

# Abdominoplastia/ lipoescultura/ liposucción/ lipomarcaje

## Abdominoplastia.

La técnica de abdominoplastia con resección en bloque es muy rápida, por lo que está especialmente recomendada en el caso de cirugías combinadas. Además, dada su eficiencia, se trata de una técnica muy segura y con un índice de morbilidad muy bajo.

TABLA I: Abdominoplastia con la técnica de resección en bloque, cirugías simples y combinadas. Total: 1170 casos

Abdomen	632
Abdomen + Cirugía de la Mama	188
Abdomen + Otras cirugías	106
Abdomen + Liposucción	75
Abdomen + Implantes Mamarios	44
Abdomen + Liposucción + Cirugía de la Mama	35
Abdomen + Cara	23
Abdomen + Párpados	17
Abdomen + Histerectomía	16
Abdomen + Cara + Cirugía de la Mama	12
Abdomen + Cirugía Ginecológica	12
Abdomen + Cara + Liposucción	10

En el caso de pacientes que necesitan perder peso por encima de 15 kg para lograr su peso ideal o que fueron clasificados por el Servicio de Anestesia como riesgo ASA II, III y IV, contraindicamos el procedimiento. Cuando se trata de pacientes fumadores, se les exige interrumpir el hábito durante 30 días antes y 30 días después de la cirugía.

Todos los pacientes son sometidos a examen abdominal manual tanto en decúbito supino como sentados. En todos los casos empleamos drenajes de succión en el postoperatorio, que fueron retirados a los 7 días de la intervención.



Fig. 1 y 1b: Examen abdominal que muestra la flacidez del colgajo y después de la resección en bloque.

Dibujamos el diseño del patrón de resección sobre al abdomen con azul de metileno y de acuerdo con la descripción original de la técnica. Infiltramos la zona del colgajo empleando una jeringa de 20 ml. y un catéter intravenoso del no 18, con 300 ml. de solución salina que contenía además 1 ml. de adrenalina a 1:1000 y 40 ml. de lidocaína sin vasoconstrictor



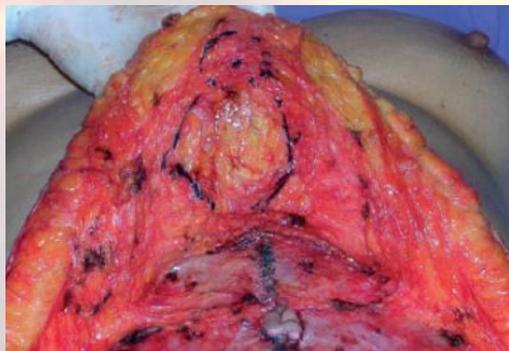
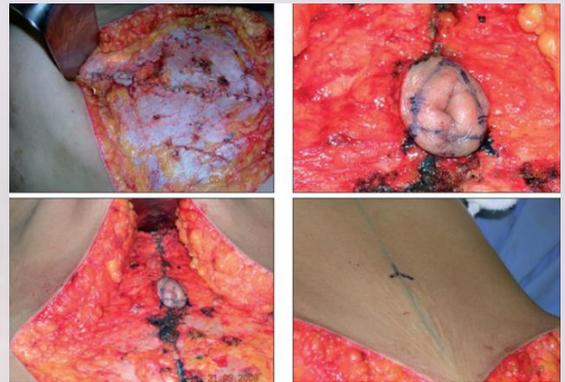
La resección del colgajo abdominal inferior siguió el método descrito por Pontes. El peso de la pieza abdominal reseçada osciló entre los 580 gr. y los 2,5 Kg, si bien la mayoría de los casos estuvo en torno a los 900 gr. de peso.



