

**NOMBRE DE ESTUDIANTE:**  
**KARLA LIZETH VALENCIA PÉREZ**

**DOCENTE:**  
**DR. ALFREDO LÓPEZ LÓPEZ**

**MATERIA:**  
**CLINICA QUIRURGICA**

**TEMA:**  
**REANIMACIÓN FACIAL, RECONSTRUCCION MAMARIA LIPOESCULTURA, LIPOTRANSFERENCIA Y LIPOMARCAJE**

**CARRERA:**  
**MEDICINA HUMANA**  
**SEMESTRE: SEPTIMO**  
**FECHA: 08/10/ 2021**

# Reanimación facial

La parálisis del nervio facial es un trastorno debilitante, y que desde el punto de vista emocional puede ocasionar depresión, que se manifiesta con muchos problemas estéticos y funcionales. La pérdida de la actividad muscular ocasiona mala articulación del lenguaje y sialorrea por insuficiencia bucal, queratopatía por exposición por disfunción del aparato lagrimal y ectropión paralítico con alteración de la socialización por desfiguración facial y dificultad para expresar emociones. La disfunción del nervio facial tiene múltiples causas posibles, lo que incluye la resección oncológica, cirugía de la base del cráneo por el hueso temporal, traumatismos, trastornos congénitos (síndrome de Möbius) y de causa idiopática. La principal consideración en el tratamiento es la simetría de la frente y cejas, cierre de los párpados, suficiencia y simetría de la boca y conservación de la dinámica de la sonrisa. Los objetivos a largo plazo incluyen aspecto estático o normal, simetría con los movimientos y restablecimiento del control de los músculos voluntarios.

## Técnicas neurales

el tono facial se restablece casi seis meses después de la reparación y los movimientos voluntarios unos cuantos meses más tarde.<sup>43</sup> Los problemas relacionados con la reparación e injerto del nervio facial son debilidad, movimientos masivos (sincinesia) y discinesia. Si se dispone del muñón proximal del nervio facial pero no se localiza el distal, puede obtenerse un segmento de plexo cervical y realizarse una anastomosis proximal con el muñón del nervio facial con implantación distal del mismo en los músculos de la expresión para permitir la regeneración nerviosa y el restablecimiento parcial de la función. Las técnicas de transferencia nerviosa utilizan otros nervios craneales para enervar el muñón distal del nervio facial en los casos en que no puede realizarse el injerto. Esto requiere la disponibilidad de nervio facial distal o muñones de sus ramas. Por lo común los nervios donadores utilizados incluyen el nervio hipogloso ipsolateral, nervio accesorio espinal y el injerto facial cruzado de nervio sural, que se une con la rama contralateral del nervio facial (rama bucal o cigomática redundante).

## Técnicas de transposición muscular

Cuando la unidad neuromuscular distal es deficiente, como en la parálisis facial congénita o en situaciones en las cuales la reconstrucción se llevará a cabo dos a tres años después de la lesión original, debe considerarse la transposición muscular. Dicha técnica

requiere entrenamiento muscular intenso para lograr el movimiento deseado. Un cabestrillo muscular facial dinámico clásico utiliza el músculo temporal, que recibe inervación del nervio trigémino y su irrigación de ramas profundas temporales de la arteria maxilar interna. El músculo se libera a lo largo de su aponeurosis de la línea de fusión temporal, se desplaza en dirección inferointerna y se une al modiollo en la comisura bucal, pliegue nasolabial y en potencia al músculo auricular del ojo.

#### Transferencia de tejidos libres inervados

Puede considerarse la transferencia microquirúrgica de músculos libres inervados en las mismas situaciones que la transferencia muscular local, pero es en especial apropiada cuando se necesita el aumento concomitante del volumen de tejidos blandos. Los músculos descritos para este fin incluyen el recto interno, dorsal ancho, serrato anterior y pectoral menor. El procedimiento puede realizarse en una sola etapa si se dispone del muñón proximal del nervio facial para su anastomosis o si se cuenta con un nervio lo suficientemente largo en el músculo donador para alcanzar las ramas contralaterales del nervio facial. Sin embargo, a menudo éste es un procedimiento que se realiza en etapas, que inicia con el establecimiento de una fuente neural local a través de un injerto cruzado de nervio facial. Las desventajas de la transferencia de músculo libre incluyen morbilidad en el sitio donador, tiempos quirúrgicos prolongados y la necesidad de capacitación microquirúrgica especializada.

