grupo I

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

Grupo II

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

Grupo III

Excedente pequeño o mediano de piel infraumbilical y un panículo adiposo a veces abundante con diastasis infraumbilical grande, mediana o pequeña de los músculos rectos y los

oblicuos que abomban las fosas iliacas y, eventualmente, cuando toda la musculatura presenta diastasis, abomba las partes laterales de la cintura.

Grupo IIIA

Presenta diastasis de los músculos oblicuos por debajo del ombligo.

Grupo IIIB

Presenta diastasis de los músculos oblicuos desde el reborde costal.

Grupo IV

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

Grupo V

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

Clasificación de las deformidades de la pared abdominal (Bozola 1988 y Matarasso 1989):

Clase IA

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

Clase IB

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

Clase IIA

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

Clase IIB

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

Clase IIIA

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

Clase IIIB

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

Clase IVA

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

Clase IVB

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

CRITEROS DE INCLUSION Y DE EXCLUSION

Se incluirán todas las pacientes solicitantes y que sean candidatas reales para mejoramiento del contorno corporal mediante la técnica de abdominoplastía.

Se excluirán las pacientes con obesidad mórbida o delgadez extrema así como las pacientes que hayan recibido una abdominoplastía previa.

DESCRIPCION DE LA TECNICA

Después de seleccionar la paciente tanto clínica como psicológicamente para este procedimiento y de firmar el formato de consentimiento informado con testigos.

Esta técnica se puede realizar bajo anestesia regional por bloqueo o bien bajo anestesia general, esto dependiendo del cirujano o bien si la paciente será sometida a otro tipo de procedimientos quirúrgicos en el mismo tiempo. Previa anestesia se realizara sesión fotográfica de preferencia en blanco y negro de la región anatómica de la paciente que debe de abarcar desde la región mamaria, abdomen, pelvis, y muslos hasta las rodillas. Las vistas fotográficas serán con la paciente de pie, relajada en proyección de frente erecta, de perfil erecta, de perfil semiinclinada en un ángulo de 35° aproximadamente así como una vista posterior erecta los brazos de la paciente de preferencia en posición horizontal.

Se procede al marcaje de zonas para tratamiento de liposucción complementaria estando la paciente de pie, sí no, se procede al procedimiento anestésico elegido.

Ya con la paciente bajo anestesia, continuamos con el marcaje de la técnica quirúrgica, previo análisis nuevamente del estado de la pared abdominal en sus tres planos evaluando el exceso cutaneoadiposo y el estado del sistema musculoaponeurótico, así como con la técnica del pellizco con una mano para evaluar precisamente el colgajo cutaneoadiposo a resecar tanto a nivel periumbilical como a nivel de la pelvis para la conformación de la cadera. Se plantea pues el marcaje

CRITEROS DE INCLUSION Y DE EXCLUSION

Se incluirán todas las pacientes solicitantes y que sean candidatas reales para mejoramiento del contorno corporal mediante la técnica de abdominoplastía.

Se excluirán las pacientes con obesidad mórbida o delgadez extrema así como las pacientes que hayan recibido una abdominoplastía previa.

DESCRIPCION DE LA TECNICA

Después de seleccionar la paciente tanto clínica como psicológicamente para este procedimiento y de firmar el formato de consentimiento informado con testigos.

Esta técnica se puede realizar bajo anestesia regional por bloqueo o bien bajo anestesia general, esto dependiendo del cirujano o bien si la paciente será sometida a otro tipo de procedimientos quirúrgicos en el mismo tiempo. Previa anestesia se realizara sesión fotográfica de preferencia en blanco y negro de la región anatómica de la paciente que debe de abarcar desde la región mamaria, abdomen, pelvis, y muslos hasta las rodillas. Las vistas fotográficas serán con la paciente de pie, relajada en proyección de frente erecta, de perfil erecta, de perfil semiinclinada en un ángulo de 35° aproximadamente así como una vista posterior erecta los brazos de la paciente de preferencia en posición horizontal.

Se procede al marcaje de zonas para tratamiento de liposucción complementaria estando la paciente de pie, sí no, se procede al procedimiento anestésico elegido.

Ya con la paciente bajo anestesia, continuamos con el marcaje de la técnica quirúrgica, previo análisis nuevamente del estado de la pared abdominal en sus tres planos evaluando el exceso cutaneoadiposo y el estado del sistema musculoaponeurótico, así como con la técnica del pellizco con una mano para evaluar precisamente el colgajo cutaneoadiposo a resecar tanto a nivel periumbilical como a nivel de la pelvis para la conformación de la cadera. Se plantea pues el marcaje

con técnica En manubrios de bicicleta de Barudi, tomando como referencia:

- una línea que va de la parte media del apéndice xifoides a la comisura anterior vulvar la cual representa a la Línea X-X'
- Dos líneas paralelas transversales, una localizada en el polo superior del ombligo y la otra a 5-7 cm. por arriba de la comisura vulvar anterior.
- Puntos 1 y 2 que se localizan bilateralmente y equidistantes a 5-7 cm. por afuera de la Línea X-X' en la transversal inferior. Se toman 5-7 cm. de acuerdo a las características de la paciente en amplitud de la pelvis así como talla en altura de la paciente.
- Puntos 5 y 6 son correspondientes en la transversal superior a los puntos 1 y 2.
- Tomando los puntos 1 y 2 como epicentro, se trazan 2 líneas cóncavas que lleguen hasta 2 cm. por dentro de las espinas ilíacas anterosuperiores, y se unen por otras líneas perpendiculares hasta los puntos 1 y 2, estas líneas arqueadas pasan a 2 o 3 cm. debajo de los puntos 5 y 6, resultando los puntos 3 y 4.
- Se completa la ecuación:

$$1; 3; 5 = 2; 4; 6$$

MODIFICACION A LA TECNICA

Una vez realizado el trazo con la técnica del Dr. Barudi, se procede a realizar nueva evaluación del colgajo cutaneoadiposo con la técnica de pellizco con una mano a nivel pélvico o infraumbilical para evaluar la retracción de "los colgajos laterales" *sin tensión excesiva*, los cuales al resecar, finalmente nos ayudaran a la conformación de la cadera; se marcan estos "gajos" exactamente a uno o dos cm. por dentro de las crestas ilíacas anterosuperiores. Al soltar el colgajo con la técnica del pellizco con una mano, obviamente las marcas migraran por fuera de las crestas ilíacas anterosuperiores invadiendo la parte superior del muslo.

