Abdominoplastia: Técnica de resección en bloque, revisión de 18 años

Abdominoplasty: block resection technique, 18 years review

Goulart Jr., R.

Goulart Jr. R.*, Onida Matos, M.*

Resumen

Durante los últimos años, la abdominoplastia se ha realizado según procedimientos clásicos o nuevos, con grandes cambios en lo que respecta a resultados y morbilidad. La abdominoplastia según técnica de resección en bloque, presenta unos resultados más naturales, con menor morbilidad y resulta una técnica de ejecución más rápida, con lo que reúne lo mejor de las técnicas tradicionales y nuevas, a la vez que permite asociar una liposucción, cuando es necesario, de forma segura y eficiente.

El propósito de nuestro trabajo es mostrar la eficiencia y resultados de la técnica de resección en bloque para abdominoplastia en una serie consecutiva de pacientes a lo largo de 18 años de experiencia.

Revisamos un total de 1170 pacientes a los que se les practicó abdominoplastia simple o combinada con otra cirugía, durante el periodo comprendido entre enero de 1992 y diciembre del 2009. El estudio fue de tipo retrospectivo. Cuando se trató de cirugías combinadas, éstas incluyeron reducción mamaria, mastopexia, cirugía estética facial, implantes mamarios, cirugía de los párpados, rinoplastia, liposucción, cirugía vascular, cirugía ginecológica y cirugía de hernia ventral. El número de pacientes a los que se les practicó abdominoplastia aislada fue de 632 y el número de casos en que se hicieron otras cirugías combinadas con abdominoplastia fue de 538. El índice de complicaciones estuvo entre el 0,09 y el 4,97%, de acuerdo a cada tipo de complicación estudiada.

El estudio retrospectivo mostró la eficiencia de la técnica y los resultados naturales obtenidos, incluso en los casos de cirugía combinada. Todos los pacientes quedaron satisfechos con los resultados y el índice de complicaciones fue aceptable.

En conclusión, creemos que la abdominoplastia mediante técnica de resección en bloque es un procedimiento quirúrgico seguro, eficiente, y rápido, que suele dejar una forma abdominal agradable, natural y anatómica.

Palabras clave Abdomen, Abdominoplastia,
Colgajos abdominales.

Código numérico 53-5311

Abstract

Abdominoplasty has been done with standard and new surgical methods in the last years, with great changes in results as in morbidity. The block resection techniques provide more natural results with less morbidity and faster execution time, joining the goals from the standard and new abdominoplasty.

Our purpose was to show the efficiency and results of block resection abdominoplasty technique.

A total of 1170 patients who underwent abdominoplasty either alone or combined with additional surgery between January 1992 and December 2009, were included. A retrospective study was conducted. Combined surgeries included breast reduction, mastopexy, facelift, breast implants, blepharoplasty, rhinoplasty, lipoplasty, vascular surgery, hysterectomy and other gynaecologic surgeries, and ventral hernia. From the total 1170 patients, 632 underwent abdominoplasty alone and 538 were in the abdominoplasty combined group.

Complication rate was between 0,09 y 4,87%, according to each complication founded.

This review showed the technique's efficiency and the natural results achieved even in combined procedures. Patients who underwent abdominoplasty with previous block resection techniques were satisfied with their outcomes and the complication rate was in acceptable levels.

So, abdominoplasty with previous block resection is a very safe, efficient and fast procedure who brings a very pleasant and natural abdominal shape.

Key words Abdomen, Abdominoplasty,
Abdominal flaps.

Numeral Code 53-5311

Introducción

Las primeras abdominoplastias se realizaron hace más de un siglo (1,2), mientras que las más modernas técnicas al respecto se han desarrollado en los años 60. Aún con la evolución de todas estas técnicas, en general, los patrones de resección siguen siendo los mismos (2-5).

Pontes describió por primera vez su técnica de resección en bloque en 1996, y fue presentada ese mismo año en el Congreso Nacional de la Sociedad Brasileña de Cirugía Plástica (6). A pesar de todo, la abdominoplastia con resección en bloque no ha figurado en los últimos 40 años en los artículos científicos con la frecuencia que merece (6).