#### Procedimientos auxiliares

Uno de los objetivos más importantes del tratamiento de la parálisis facial es la rehabilitación de la región periocular. Dicho objetivo se logra simplemente con la implantación de contrapesos de oro o platino en el párpado superior, lo que permite que la gravedad colabore con el cierre del párpado. Los cabestrillos aponeuróticos estáticos se utilizan para mejorar la simetría cuando enfermedades concomitantes evitan la realización de cirugías más extensas y en etapas. Los materiales para la creación del cabestrillo incluyen tensor de la fascia lata, politetrafluoroetileno y aloinjerto dérmico acelular humano. La hipertonicidad de los músculos faciales contralaterales se corrige con inyecciones de toxina botulínica.

# Reconstrucción mamaria

La reconstrucción mamaria inicia como un método para reducir las complicaciones y deformidades de la pared torácica por la mastectomía. Se ha demostrado que la reconstrucción tiene beneficios para la mujer en términos de bienestar psicológico y calidad de vida. El objetivo de la reconstrucción mamaria es crear nuevamente la forma y simetría mientras se evita el retraso del tratamiento coadyuvante para el cáncer. Varios estudios han demostrado que la reconstrucción mamaria, tanto inmediata como tardía, no obstaculiza el tratamiento oncológico estándar, no retrasa la detección del cáncer recurrente y no cambia la mortalidad general relacionada con la enfermedad.

## Momento oportuno para la reconstrucción

La reconstrucción inmediata se define como el inicio del proceso de reconstrucción mamaria al momento de la cirugía de ablación. Esto por lo general se lleva a cabo en pacientes con enfermedad en etapas iniciales en operatoria. La reconstrucción inmediata toma ventaja de la conservación de la cubierta cutánea flexible, que es posible con la mastectomía con conservación de la piel. En general este método permite una reconstrucción más estética y simétrica. También toma la ventaja psicológica de que la paciente evite vivir con la deformidad de una mastectomía, como ocurre con pacientes en quienes se realiza reconstrucción tardía. La reconstrucción mamaria por todas las técnicas se ve afectada de manera adversa por la radioterapia y muchos cirujanos consideran que la reconstrucción debe retrasarse hasta al menos seis meses después del tratamiento. La reconstrucción mamaria tardía se inicia al menos tres a seis meses después de la mastectomía. Este método evita la falta de fiabilidad en los colgajos de mastectomía y la respuesta impredecible a la radioterapia. Sin embargo, el paciente está sujeto a un procedimiento quirúrgico adicional y los resultados estéticos generales a menudo son peores (en especial con la reconstrucción con tejido autólogo).

## Reconstrucción mamaria parcial

En el último decenio muchas mujeres eligieron el tratamiento con conservación mamaria (BCT, breast conservation therapy) que consiste en mastectomía segmentaria con biopsia de ganglio centinela o disección de ganglios linfáticos axilares combinada con radiación posoperatoria de la totalidad de la mama. Este tratamiento del cáncer con menos invasión es bastante beneficioso para muchas mujeres, pero puede surgir deformidad significativa por la eliminación de tejido y por los cambios inducidos por la radiación, en especial en mujeres con mamas pequeñas. Uno de los métodos más comunes para reducir los defectos visibles en mujeres con mamas grandes es redistribuir el parénquima

mamario al momento de la extirpación del tumor utilizando técnicas de mamoplastia de reducción. Puede diseñarse un pedículo dermatoglandular que de sostén al complejo pezón-areola en diversas orientaciones para evitar la ubicación del defecto. Este procedimiento combinado con la reducción mamaria tradicional en la mama contraria puede ocasionar resultados estéticos excelentes, a menudo mejores del aspecto que tenían en el preoperatorio. Un inconveniente de las técnicas oncoplásticas cuando se realizan al momento de la mastectomía segmentaria es la posibilidad de que los bordes quirúrgicos no estén libres de tumor, lo que podría ocasionar la necesidad de dismantelar la reconstrucción para un nuevo procedimiento de ablación.