Se procede a realizar la incisión del colgajo marcado en la técnica de Barudi, incidiendo en la transversal inferior y las oblicuas laterales,

con técnica En manubrios de bicicleta de Barudi, tomando como referencia:

- una línea que va de la parte media del apéndice xifoides a la comisura anterior vulvar la cual representa a la Línea X-X'
- Dos líneas paralelas transversales, una localizada en el polo superior del ombligo y la otra a 5-7 cm. por arriba de la comisura vulvar anterior.
- Puntos 1 y 2 que se localizan bilateralmente y equidistantes a 5-7 cm. por afuera de la Línea X-X' en la transversal inferior. Se toman 5-7 cm. de acuerdo a las características de la paciente en amplitud de la pelvis así como talla en altura de la paciente.
- Puntos 5 y 6 son correspondientes en la transversal superior a los puntos 1 y 2.
- Tomando los puntos 1 y 2 como epicentro, se trazan 2 líneas cóncavas que lleguen hasta 2 cm. por dentro de las espinas ilíacas anterosuperiores, y se unen por otras líneas perpendiculares hasta los puntos 1 y 2, estas líneas arqueadas pasan a 2 o 3 cm. debajo de los puntos 5 y 6, resultando los puntos 3 y 4.
- Se completa la ecuación:

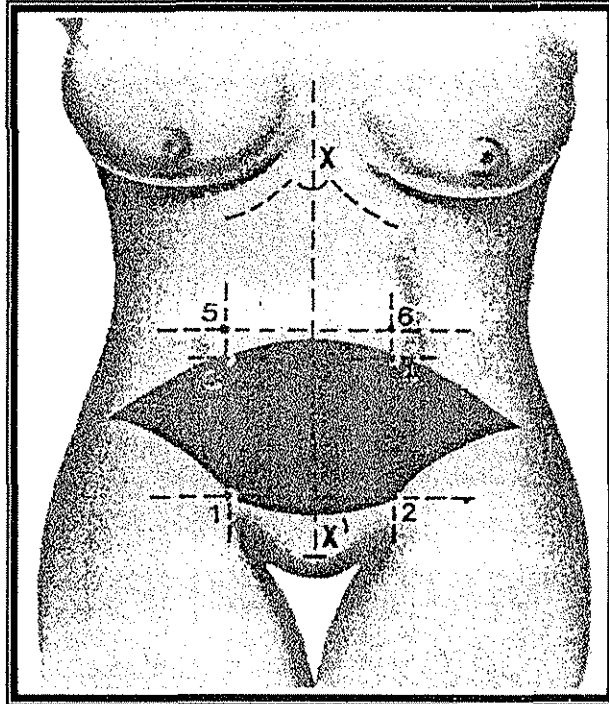
$$1; 3; 5 = 2; 4; 6$$

MODIFICACION A LA TECNICA

Una vez realizado el trazo con la técnica del Dr. Barudi, se procede a realizar nueva evaluación del colgajo cutaneoadiposo con la técnica de pellizco con una mano a nivel pélvico o infraumbilical para evaluar la retracción de "los colgajos laterales" *sin tensión excesiva*, los cuales al resecar, finalmente nos ayudaran a la conformación de la cadera; se marcan estos "gajos" exactamente a uno o dos cm. por dentro de las crestas ilíacas anterosuperiores. Al soltar el colgajo con la técnica del pellizco con una mano, obviamente las marcas migraran por fuera de las crestas ilíacas anterosuperiores invadiendo la parte superior del muslo.

Se procede a realizar la incisión del colgajo marcado en la técnica de Barudi, incidiendo en la transversal inferior y las oblicuas laterales,

TECNICA ORIGINAL DE
RICARDO BAROUDI 1974



En la Técnica con modificación para contorno de cadera nos basamos en la técnica original del Dr. Ricardo Barudi descrita en 1974 en el *Plastic and Reconstructive Surgery*

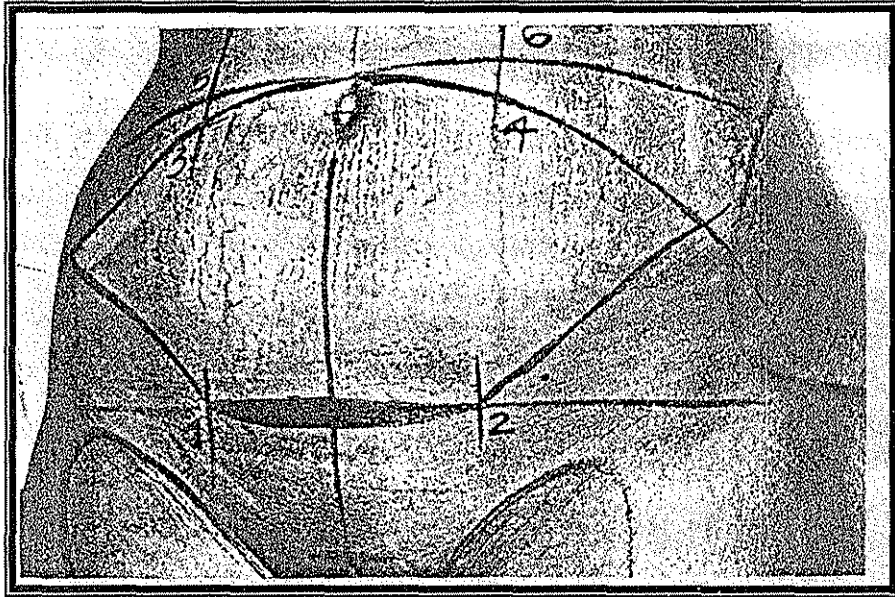
FUENTE: Barudi R, Keppke MK, Tozzi Neto FA: Abdominoplasty.

Past Reconst Surg 54:161, 1974

TESIS CON
FALLA DE ORIGEN

23-A

TECNICA ORIGINAL
RICARDO BAROUDI 1974



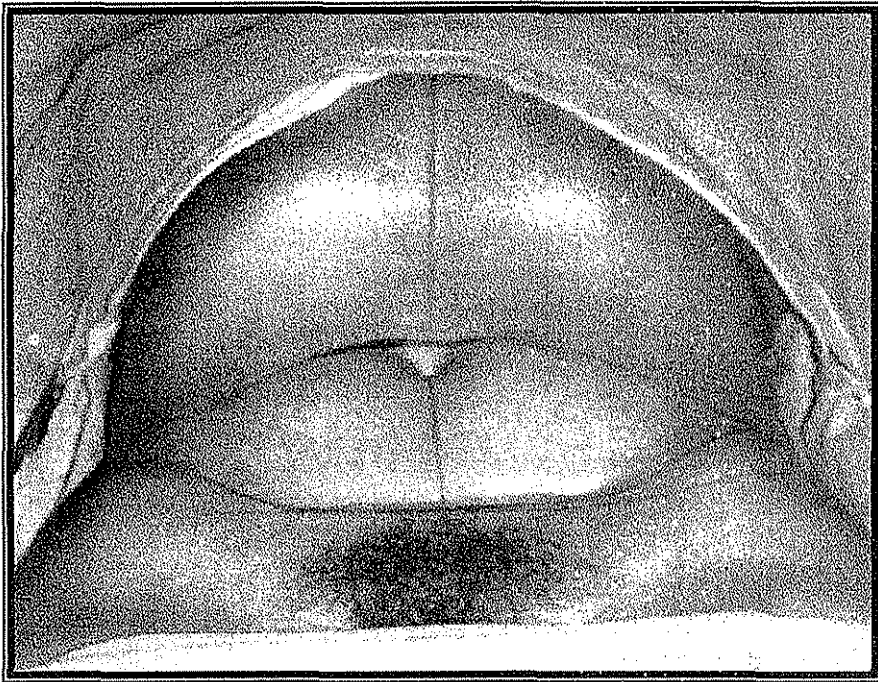
FUENTE: Barudi R, Keppke MK, Tozzi Neto FA: Abdominoplasty.

