

# Abdominoplastía

Dr. Llamil Kauak K.  
Cirujano Plástico. Clínica Las Condes.

## Resumen

# Resumen

Si la pared abdominal está flácida, la piel presenta estrías o está sobrante y cae sobre la línea del pubis y conjuntamente el pániculo adiposo al pinzar con los dedos es mayor de dos centímetros, la indicación quirúrgica para corregirla es una abdominoplastía.

Esta técnica clásica consagrada es una cirugía mayor, cuya envergadura comprende un decolamiento amplio cutáneo-graso supra-aponeurótico desde la región suprapúbica hasta el xifoides, una plicatura de la vaina de los músculos rectos abdominales en la línea media y una resección de este colgajo al traccionarlo hacia distal, concluyendo con la exteriorización del ombligo para obtener un nuevo contorno abdominal.

Se trata de un cambio permanente del cuerpo, con un gran poder sobre la autoestima del paciente, siendo necesario establecer expectativas realistas y alcanzables, dependientes de factores propios del cirujano y de su técnica, del propio paciente y de los cuidados del post operatorio. Una buena historia clínica y un exhaustivo examen físico, con exámenes completos de laboratorio, suspensión de medicaciones y del cigarrillo y un pase operatorio en caso necesario, serán los pilares para operar a un paciente física y mentalmente sano y bajo condiciones de un apoyo clínico eficaz.

## INTRODUCCIÓN

La pacientes solicitan la corrección del contorno abdominal deformado por exceso de tejido graso acumulado, con flacidez de piel y estrías cutáneas producidas por rotura de fibras elásticas en virtud de distensión progresiva del dermis (obesidad, multipa-

riedad, ascitis), siendo frecuente en estos pacientes la coexistencia de una distasis de los músculos rectos abdominales.

Al evaluar esta región, hablamos de contorno abdominal ya que las caderas y la cintura están involucradas en la corrección de esta extensa área del tronco. La línea horizontal trazada desde el ombligo hacia los flancos define tres a cuatro cm. hacia arriba lo que se denomina cintura y por debajo de esta línea tres a cuatro cm. lo que se denomina caderas.

Esta cirugía está indicada en casos de flacidez de la pared abdominal, después de un enmagrecimiento importante: por ejemplo, después de obesidad mórbida en que la abdominoplastía es parte de la terapia quirúrgica que se ha desarrollado con gran intensidad en el último tiempo a través de la cirugía gastro-restrictiva, o derivativa. Estos pacientes requieren necesariamente abdominoplastía después de bajar 50 kg., al año de su gastroplastia como es habitual.

Otra indicación relativamente frecuente de abdominoplastía es cuando se desea eliminar una cicatriz vertical media infraumbilical, generalmente de cesáreas o cirugía ginecológica y en casos de cicatrices defectuosas por cirugía digestiva.

## HISTORIA

En los inicios del siglo XX (1900), las abdominoplastías eran más bien paniclectomías. La primera paniclectomía se reporta en 1899 por Kelly (1), con una resección de 90 cm. de largo por 31 cm. de ancho, con siete cm. de espesor, haciendo una incisión transversa con una resección de 7.450 gramos. Posteriormente, Passot y Torek

(2) reglamentaron más el procedimiento para permitir decolamientos y conservar el ombligo. Vernon introdujo el concepto de exteriorización del ombligo. En los años '60 numerosos cirujanos sudamericanos publicaron sus trabajos sobre lipectomías, como Somalo (2), Iturraspe (2), Callía (3), Serson (4).

Pero fue Ivo Pitanguy (5) quien primero publicó una casuística de 300 casos consecutivos popularizando el método de la abdominoplastia, al cual agregó una plicatura de la vaina de los músculos rectos abdominales en la línea media, siendo a partir de entonces la plicatura de regla en el procedimiento.