Elevamos el colgajo abdominal superior empleando el método convencional, despegando hasta xifoides medialmente y hasta 2-4 cm por encima del borde anterior de los arcos costales lateralmente

La plicatura de la fascia abdominal se hizo siguiendo el diseño en elipse que hemos comentado y empleando puntos sueltos de nylon de 2-0 y en X

La cicatriz umbilical se moldeó en forma triangular con un marcaje sobre la piel abdominal en forma de estrella. En 1150 casos, disecamos el tejido subcutáneo por debajo del marcaje en estrella en forma cónica, siguiendo la descripción de Pontes



En los otros 20 casos, solo disecamos el tejido subcutáneo en la porción lateral y superior, dejando un lecho de dicho tejido debajo del borde inferior del diseño original en estrella, a fin de obtener un resultado más natural en éste área, aportando un mayor soporte frente a la retracción de la cicatriz umbilical y las fuerzas de tracción suprapúbicas.

Reconstruimos el abdomen desplazando el colgajo abdominal superior hacia la región del pubis y suturando con puntos de nylon 2-0 en el plano de la fascia de Scarpa y con puntos de monocryl 5-0 en el plano celular y en la sutura intradérmica final.

Colocamos, drenajes de succión en todos los casos. En algunos casos dividimos el drenaje en 2 vías pasando por el pubis, y en otros pasamos a utilizar un drenaje único sobre el pubis. En todos los casos, retiramos los drenajes a los 7 días de postoperatorio. No apreciamos diferencias relativas a la colocación de los drenajes, aunque somos conscientes de que el número de casos en los que hemos empleado un solo drenaje central, es muy pequeño en comparación con el total del grupo de estudio.



Empleamos drenaje linfático manual postoperatorio en todos los casos, empezando precozmente tras la cirugía. En los primeros 1100 casos, el programa de drenaje fue de 3 veces por semana, empezando a los 5 días de la intervención; en los últimos 70 casos, el programa comenzó al día siguiente de la intervención con una pauta de una vez al día durante los primeros 10 días y después 3 veces por semana durante 20 días más, completando así un total de 30 días y 19 sesiones. A todos los pacientes se les indicó reposo durante 30 días con actividades restringidas y esperar 90 días antes de volver a realizar ejercicio físico. En todos los casos se recomendó llevar prenda de presoterapia abdominal durante 30 días.

La duración de la cirugía de abdominoplastia con resección en bloque cuando se realizó de forma aislada fue desde 1,30 hasta 2,30 horas.

## ***lipoescultura***

Procedimiento quirúrgico que consiste en la mejora del contorno corporal mediante la aspiración e inyección de grasa obtenida del mismo paciente

### INDICACIONES:

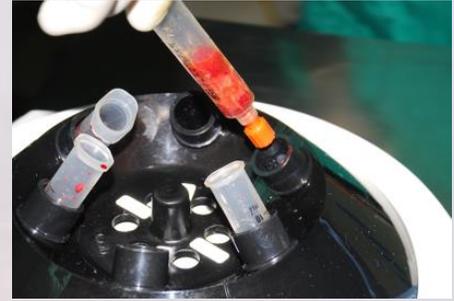
- Cara: rejuvenecimiento facial, lipodistrofia por antirretrovirales. Hemiatrofia facial, fisura alveolares o palatinas, insuficiencia velofaríngea. Cicatrices.
- Aumento mamario, glúteos.
- Manos, deformidades de cuerda vocal, incontinencia, esfínter anal.

### TECNICA:

- **Extracción de la grasa:** infiltración con una solución de Ringer lactado, anestésico y adrenalina. Succión mediante cánula roma con jeringa de 10ml.

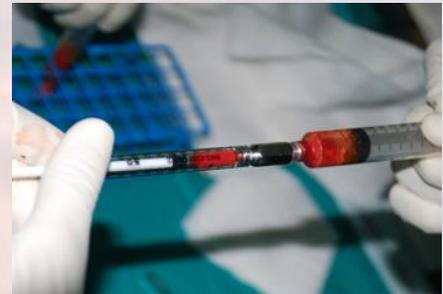


- ● ● **Centrifugado de la grasa:** 3000 rpm durante 2-3 para la separación de componentes mediante sedimentación en tres fases.