Past Reconst Surg 54:161, 1974

TESIS CON
FALLA DE ORIGEN

23-B

TECNICA ORIGINAL
RICARDO BARUDI 1974

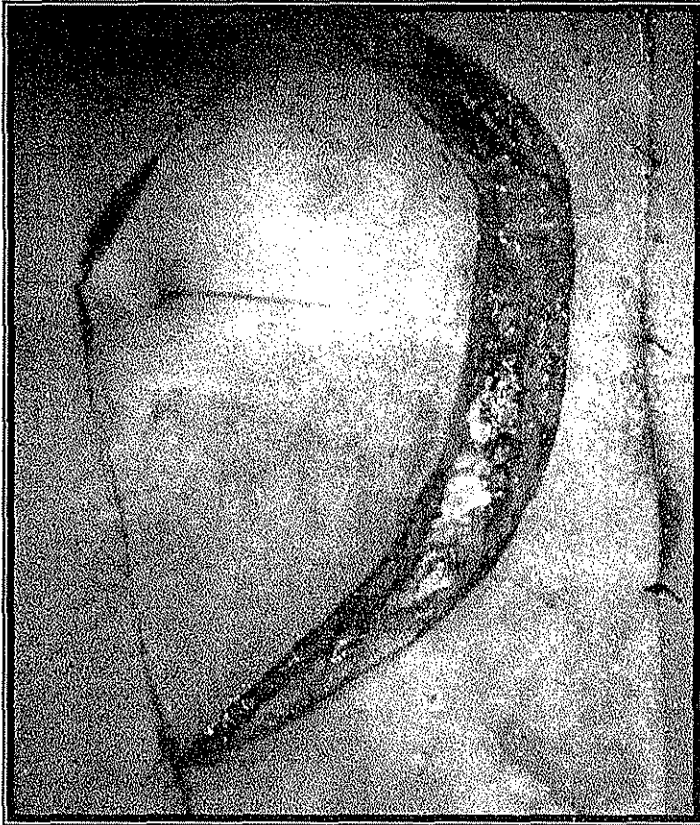


Caso clínico. Mujer de 29 años con abdomen con clasificación
tipo III-A de Matarasso. Marcaje tipo Baroudi

TESIS CON
FALLA DE ORIGEN

B-C

ABDOMINOPLASTIA
TECNICA MODIFICADA
PARA CONTORNO DE CADERA



Con la Técnica del Dr.. Baroudi se inicia la incisión en la parte inferior del colgajo y se levanta el colgajo hasta el nivel umbilical o bien hasta completar el despegamiento completo hasta el apéndice xifoides

TESIS CON
FALLA DE ORIGEN

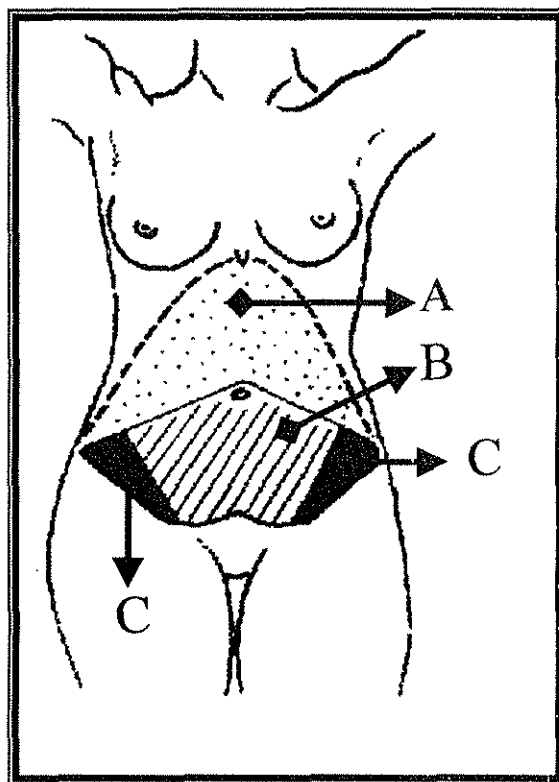
este paso se puede realizar inyectando previamente solución salina con vasoconstrictor para disminuir el sangrado. Debe tenerse en cuenta la hemostasia mediante cauterio de todos los vasos, se inicia el despegamiento del colgajo hasta llegar a la cicatriz umbilical, sitio en el cual se le dará el tratamiento elegido por el cirujano, a este nivel y una vez liberado el ombligo se puede partir en dos longitudinalmente el colgajo o bien continuar el despegamiento con hemostasia del colgajo hasta llegar al apéndice xifoides y el reborde costal, se verifica la hemostasia, se evalúa la cantidad de colgajo caudal a resecar, si se secciona el colgajo en forma longitudinal hasta el defecto umbilical es más fácil su evaluación colocando un punto de seda del colgajo cefálico uniendo los dos segmentos de la Línea X-X' del colgajo y la región suprapúbica. Se procede a la plicatura del sistema musculoaponeurótico en la medida que se requiere utilizando las técnicas de Jackson o bien la de Psillakis, con esto obviamente se reducirá el diámetro de la cintura así como se reforzara y tensionara el sistema musculoaponeurótico.

A continuación se procede a “medializar” los colgajos laterales de las caderas que previamente habíamos marcado, esto con la ayuda de 3 o 4 puntos de seda realizados desde el extremo lateral de las incisiones y colocados equidistantes para distribuir la tensión, el ayudante acerca los colgajos mientras el cirujano realiza los puntos. Es importante recalcar que con esta maniobra las marcas de los colgajos laterales previamente realizados pueden cambiar y volverse más mediales, lo que nos lleva a trazar nuevas líneas de colgajo, también a uno o dos cm. por dentro de las espinas ilíacas anterosuperiores, resecando ligeramente un poco más de colgajo cutaneoadiposo lateral. Se procede a incidir en estas últimas marcas laterales. Con este paso se obtienen cuatro colgajos del delantal abdominal y no dos como se obtiene con la técnica original del Dr. Barudi.

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

Se continúa con la Resección del delantal (4 colgajos cutaneoadiposos), distribuyendo el colgajo con el borde inferior de la

ABDOMINOPLASTIA MODIFICADA PARA CONTORNO DE CADERA



- A.- Zona de puntos: Zona de “despegue” o disección
B.- Zona con diagonales: resección original de colgajo
C.- Zona en negro: Resección adicional con la Técnica modificada para contorno de cadera

TESIS CON
FALLA DE ORIGEN

24-A

herida y teniendo cuidado de medializarlo para evitar que la cicatriz resultante se desborde de las crestas ilíacas o líneas axilar anterior. El siguiente paso es la umbilicoplastia con la técnica elegida por el cirujano así como el tratamiento a la línea media supraumbilical; nosotros resecamos una piramide romboidal del estrato graso, con esto se logra dar profundidad al ombligo , ademas practicamos una incisión longitudinal grasa a través de la linea X-X' supraumbilical.