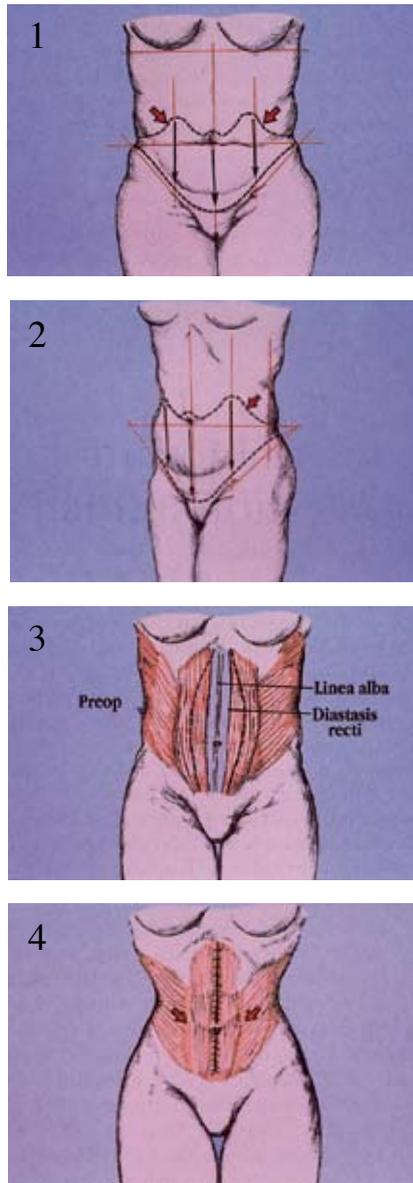
Desde esa época otros autores presentaron modificaciones a la técnica, como la dirección de la línea horizontal, su forma y tamaño, la forma del ombligo al exteriorizarlo, etc., como Regnault (6), Grazer (2), Avelar (2-7). Sin embargo, ha perdurado como método clásico la incisión horizontal, el decolamiento amplio, la plicatura y la exteriorización del ombligo.

Las incisiones verticales fueron publicadas por Babcock (2) en 1916 y también combinaciones de horizontal con vertical, Weihold (2), Galtier (2), Regnault (6).

Otros autores prolongaron la incisión en forma circular hacia el dorso, creando una incisión en cinturón, Solamo (2) 1949 y González-Ulloa (8) en 1959.

## TÉCNICA QUIRÚRGICA

La abdominoplastia se realiza bajo anestesia general o regional. Clásicamente se inicia con una incisión suprapúbica extendida hacia las crestas ilíacas y un decolamiento amplio suprapaoneurótico para liberar un colgajo cutáneo-adiposo hasta el ángulo xifoideos y las últimas costillas, el ombligo permanece inserto pero es franqueado a manera de un ojal en la piel. A continuación, una aproximación de ambos bordes mediales de la vaina de cada músculo recto abdominal permite corregir la diástasis muscular.



Esquema figura número 1-2-3-4

Colocando en posición semisentada a la paciente se realiza una tracción hacia distal del colgajo para calcular el nivel de su resección y su adecuada unión borde a borde hacia distal para dejar una cicatriz lo más estética posible. El ombligo es exteriorizado abriendo la piel en el colgajo y retirando tejido graso en forma circular para su fijación definitiva por los bordes (Fig. 2).

Figura 2



Preoperatorio: paciente de 34 años, portadora de Lipo-distrofia de tronco y axilas y ptosis mamaria.



Postoperatorio: después de abdominoplastia clásica lipoaspiración de tronco y axilas y pexia mamaria.

## ACTUALIDAD

En la actualidad existen variantes de la técnica clásica de abdominoplastía, asociadas o no a una liposucción (10). La liposucción es complementaria a la cirugía y se realiza en los flancos para mejorar la cintura y las caderas, pero no en hipogastrio y epigastrio ya que podría alterarse la irrigación del colgajo.

Una variante de la técnica clásica de abdominoplastía es aquella que se inicia con la incisión horizontal pero a nivel umbilical descrita por Zinder (2), haciendo el decolamiento amplio igual pero traccionando hacia distal para posicionar la verdadera altura a la cual llega sin tensión el colgajo hacia el pubis. Esta manera se usa en los casos en que se tienen dudas sobre la flacidez real del colgajo cutáneo-graso, ya que de lo contrario con la técnica clásica iniciando la incisión muy distal en el pubis puede no llegar el colgajo decolado al nivel distal y entonces debe terminarse con una incisión vertical en la línea media en forma de T invertida, lo cual debe tener un consenso informado previo con la paciente.