- ● ● **Preparación de la grasa concentrada:** la capa intermedia es separada y transferida a una jeringa de 1 o 3ml, conectada a cánulas pequeñas romas de microfiltración.

**Infiltración del injerto graso:** introducción de cánula a través de una pequeña incisión, creando un túnel. La grasa se va depositando en pequeñas cantidades a modo de “perlas” con el retroceso de la cánula. Se realizan múltiples pases, depositando 0,1ml de grasa cada vez, en diferentes planos, tanto profundos como superficiales



## RESULTADOS Y COMPLICACIONES.

A pesar de que está demostrada la supervivencia a largo plazo de los injertos grasos, son difíciles los resultados predecibles y fiables.

- Reabsorción
- Sobrecorrección
- Edema prolongado
- Necrosis grasa
- Migración
- Depósitos anómalos
- Infección

**Complicaciones graves:** tromboembolismo pulmonar, ceguera, infarto o necrosis cutánea secundarios a oclusiones arterial por inyección grasa

## Liposucción

La liposucción incluye la eliminación de tejido adiposo a través de pequeñas incisiones utilizando una cánula de aspiración hueca. La cicatrización es bastante inocua, pero un principio fundamental de la liposucción es que la grasa debe eliminarse sin causar tensión a la piel. Por lo tanto, el médico depende de la elasticidad inherente de la piel del paciente para permitir la retracción sobre el depósito de grasa tratado. La valoración del tono de la piel es una parte vital del paciente.

Está indicada primordialmente para la extirpación de adipocidades inestéticas localizadas (abdomen, glúteos, caderas, "pistolas", cintura, muslos, brazos, "papada", mejillas). También es usada para el tratamiento de la pseudoginecomastia en el varón, extirpación de lipomas gigantes y en combinación con otros procedimientos quirúrgicos tales como la dermolipectomía y ritidectomía. Por lo anterior podemos clasificar la liposucción en dos tipos:

- a) lipoescultura: cuando se extraen menos de 4 litros de uno o varios sitios.
- b) De Volumen: cuando se extraen más de 4 litros.

La cánula de aspiración retira grasa al eliminar pequeñas porciones de tejido adiposo a través de pequeños orificios en la punta de la cánula.

Ya que es una cirugía cosmética no se justifica correr el más mínimo riesgo, así que a todos los pacientes, por pequeño que sea el procedimiento y sin importar la edad, se les exige una valoración preoperatoria hecha por un cardiólogo y se les toma una historia clínica completa con especial énfasis en la reacción a drogas, especialmente sedantes y analgésicos. Laboratorialmente se les pide hemograma, glicemia, pruebas de coagulación y serología por el VIH. Debe pedirse al paciente que evite el consumo de ASA o AINES desde 4 semanas antes pues prolongan la coagulación. El paciente comienza a prepararse desde 3 días antes de la operación bañándose diariamente con yodo povidona o clorhexidina (si es alérgico al yodo). Un día antes se inicia un antibiótico (preferimos una cefalosporina) que se continuará por 5 días.

## PROCEDIMIENTO.

Se marca las áreas a tratar con el paciente en posición de pie, usando un marcador indeleble común y corriente. Se coloca una sábana estéril sobre la mesa operatoria, se acuesta al paciente y se cubre con campos pero de manera que permitan una visión completa del área. Se pinta con yodo povidona cuidando de no borrar las marcas guía. Con una aguja 25 se infiltra xylocaína al 1% con epinefrina haciendo botones epidérmicos. Posteriormente procedemos a hacer una mínima abertura en la piel (0.5 cm) con un bisturí 15. Si se está operando abdomen se hacen suprapúbica y supraumbilicálmente y de esta manera las cicatrices se vuelven invisibles.