Se procede al cierre de la herida; nosotros utilizamos sutura en un plano con vicryl N° 4/0, con puntos subdérmicos, simples, invertidos. Ayudados con suturas externas tipo "SteriStreep" transversales a lo largo de la sutura.

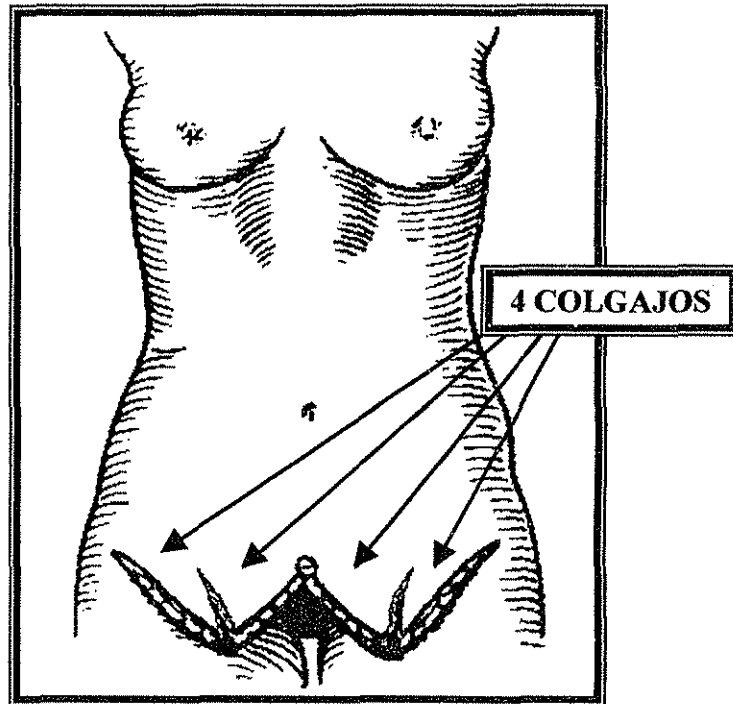
Es importante dejar un drenaje ya sea a gravedad o cerrado aspirativo para evitar una de las principales complicaciones de la abdominoplastia que es la colección de hematoma o bien la formación de seroma.

En este momento se puede realizar la liposucción de las áreas adyacentes con la técnica seca o bien tumescente de preferencia esta ultima dada la cantidad de sangre perdida durante el despegamiento y resección del delantal abdominal.

Una vez terminados los procedimientos quirúrgicos, se colocara un vendaje compresivo con la tensión suficiente para no isquemizar los colgajos, el cual puede realizarse con vendas elásticas o bien con una faja especial elástica confeccionada con la medida ideal a la paciente.

La evaluación postoperatoria se realiza a las 48-72 horas, dando indicación a la paciente de evitar los esfuerzos físicos y posteriormente cada 8-10 días.

ABDOMINOPLASTIA
TECNICA MODIFICADA
PARA CONTORNO DE CADERA



Con esta técnica se obtienen cuatro colgajos, de los cuales 2 son del colgajo original cefalico y 2 colgajos que se obtienen de la modificación para contorno de cadera

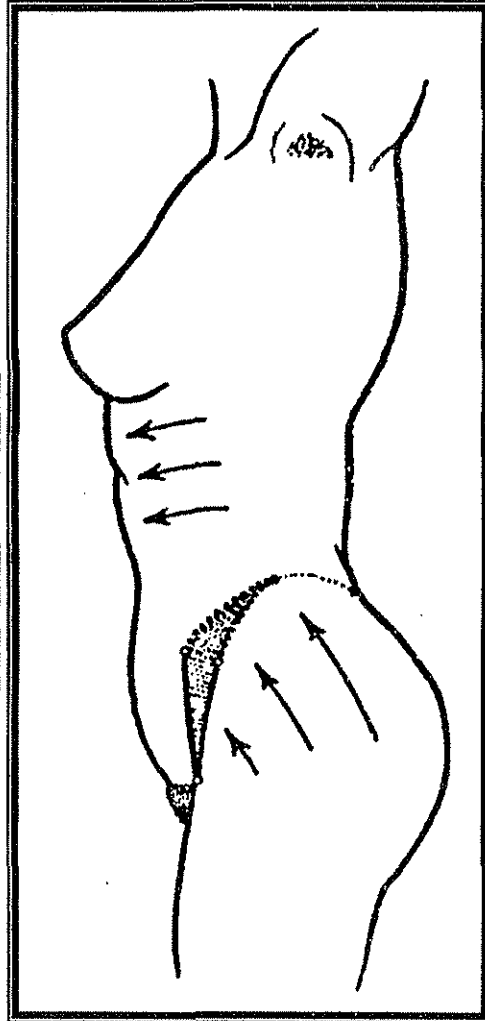
TESIS CON
FALLA DE ORIGEN

25A

VECTORES QUE SE CORRIGEN

Plicatura longitudinal
del sistema
musculoaponeurótico

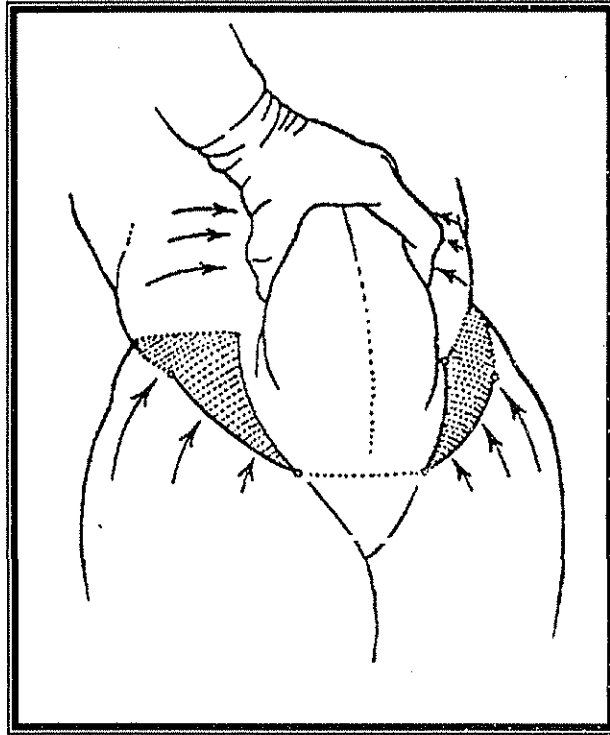
Colgajos laterales para
contorno de cadera



TESIS CON
FALLA DE ORIGEN

25-B

VALORACION DE LOS COLGAJOS



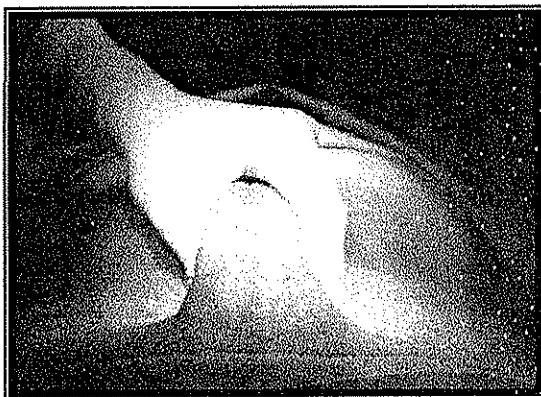
Maniobra de pellizco con una mano para valorar el colgajo cefalicomedial así como los colgajos laterales para contorno de cadera.