## Reconstrucción con implantes

El método más simple de reconstrucción de la mama es la colocación de un implante en el defecto creado por la mastectomía. En ocasiones puede colocarse un implante al momento de la mastectomía como un procedimiento

de reconstrucción de una etapa para el montículo mamario. Sin embargo, por lo común la primera etapa incluye la colocación de un expansor hístico de silicona colocado bajo la musculatura de la pared torácica (por debajo de los músculos pectoral mayor, serrato anterior y la vaina superior del músculo recto anterior del abdomen), seguida de la expansión de la piel a intervalos de una semana durante tres meses. Se regresa a la paciente a la sala de operaciones para retiro del extensor y colocación de un implante mamario de solución salina o silicona. Las desventajas incluyen la necesidad de etapas más prolongadas para la reconstrucción y mayor tiempo acumulado para completar la misma. Las reconstrucciones con implantes mamarios tienden a carecer de la sensación natural a la palpación y del aspecto ptósico de la mama. Esto es en particular notorio en reconstrucciones unilaterales. Los problemas más comunes a largo plazo que necesitan una nueva operación son la formación de tejido cicatrizal denso alrededor del implante (contractura capsular) que causa aumento de la consistencia, deformidad visible e incluso molestias. Además, los implantes son dispositivos médicos que sufren desgaste mecánico, lo que puede dar origen a fugas y colapso de los mismos. Una vez que se ha considerado todo esto, la posibilidad de que una paciente requiera un procedimiento quirúrgico adicional o reconstrucción mamaria en los cinco años siguientes a partir de la reconstrucción con implante es cercana a 35%.

### Reconstrucción total con tejido autólogo

Una forma completamente diferente de reconstruir el montículo mamario evita la colocación de implantes en favor de utilizar los propios tejidos redundantes de la paciente. Las indicaciones para la reconstrucción mamaria con tejido autólogo son diversas y variadas, e incluyen la preferencia de la paciente, radioterapia previa o a futuro, ptosis de la mama contralateral y reconstrucción previa con implante fallida. Las contraindicaciones son la falta de un sitio donador apropiado por cicatrización o por adiposidad mínima, obesidad mórbida y enfermedades graves que eviten procedimientos quirúrgicos prolongados y que afecten el periodo de recuperación. El abdomen es el sitio donador utilizado con mayor frecuencia. La mayoría de las mujeres con cáncer mamario tienen piel y grasa redundantes en la porción inferior del abdomen, la cual puede transferirse a la pared torácica y darle forma de un montículo mamario. Se han desarrollado diversas técnicas para la transferencia de este tejido, tanto en forma de colgajo miocutáneo pediculado como de colgajos libres. La ventaja de ésta y de las técnicas de reconstrucción autóloga total son la creación de una mama con aspecto y textura naturales, que cambia de volumen en forma paralela con el peso del paciente (y con la mama contralateral natural), lo que evita complicaciones potenciales de los implantes mamarios. Además, las pacientes a menudo están satisfechas con los beneficios acompañantes a la abdominoplastia. El procedimiento de colgajo pediculado TRAM es relativamente rápido para la reconstrucción autóloga total. Los inconvenientes incluyen la posibilidad de fracaso parcial o completo del colgajo, necrosis grasa, aumento de volumen en la porción superior del abdomen por el pedículo, prominencia de la pared abdominal o hernia y debilidad de la pared abdominal. El colgajo libre TRAM se introdujo para mejorar el limitado volumen de tejido que puede desplazarse por la irrigación relativamente indirecta del pedículo TRAM por los vasos epigástricos superiores: es similar al colgajo pediculado TRAM, pero depende de los vasos epigástricos inferiores profundos, que son la irrigación dominante en la porción inferior del abdomen. El colgajo se obtiene en forma de colgajo libre y se realizan anastomosis con la arteria y vena epigástricas inferiores con los vasos receptores en el tórax, por lo común la arteria mamaria interna o vasos toracodorsales. Una modificación a este método es el procedimiento de colgajo libre TRAM con conservación del músculo, en el cual se toma menos aponeurosis y menos músculo del recto abdominal junto con el colgajo para reducir la morbilidad en el sitio donador. en algunas pacientes puede