Desde el año 1992, nosotros hemos aplicado esta técnica de abdominoplastia con resección en bloque en el 100% de nuestros pacientes, tanto en forma de abdominoplastia simple como combinada con otros procedimientos quirúrgicos.

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 (6).

Su diseño y ejecución deben ser muy exactos, siempre en busca de la excelencia, seguridad, y la obtención de resultados agradables y anatómicos.

En todos nuestros casos, la plicatura vertical de la fascia abdominal en la línea media se hizo siguiendo un dibujo en elipse, tal y como describió Pontes (6,7).

En el artículo revisamos 18 años de experiencia, utilizando la técnica de abdominoplastia con resección en bloque sola o de forma combinada, con lo que llegamos a la conclusión de que la técnica es segura, eficiente, rápida en ejecución y con resultados agradables y naturales desde el punto de vista de la anatomía superficial normal del abdomen.

Material y método

En el periodo comprendido entre enero de 1992 y diciembre de 2009 practicamos técnica de resección abdominal en bloque sobre un total de 1170 pacientes, de los cuales 1169 fueron mujeres y 1 solo varón, con edades que variaban entre los 34 y los 70 años.

En 632 pacientes, realizamos la abdominoplastia de forma aislada, mientras que en 538 pacientes se realizó en combinación con otras técnicas quirúrgicas: ginecológicas, vasculares, de cirugía general, etc. (Tablas I-III)

En el caso de pacientes que necesitaban 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 trató de pacientes fumadores, se les exigió interrumpir el hábito durante 30 días antes y 30 días después de la cirugía.

Todos los pacientes fueron sometidos a examen abdominal manual tanto en decúbito supino como sentados (Fig. 1).

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

En todos los casos empleamos drenajes de succión en el postoperatorio, que fueron retirados a los 7 días de la intervención.

Como paso previo a la cirugía, dibujamos el diseño del patrón de resección sobre al abdomen con azul de metileno y de acuerdo con la descripción original de la téc-

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

TABLA II: Resección en Bloque en Abdominoplastias. Total: 1170 casos

TABLA III: Índices de complicaciones en las abdominoplastias con resección en bloque.

COMPLICACIONES	Nº	%
Epidermolisis suprapúbicas	57	4,87
Cicatrices Hipertróficas	43	3,68
Cicatrices Anchas	39	3,33
Hiperpigmentación de cicatrices	35	2,99
Dehiscencia parcial de cicatriz umbilical	12	1,03
Seromas	4	0,34
Necrosis por tabaquismo	3	0,26
Queloides	3	0,26
TVP/TEP	2	0,17
Hematomas	1	0,09
Infecciones	1	0,09
Total	200	17,09

nica. Infiltramos la zona del colgajo empleando una jeringa de 20 ml. y un catéter intravenoso del n° 18, con 300 ml de solución salina que contenía además 1 ml. de adrenalina a 1:1000 y 40 ml. de lidocaína sin vasoconstrictor (Fig. 2).

La resección del colgajo abdominal inferior siguió el método descrito por Pontes. (Fig. 3). El peso de la pieza abdominal resecada 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 (Fig. 4).

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 (Fig. 5).

La cicatriz umbilical se moldeó en forma triangular con un marcaje sobre la piel abdominal en forma de estrella (Fig. 6). En 1150 casos, disecamos el tejido subcu-

Fig. 2: Diseño sobre el colgajo abdominal inferior mostrando los límites anatómicos de la técnica de resección en bloque.

Fig. 3a, b, c: Resección en bloque del colgajo abdominal inferior.

Fig. 4: Colgajo abdominal superior disecado y elevado.

Fig. 5a y 5b: Diseño en elipse y plicatura de la fascia abdominal en la línea media.

táneo por debajo del marcaje en estrella en forma cónica, siguiendo la descripción de Pontes (6). En los otros 20 casos, solo disecamos el tejido subcutáneo en la porción lateral y superior, dejando un lecho de dicho tejido de-

bajo 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 (Fig. 7).

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 (6) y con puntos de monocryl 5-0 en el plano celular y en la sutura intradérmica final.

Colocamos, como hemos dicho anteriormente, drenajes de succión en todos los casos (6). En los primeros 1100 casos, dividimos el drenaje en 2 vías pasando por el pubis, y en los últimos 70 casos 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. (Fig. 8).