En gris los colgajos laterales que se resecan con esta técnica

TESIS CON
FALLA DE ORIGEN

25-c

VALORACION DE LOS COLGAJOS



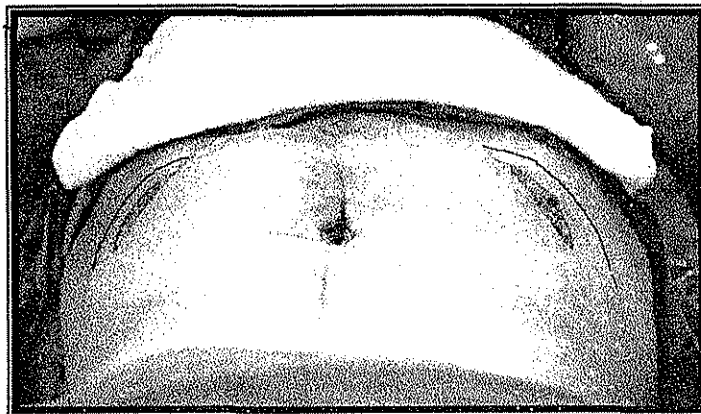
Maniobra de pellizco con una mano para valorar el colgajo cefalicomedial así como los colgajos laterales para contorno de cadera.

En gris los colgajos laterales que se resecan con esta técnica

TESIS CON
FALLA DE ORIGEN

25-D

ABDOMINOPLASTIA TECNICA MODIFICADA PARA CONTORNO DE CADERA

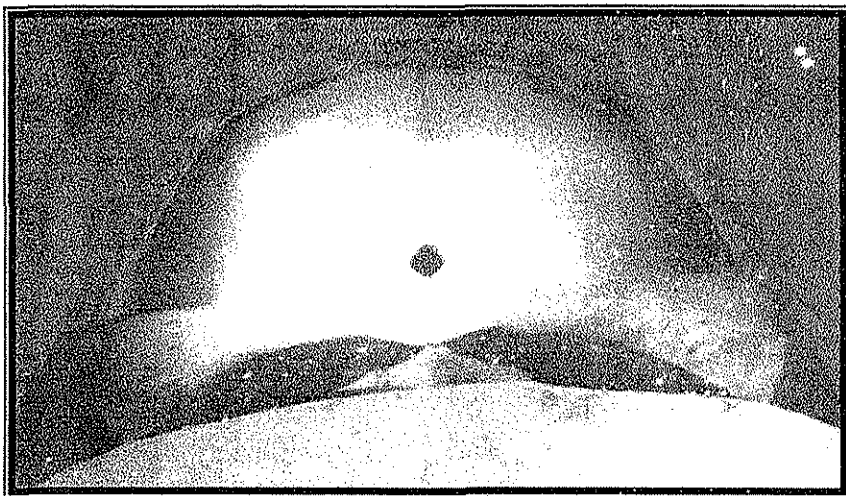


Presentación y plicatura de los colgajos laterales así como su
marcaje

TESIS CON
FALLA DE ORIGEN

25-E

ABDOMINOPLASTIA MODIFICADA PARA CONTORNO DE CADERA



Presentación del colgajo para la resección del mismo, evitando la
tensión

TESIS CON
FALLA DE ORIGEN

ABDOMINOPLASTIA
TECNICA MODIFICADA
PARA CONTORNO DE CADERA

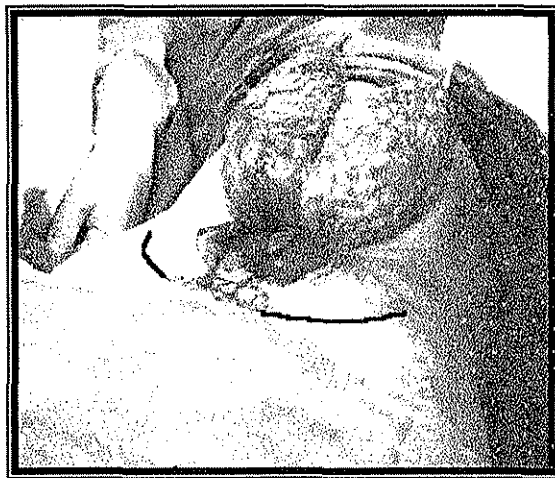


Levantamiento completo del colgajo abdominal y evaluación
del sistema musculoaponeurótico de la pared abdominal

TESIS CON
FALLA DE ORIGEN

25-6

ABDOMINOPLASTIA MODIFICADA PARA CONTORNO DE CADERA

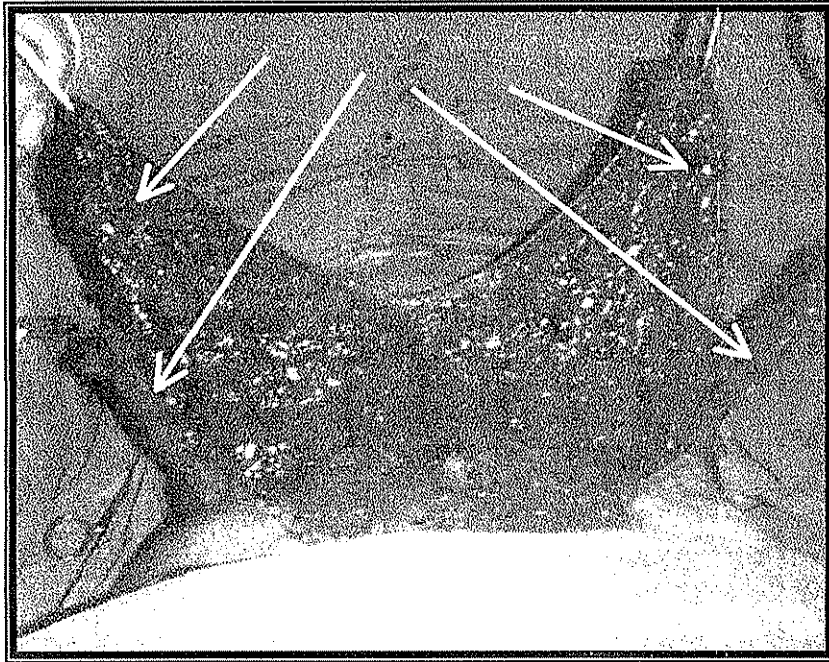


Plicatura para “avanzar” o medializar los colgajos laterales a nivel de la cadera