transferirse tejido de la porción inferior del abdomen a la región mamaria en forma de colgajo libre sin abrir la aponeurosis de la pared abdominal. La arteria epigástrica inferior superficial es capaz de brindar irrigación a un volumen suficiente de tejido abdominal para la reconstrucción mamaria. Esta arteria y su vena acompañante no atraviesan la vaina del músculo recto anterior, por lo que puede obtenerse el colgajo sin morbilidad adicional de la pared abdominal a la que se produce con una abdominoplastia.

#### Reconstrucción con implante y con tejido autólogo

El procedimiento de colgajo pediculado miocutáneo del dorsal ancho es un método fiable y relativamente sencillo que se utiliza para la reconstrucción mamaria. A menudo se reserva para esta última cuando otros métodos han fallado. El colgajo del dorsal ancho se relega a un estado de procedimiento de segunda elección porque conlleva las mayores desventajas entre las reconstrucciones con tejido autólogo (morbilidad en el sitio donador), así como las complicaciones potenciales relacionadas con los implantes mamarios.

#### Procedimientos accesorios

Después de la creación de un montículo mamario se realizan mejoras y procedimientos adicionales después de casi tres meses, lo que podría incluir la revisión del montículo a través de liposucción o ablación directa, revisión de las cicatrices, injerto de tejido adiposo y reconstrucción del complejo areola-pezones. Se han descrito métodos de calificación para la reconstrucción del pezón que incluyen técnicas con colgajos locales (p. ej., colgajo en forma de estrella, colgajo C-V), técnicas de injerto (división de complejo areola/pezón contralateral, piel de la región inguinal, piel de los labios) y tatuaje. Las reconstrucciones de pezón se proyectan inicialmente esperando casi 50% de pérdida de la proyección después de seis meses.

#### Consideraciones relacionadas con la radiación

Con algunas excepciones notables, la mayor parte de los cirujanos recomienda evitar la reconstrucción con implantes en una pared torácica que ha recibido previamente radiación o es probable que la reciba, por la tasa relativamente alta de complicaciones y los resultados desalentadores. Las reconstrucciones con tejido autólogo total proporcionan tejido sano no radiado para sustituir el tejido fibroso lesionado y son el método preferido para la reconstrucción mamaria en esta situación. De la misma forma, la reconstrucción con dorsal ancho/implante sustituye mucha de la piel radiada, lo que probablemente explica en cierto grado por qué en casos de mujeres que recibieron radiación previa, los implantes presentan mejor evolución cuando están cubiertos con un colgajo de dorsal ancho en comparación a cuando no se utilizó éste. Aún es tema de controversia si la reconstrucción con tejido autólogo total debe realizarse antes o después de la radioterapia. Aquellos que recomiendan la reconstrucción tardía argumentan que un colgajo radiado mostrará reducción de tamaño y fibrosis, lo que dará origen a resultados estéticos inferiores.