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. En 538 casos, la cirugía abdominal se realizó en combinación con otras cirugías estéticas, intrabdominales, ginecológicas y vasculares, sin complicaciones añadidas (6). Esta práctica de cirugías combinadas representa un volumen importantes en nuestra rutina profesional. Los tiempos quirúrgicos totales en estos casos varían entre las 4 y las 6 horas y la morbilidad asociada no es muy diferente de la de las cirugías simples. Creemos que en este aspecto es muy importante la rapidez en la ejecución de la técnica de resección en bloque del colgajo abdominal y aquí es donde de manera más importante, esta técnica demuestra su eficiencia y seguridad a la hora de realizar procedimientos quirúrgicos combinados. En el caso de asociación con liposucción, las áreas más frecuentemente tratadas son los flancos abdominales, la espalda y las caderas y el volumen medio de grasa extraído varió entre 2-3 litros de media (teniendo en cuenta que como norma general no realizamos liposucciones por encima de 3,5 litros).

Fig. 6a a 6e: Diseño y resección triangular en la cicatriz umbilical y sobre la piel abdominal con dibujo en estrella.

Fig. 7: Resección del tejido subcutáneo superior y lateral, manteniendo una porción del mismo en el borde inferior del dibujo en estrella, buscando un resultado más natural de la cicatriz umbilical.

Resultados

Las complicaciones presentadas estuvieron dentro de los índices aceptables a nivel mundial para este tipo de procedimientos (10) (Tabla III).

Tuvimos 3 seromas en región hipogástrica y 1 en epigastrio. Todos fueron tratados de manera quirúrgica incluyendo resección capsular total y colocación de nuevo drenaje aspirativo (3,6,10,11).

También 1 hematoma de alto volumen que se formó por sección de una arteria perforante en hipogastrio y que precisó reintervención con éxito. Precisamente esta complicación se produjo en el único paciente varón de la serie de estudio.

Fig. 8a y 8b: Drenaje inicial con doble vía y en la última serie de pacientes, drenaje único saliendo por el pubis.

Hubo 1 caso de infección abdominal localizada en la zona inferior que se trató con antibióticos y drenaje quirúrgico, también con éxito.

Tres pacientes que no abandonaron el hábito de fumar según lo que se les indicó, sufrieron necrosis de la región abdominal inferior y fueron tratados con procedimientos de rutina para estos casos (3,6,10,11).

Las complicaciones más frecuentes fueron epidermolisis y cicatrices hipertróficas, con 57 (4,87%) y 43 (3,68%) casos respectivamente. Las epidermolisis, que relacionamos con situaciones de anemia, fueron tratadas con antibiótico local y las cicatrices hipertróficas con siliconas, esteroides locales y resección en 3 casos. En los últimos 10 casos hemos realizado carboxiterapia para tratar estas situaciones, con buenos resultados. En general, la aparición de epidermolisis y cicatrices hipertróficas va disminuyendo con el uso de suturas intradérmicas con monocryl 5-0, sugiriendo la importancia que en estos casos tiene la isquemia de la piel por el uso de hilos de mayor grosor. En los últimos 20 casos de sutura intradérmica con hilo de monocryl 5-0 no hemos tenido ningún caso de epidermolisis o cicatriz hipertrófica. También hemos comprobado que un mejor control de la anemia ferropénica crónica femenina, proporciona un mejor control de la epidermolisis (3,6,10,11).

Encontramos casos de hiperpigmentación cicatricial y cicatrices anchas que afectaron respectivamente a un 2,99% y un 3,33% el total de pacientes. En el caso de las hiperpigmentaciones empleamos cremas despigmentantes como tratamiento y en los casos de cicatriz ancha practicamos resección de la misma y resutura.

Encontramos dehiscencia parcial de la cicatriz en 12 casos que fueron tratados con antibióticos y cicatrización secundaria y 2 casos de trombosis venosa, uno con diagnóstico precoz que fue tratado con terapia anticoagulante y otro que evolucionó hacia una embolia pulmonar y que también fue tratado con éxito (3,6,10,11).