TESIS CON
FALLA DE ORIGEN

25-A

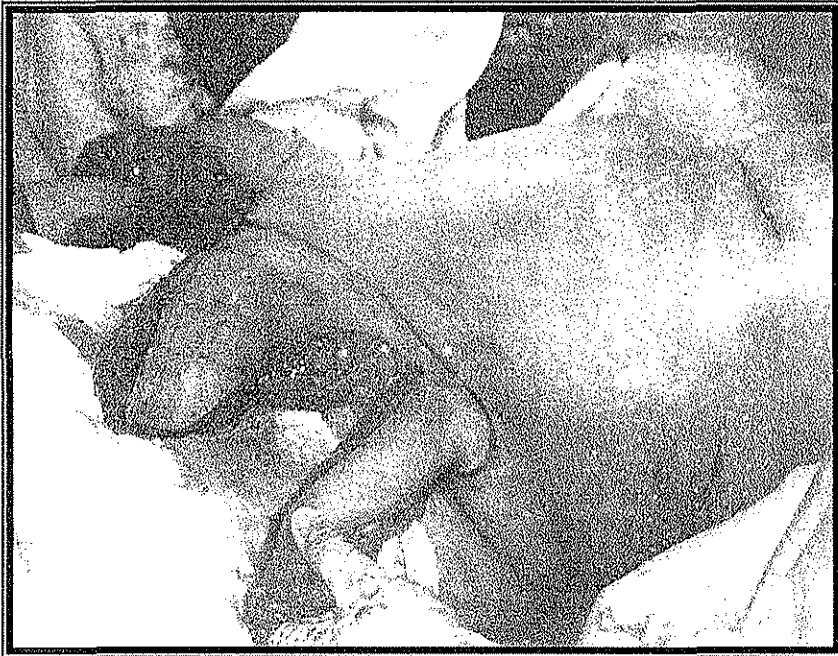
ABDOMINOPLASTIA MODIFICADA PARA CONTORNO DE CADERA



Con esta técnica se obtienen cuatro colgajos del delantal abdominal en lugar de dos colgajos con la técnica convencional del Dr. Barudi

TESIS CON
FALLA DE ORIGEN

ABDOMINOPLASTIA MODIFICADA PARA CONTORNO DE CADERA



Presentación de los cuatro colgajos obtenidos del
delantal abdominal

TESIS CON
FALLA DE ORIGEN

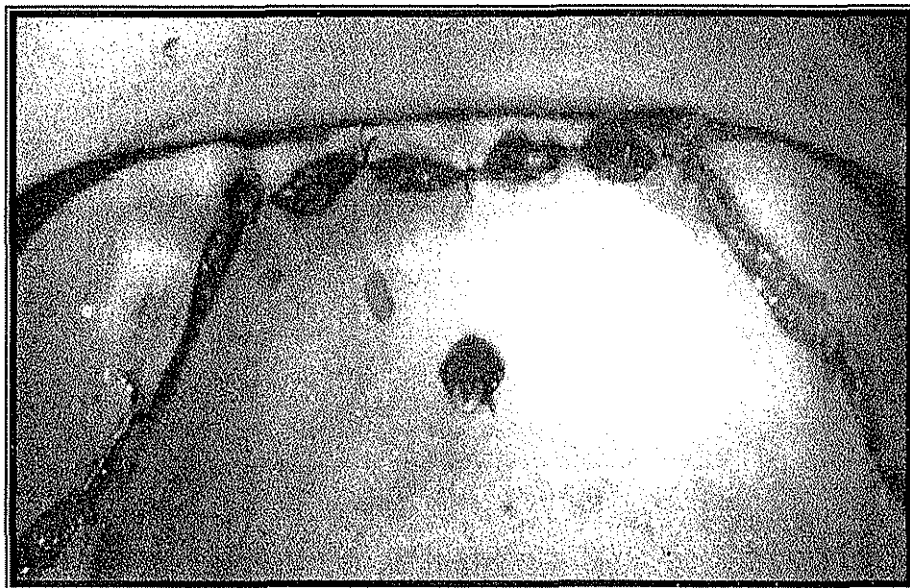
ABDOMINOPLASTIA MODIFICADA PARA CONTORNO DE CADERA



Pieza quirúrgica de la resección del colgajo
cutáneoadiposo

TESIS CON
FALLA DE ORIGEN

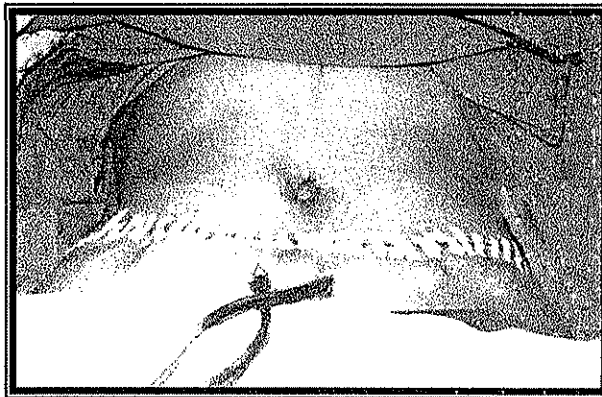
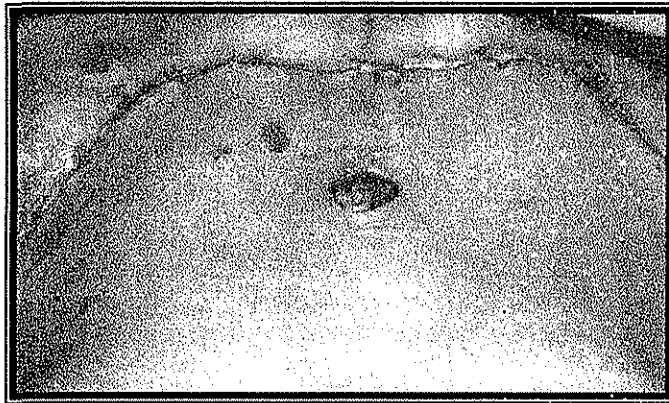
ABDOMINOPLASTIA MODIFICADA PARA CONTORNO DE CADERA



Se cierra la herida colocando puntos antitensionales y tratando de llevar el colgajo hacia la línea media para evitar que los extremos de la cicatriz invada la línea axilar anterior