# Lipoescultura, lipotransferencia y lipomarcaje

## Lipoescultura

La lipoescultura es el procedimiento quirúrgico más eficaz que permite una remodelación corporal mediante la extracción de los cúmulos de grasa subcutánea. Estos son frecuentemente hereditarios y son imposibles de eliminar solamente con ejercicios o dieta. Actualmente pueden ser extraídas de forma definitiva por la cirugía de lipoaspiración. La principal ventaja de esta nueva técnica es que se consigue una remodelación corporal más precisa y mayor que la alcanzada con la clásica liposucción profunda. El problema de la liposucción tradicional es que deja un colgajo cutáneo-adiposo demasiado grueso y pesado. Sin embargo, con la lipoescultura extirpamos también la grasa superficial dejando un colgajo más fino y ligero que se retrae, creando así nuevas curvas y volúmenes enfatizando al máximo la propiedad de retracción de la piel. La lipoescultura permite quitar grasa de manera precisa donde queremos, logrando un nuevo perfil corporal con brillantes resultados estéticos. La lipoescultura se emplea para la reducción de la adiposidad en glúteos con escasa forma y medida, en piernas con poca definición de contorno, en caderas con cúmulos excesivos de grasa, en abdomen y en la región de la papada. La técnica, que siempre se realiza en un quirófano, consiste esencialmente en la aspiración de la grasa mediante la introducción de una cánula conectada a una máquina de vacío o a una jeringa especial, según el caso, y realizando numerosos túneles en el área previamente marcada. La duración de una lipoescultura suele oscilar entre 1 y 2 horas, el tiempo es variable (desde 30 minutos a varias horas) dependiendo del área y la cantidad. Inicialmente, se realiza una pequeña incisión, suficiente como para introducir la cánula. El cirujano mueve la cánula entre los depósitos grasos situados bajo la piel, rompiendo la grasa y succionándola. Esta nueva técnica introduce una variante que afecta al nivel de aspiración de la grasa, al calibre y a la formas de las cánulas. Se introducen, a través de una pequeña incisión de 3-4mm, las cánulas muy finas que conectadas a un aspirador extraen el exceso de grasa a nivel superficial. Se realiza este acto teniendo en cuenta algunas zonas del cuerpo que son claves para que se consiga una remodelación armónica de las curvas. La intervención se realiza bajo anestesia general, local o epidural dependiendo de la extensión de la zona a tratar o de la cantidad de grasa a aspirar. Después de la operación los tejidos quedan edematizados, tardando 3-4 semanas en reducir su volumen por lo que los resultados pueden considerarse definitivos hasta transcurridos 3 meses de la intervención. Se colocará una faja, medias o vendaje elástico sobre la zona tratada para controlar la hinchazón y el sangrado, y para ayudar a la piel a adaptarse al nuevo contorno. Suele ser necesario llevarlo durante 2 o 3 semanas, y luego sólo durante el día durante unas semanas más, dependiendo de las instrucciones de su cirujano estético. También pueden administrarse antibióticos para prevenir la infección. La curación es un proceso gradual. Su cirujano estético le indicará que comience a caminar tan pronto como le sea posible (para prevenir la formación de trombos venosos en las piernas), pero no realice actividades intensas durante 2 a 4 semanas. Los puntos serán retirados entre los 5 y 10 días, y podrá volver a trabajar en 2 o 3 días, o como mucho, tras 2 semanas desde la intervención, dependiendo de la extensión de la liposucción y de las recomendaciones de su cirujano. La

inflamación y los hematomas desaparecerán en el primer o segundo mes tras la liposucción; sin embargo, una mínima inflamación puede mantenerse durante 6 o más meses