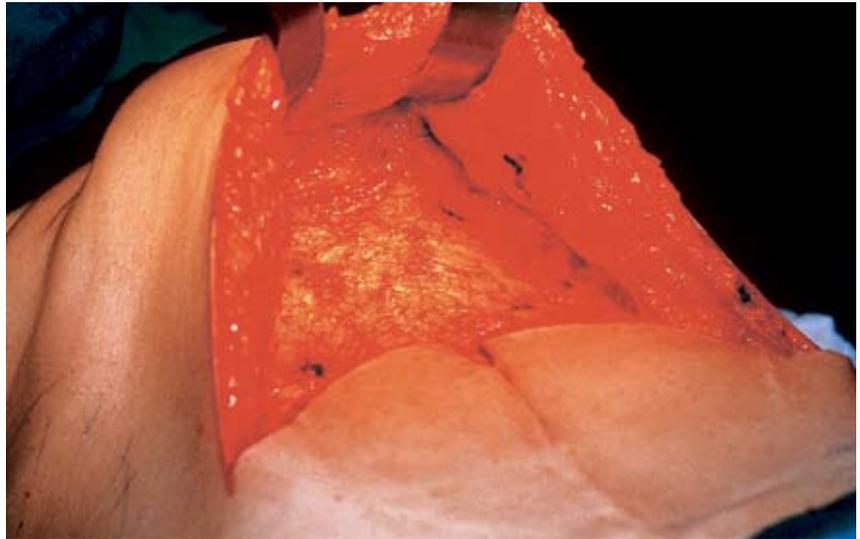


Fig 3. Decolamiento amplio.



Fig 3. Se hace plicatura de la vaina de músculos rectos abdominales.



Fig 3. Inicio incisión alta en línea umbilical.



Fig 3. Se aproxima hacia distal el colgajo para calcular hasta donde llegará.



Preoperatorio: paciente de 46 años, portadora de cicatriz infraumbilical.



Postoperatorio: después de abdominoplastia clásica.



Preoperatorio: paciente de 35 años, portadora de flacidez y estrías en la región infraumbilical.



Postoperatorio después de minilaplastia.

La llamada minilaplastia (10) es una técnica que se usa en casos en que la flacidez solamente es distal, el decolamiento no será tan amplio, el ombligo podrá desinsertarse de su unión aponeurótica sin despegarlo en la superficie cutánea y traerse más hacia distal al traccionar el colgajo, para fijarlo en la aponeurosis a unos dos centímetros más bajo lo cual no influye mayormente, desde el punto de vista estético ni provoca morbilidad. Puede asociarse una lipoaspiración a este procedimiento e igualmente se podrá realizar plicatura de la vaina de los rectos según sea necesario.



Figura 4. Incisión suprapúbica decolamiento infraumbilical.



Figura 4. Lipoaspiración asociada.



Figura 4. Resección cutánea baja del colgajo.

### Parámetros a ser considerados para decidir la técnica más adecuada:

- 1> La flacidez de la pared puede ser:
  - 1) mínima,
  - 2) moderada sólo bajo ombligo,
  - 3) moderada arriba y abajo del ombligo,
  - 4) puede ser significativa y global.
- 2> El ombligo puede tener tres posiciones normales, considerándose que la posición anatómica standard es a tres cm. por arriba de la línea horizontal que une las crestas ilíacas anterosuperiores. Entonces puede tener posición 1) baja, 2) media o 3) alta.
- 3> Cicatrices: su existencia puede ser relevante si provocan o no retracción de la pared, deformidad estética o riesgo potencial de daño de la pared o daño visceral. Entonces, si hay una cicatriz debe ser catalogada como:
  - 1) retráctil,
  - 2) muy retráctil o
  - 3) riesgosa.
- 4> Distancia desde el reborde costal a

espinas ilíacas anterosuperiores: es lo que determina un tronco más o menos largo, y por ende la posibilidad de extensibilidad del colgajo al traccionarlo y querer posicionar la herida lo más bajo posible. La altura entonces debe ser considerada como 1) baja, 2) media ó 3) alta.