TESIS CON
FALLA DE ORIGEN

ABDOMINOPLASTIA MODIFICADA PARA CONTORNO DE CADERA

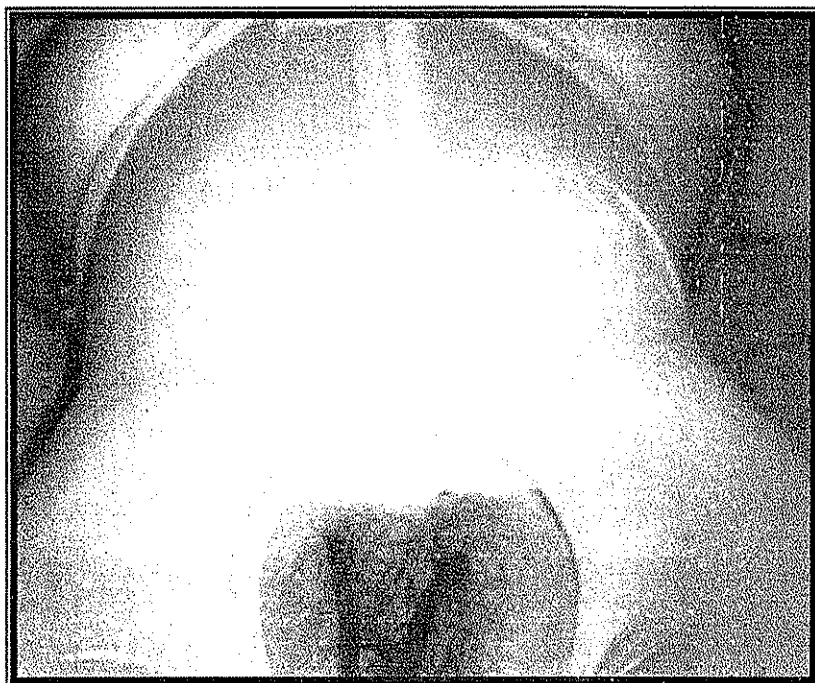


Se cierra la herida con puntos invaginantes, simples usando material absorbible tipo vicryl N° 4/0
Se colocan suturas externas tipo "Steri-StrEEP" perpendiculares a la herida.

TESIS CON
FALLA DE ORIGEN

25-11

ABDOMINOPLASTIA MODIFICADA PARA CONTORNO DE CADERA



Se ha colocado un drenaje aspirativo a cada lado del colgajo disecado, así como una faja de compresión graduada adecuada a la talla de la paciente

TESIS CON
FALLA DE ORIGEN

25-N

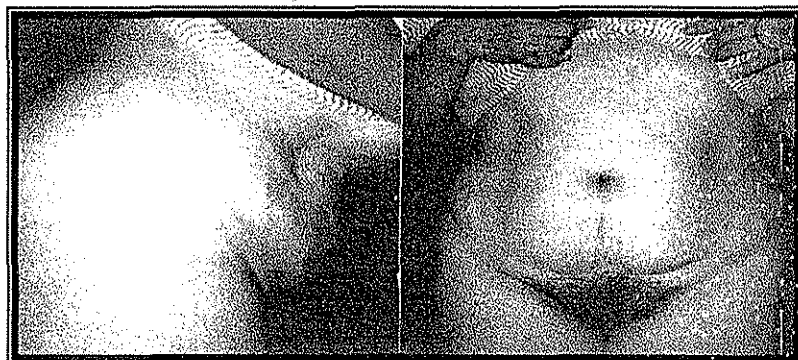
CONCLUSIONES

Con la técnica de abdominoplastia del Dr. Ricardo Barudi y modificada por el Dr. Joel Robles para la formación y contorno de cadera, encontramos que en las pacientes operadas los resultados evaluados fueron de excelentes a buenos en la escala subjetiva empleada y que fue la opinión de las pacientes lo más objetivo que se logro, sin embargo desde el punto de vista del cirujano, también los resultados obtenidos fueron altamente satisfactorios, ya que con esta técnica se logra resecar un poco más de colgajo cutaneoadiposo además de conformar mas estéticamente la cadera, situación que no existía adecuadamente con la técnica o técnicas convencionales.

En este estudio no se evalúan las complicaciones, sin embargo no se obtuvo ningún tipo de complicaciones de las descritas en la literatura mundial para la abdominoplastia; solo dos pacientes requirieron de la revisión del contorneado corporal mediante liposucción de áreas adyacentes el cual se realizo tres meses después aproximadamente en cada caso.

Podemos concluir pues, que esta técnica produce excelentes resultados para el tratamiento estético y funcional del abdomen en pacientes con defectos abdominales clasificadas en el grado III-A al IV-B de Matarasso con la consecuente satisfacción tanto para la paciente como para el cirujano y que sí se siguen las indicaciones de la técnica quirúrgica las complicaciones son mínimas o nulas.

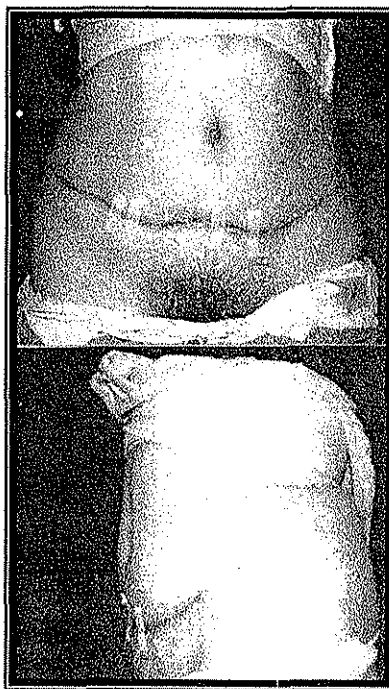
ABDOMINOPLASTIA MODIFICADA PARA CONTORNO DE CADERA



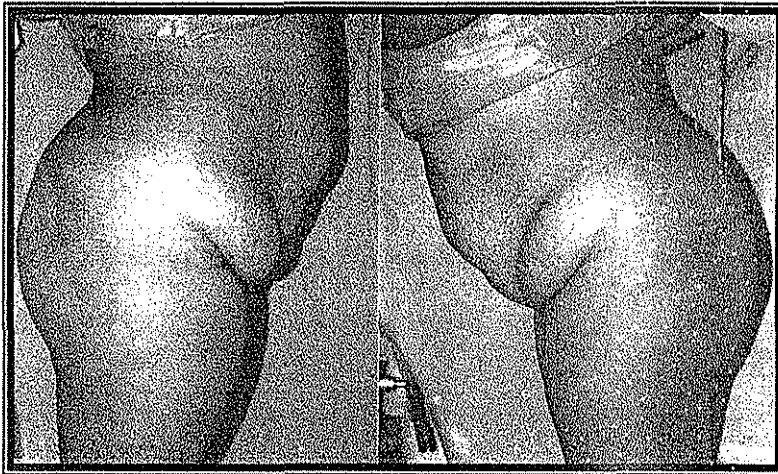
Caso clínico 11.

Mujer de 36 años de edad con
Clasificación de Matarasso tipo
IV-A

De talla 36 y medidas
preoperatorias de 88 cm. a nivel
de la cintura y 110 cm. a nivel de
la cadera