## Lipotransferencia

Con el tiempo, las formas del cuerpo cambian debido a los efectos de la edad, la gravedad, el peso y las fluctuaciones hormonales. Además, la grasa no deseada puede acumularse en áreas tales como el abdomen, la espalda, los glúteos y los muslos. El procedimiento de lipotransferencia consiste en remover el exceso de grasa no deseada a través de una liposucción e inyectarla en las áreas del cuerpo donde se desea lograr un rejuvenecimiento. La cara, los senos y los glúteos son tres áreas comunes que pueden revitalizarse a través de inyecciones de grasa. Los signos del paso del tiempo en la cara y el cuello ocurren por muchos motivos, tales como la genética, el tipo de piel, la exposición al sol y el estilo de vida. Varias áreas de la cara pueden tratarse con una lipotransferencia incluidas las mejillas, la frente, la nariz, el mentón, el área debajo de los ojos, la región submaxilar, la sien y los labios. Una lipotransferencia, a veces practicada en combinación con un estiramiento facial, puede reducir la apariencia de arrugas, líneas de expresión o depresiones al mismo tiempo que revitaliza las formas de la cara. Las mujeres que no están satisfechas con el tamaño de sus senos o han experimentado cambios en la apariencia de estos pueden lograr senos con más volumen y forma a través de un aumento de senos con lipotransferencia. Un aumento de senos utilizando grasa corporal produce solo un pequeño aumento en el tamaño de los senos, pero ofrece una apariencia natural. La pérdida de peso, la edad y la genética pueden hacer que usted no esté contenta con el tamaño y la forma de sus glúteos. Un aumento de glúteos utilizando grasa corporal puede ayudar a añadir volumen y crear una apariencia más joven y más proporcionada. Esta animación describe un procedimiento de lipotransferencia utilizado para el aumento de glúteos, también conocido como el Levantamiento de glúteos brasileño.

**Preparación** Un aumento de glúteos utilizando grasa corporal puede durar aproximadamente de una a cuatro horas, dependiendo de la complejidad del procedimiento y de si se realizará otro procedimiento adicional de manera simultánea. Su cirujano marcará cuidadosamente las áreas de donde se retirará la grasa, y las áreas en donde se inyectará la grasa. Estas marcas se utilizarán como guías durante el procedimiento. La lipotransferencia puede llevarse a cabo bajo anestesia local, donde el área circundante solo estará adormecida. De forma alternativa, para aquellos procedimientos que impliquen áreas múltiples o de gran tamaño, es posible que se utilice anestesia general. En las áreas que serán tratadas con liposucción se inyecta un fluido con medicamento especial denominado fluido intumesciente. Este fluido expande los tejidos para facilitar la extracción de células adiposas, adormece el área de tratamiento y reduce el sangrado. Una vez que se inyecta un gran volumen de fluido intumesciente en el área de tratamiento, usted deberá permanecer en reposo por varios minutos hasta que el área se adormezca por completo.



**Procedimiento** Su cirujano comenzará el procedimiento utilizando una liposucción para extraer la grasa. El exceso de grasa se puede extraer de áreas del cuerpo que incluyen la papada, la espalda, el abdomen, los muslos y los glúteos. La mayoría de la grasa corporal se ubica sobre el tejido muscular, justo por debajo de la piel. La liposucción consiste en extraer quirúrgicamente el exceso de grasa con un dispositivo de succión, y produce un mejor contorno en el área deseada. Según la ubicación del procedimiento, su cirujano realizará incisiones cortas a lo largo de los pliegues naturales de su cuerpo para que pueda esconder fácilmente las cicatrices. Su cirujano insertará un pequeño dispositivo similar a un tubo, denominado cánula. Utilizando un movimiento hacia adelante y hacia atrás, se crean pequeños túneles en la capa de grasa, y la grasa se extrae a través de una suave succión. Los túneles colapsarán en las semanas siguientes, produciendo formas nuevas en las áreas específicas de tratamiento. Para obtener más información acerca de la liposucción, por favor observe nuestra animación sobre el procedimiento de liposucción. Luego, las células adiposas no dañadas que fueron extraídas se aíslan, limpian y preparan para ser inyectadas en los glúteos. Algunos cirujanos pueden preparar la grasa con células madre antes de la inyección. Luego, su cirujano utilizará una cánula para inyectar las células adiposas en sus glúteos. Utilizando un movimiento hacia adelante y hacia atrás, la grasa se coloca lentamente en múltiples áreas hasta lograr el volumen deseado. Las incisiones pueden cerrarse con suturas o pueden dejarse abiertas. Pueden colocarse drenajes quirúrgicos para ayudar a evitar la acumulación de fluidos. Por último, se aplican almohadillas absorbentes para proteger los sitios de incisión mientras usted cicatriza.