Abdominoplastia clásica

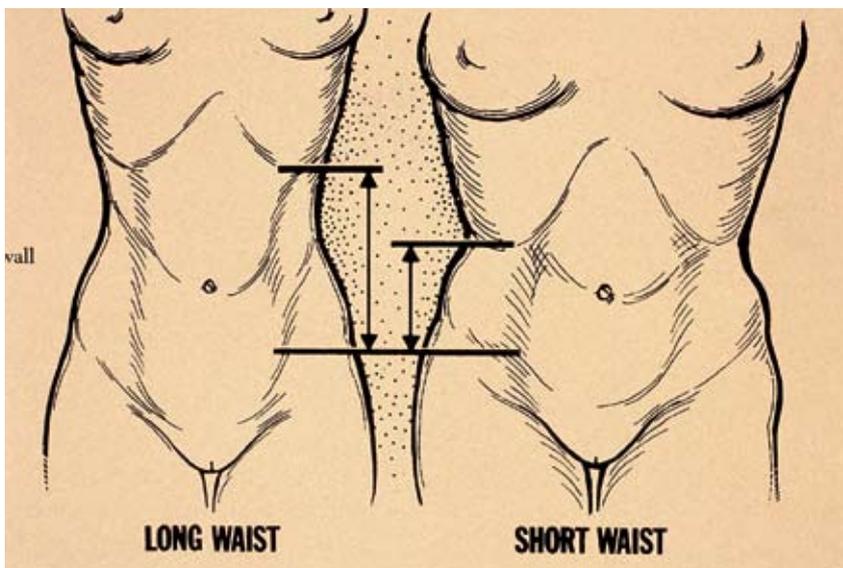


Figura 5. La distancia desde las últimas costillas a la línea del pubis es determinante al planificar la abdominoplastia.

### CONTRAINDICACIONES PARA ABDOMINOPLASTÍA:

La obesidad representa un cierto grado de contraindicación para esta cirugía electiva, es necesario someter a las pacientes a un plan de adelgazamiento bajo supervisión del especialista en nutrición para intentar operarlas con un peso adecuado. Una historia de dolencia cardiopulmonar, enfermedad respiratoria crónica, enfermedad metabólica, diabetes mal controlada,

inmunodeficiencia, episodio tromboembólico previo, son motivos para evitar la abdominoplastia. Así también expectativas irreales, antecedentes de defectos de cicatrización deben ser muy bien analizados con el propio paciente antes de operarlo. No debe realizarse una abdominoplastia asociada a una cirugía contaminada como histerectomía por vía vaginal, colecistectomía en colecistitis aguda, quistes o alteraciones cutáneas potencialmente contaminadas.

### COMPLICACIONES Y SU PREVENCIÓN

Las complicaciones más frecuentes son:

**Respiratorias:** Se producen por secreciones bronquiales que pueden provocar atelectasias por falta de expansión pulmonar. Por ello la función pulmonar previa debe ser óptima, la plicatura medida y debe hacerse prevención kinésica instruyendo antes de la operación al paciente, instándolo a participar activamente en esta ejercitación.

**Tromboembolismo:** Es una complicación que debe ser prevenida obligatoriamente en esta operación, es de baja incidencia, sin embargo muy grave. Se debe operar al paciente con medias antiembólicas, o sistema venoso compresivo automático constante durante la operación, y es necesario evitar el apoyarse involuntariamente sobre la zona inguinal del paciente por alguno de los integrantes del equipo quirúrgico ya que sería causa de formación y liberación de émbolos. El paciente permanece con las medias antiembólicas unos cuatro días. El uso de anticoagulantes se inicia seis horas después del término de la operación y se usa durante unos cuatro días, el paciente comienza a deambular a las 24 horas como otra medida para evitar tromboembolismo.