ABDOMINOPLASTIA MODIFICADA PARA CONTORNO DE CADERA

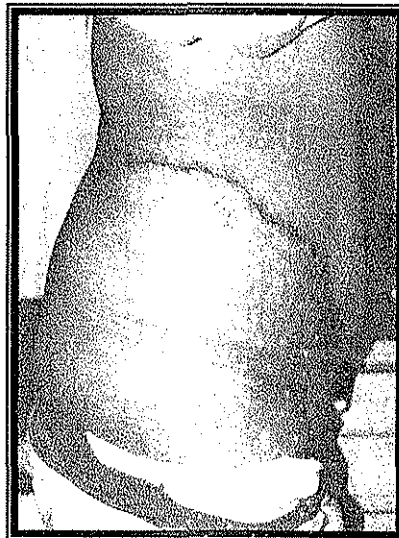


Caso clínico 8

Mujer de 39 años con
clasificación tipo IV-B de
Matarasso

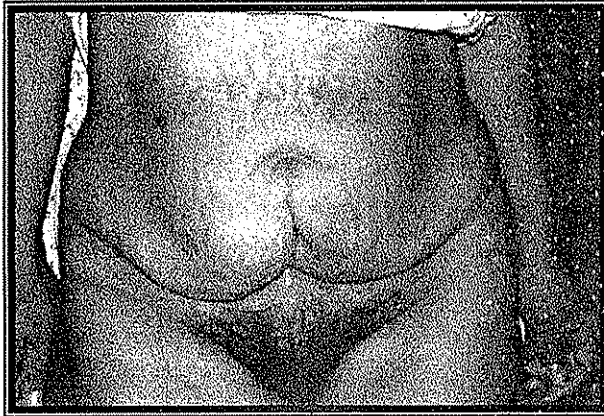
Gran destrucción cutánea por
estrías y del sistema
musculoaponeurótico

Dada la gran resección la
incisión se extiende un poco
más allá de la línea
axilar anterior



TESIS CON
FALLA DE ORIGEN

ABDOMINOPLASTIA MODIFICADA PARA CONTORNO DE CADERA



Caso clínico 6

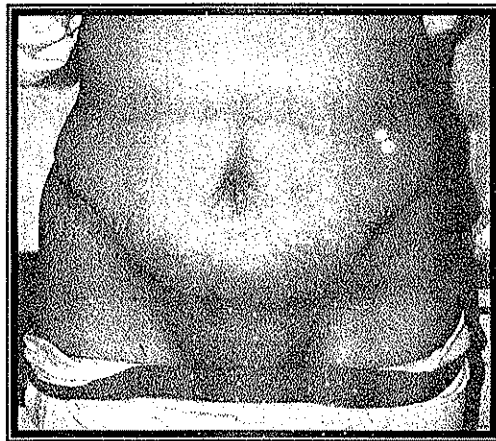
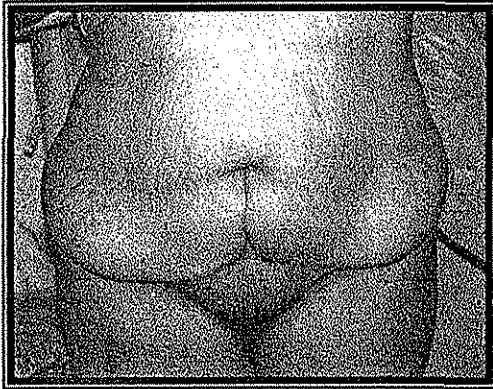
Mujer de 38 años

Con clasificación de Matarasso
tipo IV-B. Con tres cirugías
tipo cesárea previas y
destrucción severa de la piel
por estrías y del sistema
musculoaponeurótico



TESIS CON
FALLA DE ORIGEN

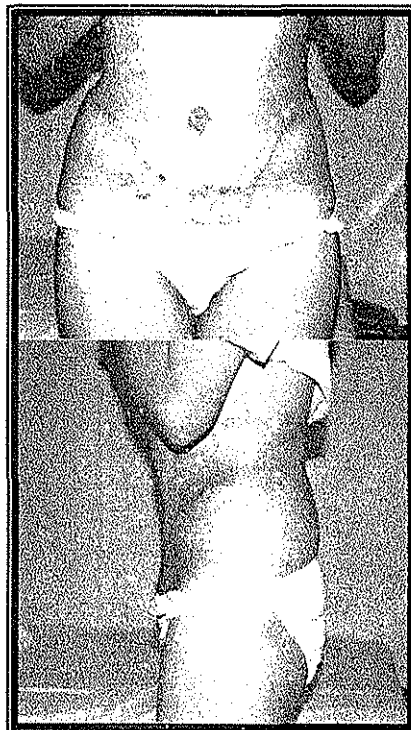
ABDOMINOPLASTIA MODIFICADA PARA CONTORNO DE CADERA



Caso clínico 4. Mujer de 40 años de edad con Destrucción de la pared abdominal por 2 cesáreas previas, Clasificación tipo IV-B de Mataraso. Con talla 36

TESIS CON
FALLA DE ORIGEN

ABDOMINOPLASTIA MODIFICADA PARA CONTORNO DE CADERA



Caso clínico 3. Mujer de 32 años de edad de talla 32 con medidas preoperatorias de 73 cm. a nivel de la cintura y 90 cm a nivel de la cadera

TESIS CON
FALLA DE ORIGEN

- [1] ELBAZ JS, DARDOURJC, RICBOURG B. Vascularidad arterial de la pared abdominal. *Ann. Chir Plast Esthet*; 20 : 19-29, 1979
- [2] CORREA ITURRASPE M.-Dermolipectomia vertical del abdomen. *Bol. Soc. Argent. Ciruj.*, 13, 648-671, 1952
- [3] PITANGUY I. Abdominal lipectomy: an approach to it through an analysis of 300 consecutive cases. *Plastic Reconstr Surg*, 40: 384-391, 1967
- [4] CALLIA W. Contribución para el estudio de la corrección quirúrgica del abdomen péndulo y globoso. Técnica original. *These med.*, Sao Paulo, 1965.
- [5] BAROUDI RICARDO ET COLL. Abdomnioplasty. *Plast Reconstr Surg.*, 54, 2: 161-167, 1974
- [6] REGNAULT PAULE. Abdominoplasty by the W-technique. *Plast Reconstr Surg.*, 55: 272-275, 1965.
- [7] VILAIN R. La técnica de "puesta de sol" para las dermodistrofias abdominales. *Ann Chir Plast.*, 20, 2: 239-242, 1975.
- [8] ILLOUZ YG, Body contouring by lipolysis: a 5 years experience with over 3000 cases. *Plast Reconstr Surg.*, 1983; 72: 591-596.
- [9] APPIANI E. The use of the internal and transverse muscle and its limitations in abdominoplasty. *XVI International Symposium of Plastic and Aesthetic Surgery*, Institute of Plastic Surgery, Guadalajara, México, 1988.
- [10] JACKSON IT, DOWNIE PA., Abdominoplasty: the wastline stitch and other refinements. *Plast Reconstr Surg.*, 1978, 61, 2: 180-183
- [11] PSILLAKIS JM. Abdominoplasty: some ideas to improve results. *Aesthet Plast Surg.* 1978; 2:205-212
- [12] MITZ V, ELBAZ JS. El estudio de las fibras elasticas dermicas en cortes de las operaciones plasticas del tronco. *Ann Chir Plast Esthet* 1975; 20: 31-44
- [13] ELBAZ JS, DARDOUR JC. Vascularidad arterial de la pared abdominal. *Ann Chir Plast Esthet* 1975, 20: 19-29
- [14] PITANGUY I. Aesthetic plastic surgery of head and body. Springer Verlag. Berlin 1981.
- [15] PITANGUY I, CERAVOLO OP., Our experience with combined procedures in aesthetic plastic surgery. *Plast Reconstr Surg*, 1983, 71: 56-63.