**Recuperación** La mayoría de los procedimientos de lipotransferencia se realizan en establecimientos quirúrgicos ambulatorios. Usted debería estar lista para volver a su casa ese mismo día, por lo general dentro de las dos a cuatro horas. Es probable que deba utilizar una prenda de compresión durante algunas semanas a fin de brindar sujeción, reducir la inflamación y ayudar a la piel a adaptarse a las nuevas formas del cuerpo. También es probable que le receten una medicación para el dolor durante los primeros días y según lo necesite hasta cicatrizar. Es una buena idea tomarse unos días para recuperarse antes de reanudar sus actividades diarias. Luego del procedimiento es normal sentir dolor y tener moretones, los cuales desaparecerán luego de un par de semanas. También es probable que tenga inflamación, la cual debería desaparecer en unos cuantos meses. Si se colocaron drenajes quirúrgicos, probablemente se extraerán junto con todo el vendaje dentro de la primera semana luego de la cirugía; por su parte, los puntos no absorbibles se retiran de siete a diez días luego de la cirugía. Asegúrese de cumplir con el plan de recuperación de su cirujano, que incluye permanecer sentada y dormir en ciertas posiciones, a fin de evitar complicaciones y darle tiempo a su cuerpo para que cicatrice.

**Riesgos y resultados** Consulte con su cirujano los riesgos tales como quistes, infección, pequeños depósitos minerales denominados microcalcificaciones, y la muerte de las células adiposas. También es posible que deba hablar sobre las opciones para una futura lipotransferencia, ya que es probable que para obtener la apariencia deseada se requiera más de un procedimiento. Aunque muy probablemente verá una mejora

inmediata luego del procedimiento, los resultados finales no serán visibles hasta un año luego de la cirugía. Seguramente sentirá una satisfacción inicial con el tamaño y la forma de sus glúteos después de la cirugía, pero mucho de esto se debe a la inflamación y los resultados pueden reducirse con el tiempo. Aunque las células adiposas se extraen de manera permanente durante el procedimiento, es importante saber que la lipotransferencia no evita el crecimiento del tejido adiposo restante. Asimismo, las células adiposas inyectadas en las nalgas pueden dispersarse del área inyectada. Sus resultados también pueden verse modificados si usted aumenta o baja de peso. Con expectativas realistas y un mantenimiento adecuado, usted podrá disfrutar de los resultados de su procedimiento de lipotransferencia por varios años.

## *Lipomarcaje*

La marcación abdominal por lo general hace parte de la lipoescultura. Existen pacientes que desean que su abdomen se vea más marcado luego de una liposucción y para esto se emplean técnicas especiales para resaltar la musculatura abdominal.

¿Cómo realizan una marcación abdominal ?

Es importante entender que un abdomen masculino y un abdomen femenino son muy diferentes. En los hombres se intenta recrear los "cuadritos" o "chocolatina" del abdomen para darle una imagen más musculosa. Si esto se hace en una mujer, se pierde la feminidad del cuerpo. La marcación de la mujer debe ser más sutil y solo se debe marcar la línea media y las líneas laterales, sin presencia de cuadritos. Este procedimiento se puede hacer con liposucción convencional, pero por lo general se obtienen mejores resultados con láser o vibrolipoescultura.

¿Cómo se hace la marcación abdominal?

La marcación abdominal se realiza bajo anestesia general. La marcación abdominal va acompañada de una liposucción de todo el abdomen. No solo las líneas a resaltar. Todo el procedimiento se hace a través de unas incisiones muy pequeñas (medio centímetro) estratégicamente ubicadas. Por estas incisiones se introduce un líquido en la grasa compuesto por suero estéril y adrenalina. Esto ablanda un poco más la grasa y disminuye el sangrado de la cirugía. Luego de esta infiltración de líquido se procede a hacer la liposucción del abdomen. Al finalizar la liposucción del abdomen se realiza una liposucción más intensa de las líneas abdominales a marcar hasta que se resalte la musculatura abdominal como se desea.