**Dehiscencia de sutura de la herida o de la plicatura:** Puede ser por distensión o tracción. Para su prevención es necesario colocar una sonda Folley al paciente para evitar globo vesical en el postoperatorio y mantenerlo fajado y en posición semisentado durante la primera semana de operado. Se deben evitar la tos y el estreñimiento. La actividad física debe ser limitada, recomendándosele caminar un poco encorvada en este período.

**Necrosis localizada:** Por alteración vascular del colgajo o del ombligo. Para su prevención, a los fumadores se les debe suspender el cigarrillo 15 días antes de operarse, por el poderoso efecto vasoconstrictor de la nicotina. Evitar una excesiva

tensión del colgajo y extremar los cuidados en presencia de cicatrices medias o paramedianas. Al asociar áreas que serán lipoaspiradas, hacerlo en los flancos y en volúmenes pequeños.

**Infección de herida operatoria:** La técnica debe ser muy rigurosa y la profilaxis antibiótica de regla. Lavado pre-quirúrgico del área con antisépticos, cambio de guantes frecuente durante la operación.

**Reacción al material de sutura:** La prevención está en utilizar el material de reconocida calidad ya probado como Ethilon, Vicril, Monocril, Prolene y una buena historia clínica sobre posibles reacciones previas.

**Colección serohemática:** Generalmente se genera en forma tardía, es decir siete a 10 días después de la cirugía, y es difícil predecir qué paciente tendrá formación de un seroma. La prevención se hace utilizando de regla drenajes por contrabertura, los cuales se mantienen hasta que dejan de extraer uno 20 cc. de líquido, lo que es habitual al 4º día. Sin embargo, el seroma es posterior de tal forma que se han ideado varios métodos para prevenir seromas como: la utilización de bolsas de arena sobre el abdomen, el uso de una cobertura de yeso sobre gasas a modo de moldura y se difunde la idea de aplicar puntos separados de material absorbible desde el tejido graso hacia la aponeurosis para lograr mayor adherencia del colgajo. Sin embargo, igual puede formarse un seroma, siendo necesario evacuarlo por punciones transcutáneas seriadas.

**Adiposidad residual en los extremos de la herida (dog ears):** La prevención radica en tratar acuciosamente estos extremos durante la operación, extremar el cuidadoso retiro de excesos de tejido graso en estas zonas. Sin embargo, si la paciente baja de peso en el post operatorio puede quedar un exceso de piel inelástica que habrá que retirar como un "retoque". Esto debe ser explicado previamente al paciente ya que

no puede ser evitado.

**Disparidad de altura en los bordes de la herida:** Debe prevenirse ajustando bien el grosor de ambos bordes quirúrgicos antes de cerrar la herida.

**Cicatriz defectuosa:** La prevención debe ser extrema en cuanto a la técnica, muy depurada en el cierre de la herida y posteriormente recurrir a la utilización de elementos ortésicos compresivos, o parches de silicona adhesivos sobre la cicatriz para ayudar a una buena cicatrización.

## BIBLIOGRAFÍA

- 1> Kelly HA, Excision of the fat of the abdominal wall. Surg Gynec Obstet 1910; 10: 229.
- 2> Anais Simposio Brasileiro de Abdominoplastias. São Paulo. Sociedad de Bras de Cir. Plástica. 1982.
- 3> Callia WEB, Uma plástica para o cirurgia general. 1967 Med Hosp. (São Paulo) 140.
- 4> Serson D, Planeamiento geométrico. La lipectomía abdominal. Rev Esp Cir Plast 1971; 2: 37:42.
- 5> Pitanguy I, Abdominal lipectomy: an approach to it trough an analisis of 300 consecutive cases. Plast Reconstr Surg 1967; 40: 384.
- 6> Regnault P, Abdominoplasty by the W Technique. Plast Reconstr Surg 1975; 55: 265.
- 7> Avelar J, Fat Suction versus abdominoplasty. Aesth Plastic Surg 1985; 9:265.
- 8> González-Ulloa M, Belt lipectomy. Br J Plast Reconstr Surg 1960; 13.
- 9> Matarasso A. Abdominoplasty. Clin Plast Surg 1989; 16: 289.