En otras áreas no usamos bisturí sino que una aguja 14 ó un punzón pues una punción deja menos cicatriz que una cortadura (Fournier). Por la abertura se introduce el infusor Lamis y se va aplicando la solución de Klein con la jeringa Lamis hasta que toda el área a tratar esté tumescente (Varía de 1-4 litros). Antes de succionar la grasa deben pasar por lo menos 20 minutos desde que se comenzó a aplicar la TTK, pues el efecto vasoconstrictor no es inmediato. Ese tiempo aparentemente perdido será recuperado posteriormente al aspirar grasa prácticamente sin sangre. Procedemos entonces a la introducción de las cánulas y a la liposucción en sí, haciendo movimientos de pistón adelante y atrás. Debe cuidarse que los agujeros de la cánula estén siempre hacia abajo para evitar dañar los plexos dérmicos y mantener las cánulas profundamente en el subcutáneo, casi por encima de la fascia, para evitar deformidades en la piel. Mientras la mano derecha mueve la cánula la izquierda guía y se asegura de la posición de la misma. Para saber cuánta grasa extraer se usa la observación directa del área y el "test del pellizco" que consiste en sujetar el panículo entre los dedos índice y pulgar y calcular el espesor entre ellos, el cual nunca debe ser menor a 1.5 cm. Una vez terminada la liposucción se sutura con nylon 5-0, se colocan gasas, vendaje compresivo con French Irape (Byron Medical) y una faja bien ajustada que debe ser mantenida en su lugar por una semana a fin de que la piel se pegue a su nuevo lecho. Durante la cirugía, es necesario

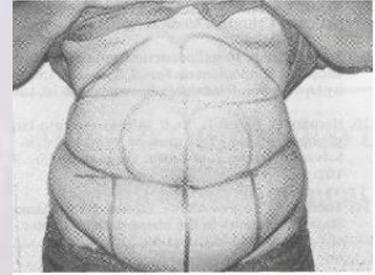


Fig. 2a. Preoperatorio, liposucción abdominal.



Fig. 3a. Preoperatorio, liposucción de "pistolos".

mantener un buen aporte de líquido en una proporción de 2:1 entre lo administrado y extraído. Como la pérdida de sangre es mínima ya no se usan transfusiones.

## POSTOPERATORIO

Se deja al paciente recuperarse una hora en sala de operaciones.

El paciente se va a su casa el mismo día. El dolor es mínimo y se

controla con acetaminofen o dipirona. Se recomiendan 48 horas de reposo relativo en casa, sin permanecer acostada, e ir aumentando gradualmente la actividad. Al 3er. día puede trabajar (si no exige mucho esfuerzo físico). Durante una semana debe usar una faja especial y sólo puede darse baños de esponja. Al cabo de ese tiempo se retira el French Tape y los puntos y se indican masajes con una crema emoliente que contenga hidrocortisona al 1% y urea al 20% por un mes. A los 15 días se le ordena comenzar a hacer gimnasia y masaje. La piel permanecerá endurecida y poco sensible por 2 a 6 semanas. Según la cantidad de grasa extraída.



g. 2b. Postoperatorio, 5 días después, nótese la ausencia de juimosis.

## Lipomarcaje

Es una intervención destinada especialmente a resaltar las líneas del abdomen y son los jóvenes los que más recurren a este tratamiento. El resultado es un abdomen plano y músculos definidos. Al igual que una liposucción tradicional, se basa en la técnica aspirativa: mediante una cánula de punta roma introducida en el tejido graso se aspira la grasa localizada. Para marcar la musculatura abdominal, antes de la cirugía, el cirujano plástico pedirá al paciente que contraiga los músculos para delimitar tus surcos naturales. Tras eliminar el tejido adiposo que dificulta la visión de los músculos y con la misma cánula, se perfilan las hendiduras que los separan.

Para la introducción de la cánula se realizan pequeñas incisiones de apenas unos milímetros, aprovechando normalmente los pliegues naturales de la piel, que una vez cicatrizadas, apenas son visibles.

Esta intervención se realiza generalmente con anestesia general y local a nivel del abdomen y flancos. En algunos casos es posible usar anestesia local y una ligera sedación