La satisfacción de los pacientes se analizó mediante encuesta personal y directa a los 3 meses de la intervención y se clasificaron las respuestas como excelente en 1157 casos (98,88%) buena en 11 casos y no satisfactoria en 2 casos. En estos últimos, las pacientes se quejaban por cicatriz hipertrófica en 1 caso e insatisfacción por la forma estética final de la región abdominal inferior que creemos fue secundaria a un insuficiente control del edema postoperatorio en esta paciente en la que hubo que emplear terapia anticoagulante por trombosis venosa.

El principal marcador de satisfacción por parte de los pacientes fue la forma natural del abdomen (Fig. 9-14). En palabras de los propios pacientes "la posibilidad de caminar por la playa sin padecer el estigma del abdomen operado"

Discusión

La abdominoplastia con resección en bloque proporciona unos resultados muy naturales y agradables desde el punto de vista estético (4,6,8,11). Su diseño y las fuerzas de tracción resultantes desempeñan un papel importante en la forma final del abdomen. (4,6,11).

La esencia de esta técnica reside en su correcto y preciso diseño, que proporcionará una forma natural combinada con una tracción muy fácil del colgajo abdominal y una línea de cicatriz muy suave. Además la resección en bloque del colgajo abdominal, por sí misma, limita la cantidad de piel a extirpar y determina la forma final del abdomen. En nuestra visión, la forma natural se basa en que la técnica tradicional permite a los cirujanos una tracción extra del colgajo y muchas veces la resección se realiza con algún grado de sobrecorrección que sacrifica este resultado natural, cosa que no sucede con la resección en bloque, que por sí misma permite el posicionamiento del colgajo de forma natural sobre la futura línea cicatricial, sin sobrecorrección y preservando la forma anatómica y natural del abdomen.

Fig. 9: Pre y postoperatorio de abdominoplastia con resección en bloque en paciente de 59 años. Peso de la pieza abdominal resecada: 910 gr. Tiempo quirúrgico empleado: 1,50 horas. Abdominoplastia aislada.

La ejecución técnica es muy rápida, con una manipulación mínima de los tejidos musculares y subcutáneos, lo que contribuye también a los bajos índices de morbilidad. Incluso cuando se combina con otras cirugías asociadas, especialmente de tipo ginecológico, estos índices de morbilidad permanecieron bajos en nuestra casuística (6,12). Cuando la realizamos asociada a otros procedimientos qui-

rúrgicos de tipo estético, la abdominoplastia fue el primer procedimiento realizado en el programa quirúrgico.

También esta técnica resulta de gran seguridad cuando se combina con las más modernas técnicas de liposucción, que incluso hicieron más fácil la disección del colgajo superior del abdomen (6,13-15).

Fig. 10: Pre y postoperatorio de abdominoplastia con resección en bloque en paciente de 49 años. Peso de la pieza abdominal resecada: 890 gr. Tiempo quirúrgico empleado: 4,50 horas. Cirugías asociadas: mamoplastia y abdominoplastia.

Fig. 11: Pre y postoperatorio de abdominoplastia con resección en bloque en paciente de 36 años. Peso de la pieza abdominal resecada: 925 gr. Tiempo quirúrgico empleado: 3,35 horas. Cirugías asociadas: mamoplastia de aumento y abdominoplastia.

Fig. 12: Pre y postoperatorio de abdominoplastia con resección en bloque en paciente de 51 años. Peso de la pieza abdominal resecada: 1,1 kg. Tiempo quirúrgico empleado: 2,05 horas. Abdominoplastia aislada.

Fig. 13: Pre y postoperatorio de abdominoplastia con resección en bloque en paciente de 55 años. Peso de la pieza abdominal resecada: 980 gr. Tiempo quirúrgico empleado: 4,50 horas. Cirugías asociadas: mamoplastia y abdominoplastia.

Fig. 14: Pre y postoperatorio de abdominoplastia con resección en bloque en paciente de 40 años. Peso de la pieza abdominal resecada: 1,3 Kg. Tiempo quirúrgico empleado: 1,50 horas. Abdominoplastia aislada.

Conclusiones

Tras 18 años de utilización de la técnica de resección abdominal en bloque de Pontes podemos decir que, en nuestra manos, resulta una técnica segura, con índices de complicaciones dentro de los promedios mundiales, de rápida ejecución, lo que en las abdominoplastias suele resultar un factor asociado al riesgo de trombosis venosas, y que lo más importante para nosotros, siempre preserva la forma natural del abdomen, respetando la anatomía superficial normal de la región y logrando un resultado final muy agradable.

