

Comentario al artículo "Conceptos prácticos para el tratamiento de las deformidades abdominales complejas"

Pedro ARQUERO

Especialista en Cirugía Plástica, Estética y Reparadora. Práctica privada, Madrid, España.

Tuve el privilegio de acompañar durante algunos años de mi formación al Dr. Alberto Caldeira del que aprendí no sólo las técnicas de nuestro común maestro, Pitanguy, sino también, en un ejercicio de continua disconformidad, a continuar evolucionándolas. Imaginativo, creativo, innovador, siempre se ha atrevido a buscar nuevas soluciones a aquellos problemas que nuestra especialidad va encontrando. Por eso le atraen los retos, porque su verdadera vocación es alcanzar el verdadero oficio de cirujano plástico: reconstruir lo que parece incorregible, las grandes deformidades. Y para eso se necesitan dos cosas: un gran bagaje quirúrgico y una importante dosis de valor.

Entrando en el tema encomendado, diré que Brasil reúne al mas alto número de estudiosos de la abdominoplastia.

No conforme con la abdominoplastia convencional con sus variantes conocidas por todos,⁽¹⁾ el trabajo del Dr. Caldeira nos presenta 3 casos en los que destaca la dificultad de resolución y expone la versatilidad necesaria de los 3 tipos de emplazamiento de la incisión transversa: inferior, media y superior, que se corresponden con la localización de las deformidades.

En el primer caso muestra una abdominoplastia secundaria: con cicatrices hipertróficas, defecto de la resección cutánea en el abdomen inferior y carencia de exceso cutáneo en el abdomen superior. Para su tratamiento el Dr. Caldeira ha optado por el camino más difícil: la compleja solución de la expansión tisular.

No cabe duda de que la primera opción sería la realización de una abdominoplastia secundaria con revisión de cicatrices en T invertida, pero es necesario conocer el alto nivel de exigencia de la mujer brasileña para comprender esta decisión. Solo el rechazo de la cicatriz vertical puede justificar que la paciente acepte varios tiempos quirúrgicos, un largo tiempo de deformidad abdominal, el alto coste y el riesgo de infección, extrusión o rigidez capsular.

Si algo podemos objetar es el emplazamiento inicial de los expansores (muy bajos y laterales) corregido en la

segunda ocasión. El resultado es excelente a pesar de no conseguir eliminar por completo la cicatriz vertical suprapúbica,

El segundo caso es una secuela de quemadura que afecta al abdomen medio. En esta ocasión señala los métodos para obtener un excedente cutáneo capaz de cubrir el área cicatricial: engordar, expansores y embarazo. El tiempo y el aumento de peso ayudaron a solucionar el problema.

El tercer caso es aún más complejo. A las secuelas del seroma en el tercio superior del abdomen, ocasionado por las liposucciones previas, se suma una falta de tejido mamario como resultado de una reducción mamaria. Esto lo soluciona con una abdominoplastia invertida y la utilización del excedente cutáneo para el relleno de las mamas mediante un colgajo abdominal lateral decorticado.

En su conjunto, el trabajo propone una clasificación de las deformidades complejas de la pared abdominal; resalta la importancia de la visión conjunta toracoabdominal en la armonía del contorno corporal, incluido el lipoinjerto, especialmente en las capas superficiales del glúteo; también aboga por la utilización de la lipoabdominoplastia al tiempo que advierte de los peligros y limitaciones de la técnica y utiliza el importante concepto de autonomización de los colgajos.

Solo me cabe decir que he echado en falta la mención tanto de los puntos de Baroudi como de la importancia de las alteraciones músculo-aponeuróticas.⁽²⁾

Finalmente, me gustaría transmitir mi agradecimiento y mi felicitación al Dr. Alberto Magno Lott Caldeira por su generosidad y su afán de superación.

Bibliografía

1. **Arquero P. Barros J.** Dermolipectomía Abdominal: nuestra conducta. *Cirugía Estética Plástica* 2009, (9): 42-48.
2. **Nahas FX, Ferreira LM.** Concepts on correction of the musculoaponeurotic layer in abdominoplasty. *Clin Plast Surg.* 2010;37(3):527-538.