Nuestra filosofía es de total respeto a la anatomía del ser humano, por lo que la técnica de resección abdominal en bloque nos permite mantener esta idea en la práctica. La Cirugía Plástica debe respetar el cuerpo humano y su anatomía normal e individual, sin crear jamás formas artificiales siguiendo la propaganda, las modas o los deseos de los pacientes basados en la ilusión creada por el mercado.

Los cirujanos plásticos somos ante todo médicos y como buenos médicos debemos decir "No a la forma no natural del cuerpo humano".

Agradecimientos

Al Dr. Ronaldo Pontes, por sus enseñanzas de las técnicas más avanzadas en Cirugía Estética y por compartir toda su experiencia con nosotros como alumnos.

A la Sra. María Cristina R. Goulart, administradora del equipo, por la coordinación de todos los aspectos de este trabajo.

Dirección del autor

Dr. Remi Goulart Jr.
C/ Algas 811, Apto. 202 B.
Jurerê international, Florianópolis/SC. Brasil.
CEP 88053-505.
e-mail: remigoulartjr@gmail.com

Bibliografía

1. **Kelly H.A.:** "Excision of fat of the abdominal wall lipectomy". Surg. Gynecol. Obstet. 1910, 10: 229
2. **Pitanguy I.:** "Abdominal lipectomy: an approach to it though an analysis of 300 consecutive cases". Plast. Reconstr. Surg., 1967, 40: 384.
3. **Dillerud E.:** "Abdominoplasty combined with suction lipectomy: a study of complications, revisions and risk factor in 487 cases". Ann. Plast. Surg., 1990, 25: 333.
4. **Cido Carvalho F.A.M., Vieira da Silva Jr, V, Alencar Moreira, A.:** "Lipoabdominoplastia con desinserción umbilical y despegamiento abdominal reducido". Cir. plást. iberolatinoam. 2008, 34 (4): 277.
5. **Matarasso A.:** "Abdominoplasty". In: Guyuron B. Achauer BM, Erikson E. et al. eds. Plastic Surgery: Indications, operations, outcomes vol. 4, 1st. ed. Philadelphia, Mosby-Yearbook, 2000.
6. **Pontes R.:** "Abdominoplastia- Ressecção en bloco e sua aplicação em lifting de coxa e tórax", Rio de Janeiro, RJ. Revinter Ltda., 2004, Pp: 1-77.
7. **Mercedes S. Et al:** "Variabilidad de la presión intrabdominal en pacientes sometidos a abdominoplastia". Cir. plast. iberolatinoam. 2009, 35 (4): 261
8. **Matarasso A., Wallach S.G.:** "Abdominal contour surgery: treating all aesthetic units including the Mons pubis", Aesth. Surg. J. 2001, 21: 111.
9. **Matarasso A.:** "Classification and selection in abdominoplasty". Oper. Tech. Plasta. Surg. 1996, 3: 7.
10. **Alderman AK., Collins ED., Streu R. et al:** "Benchmarking outcomes in plastic surgery: national complication rates for abdominoplasty and breast augmentation". Plast. Reconstr. Surg. 2009, 124 (6): 2127.
11. **Matarasso A., Swift RW., Rankin M.:** "Abdominoplasty and abdominal contour surgery: A national plastic surgery survey". Plast. Reconstr. Surg. 2006, 117: 1797.
12. **Sean S., Seth R., Nirmal N.:** " Abdominoplasty combined with additional surgery: a safety issue". Aesthe. J. Surg. 2006, 26: 413.
13. **Castañares S, Goethel JA:** "Abdominal lipectomy: a modification in technique". Plast. Reconstr. Surg. 1967, 40: 378.
14. **Matarasso A.:** "Liposuction as an adjunct to a full abdominoplasty". Plast. Reconstr. Surg., 1995, 95: 829.
15. **Baroudi R.:** "Liposuction as an adjunct to a full abdominoplasty revisited (discussion)". Plast. Reconstr. Surg. 2000, 106: 1203.