

# Obesidad mórbida: caso excepcional de reconstrucción de pared abdominal

## Morbid obesity: an exceptional patient. Apronectomy and new abdominal wall reconstruction



Gabilondo Zubizarreta, F.J.

Gabilondo Zubizarreta, F.J.\*, Torrero López, V.\*\*, Madariaga Romero, N.\*\*,  
Ayestarán Soto, J.\*\*, Uceda Carmona, M.\*\*\*, Caramés Estefanía, J.\*\*\*\*

### Resumen

Presentamos una nueva técnica para la reconstrucción de la pared abdominal, con material sintético en una paciente que padeciendo un cuadro de obesidad mórbida sin cirugía ni traumatismo previo, sufre una diástasis de músculos rectos de su pared abdominal por la que se produce una evisceración intestinal que al alojarse en el faldón abdominal y añadirse un proceso de acumulación de líquidos en el intersticio semejante al linfedema, supuso como tratamiento una resección superior a los 60 Kg. entre sólidos y líquidos y una estrategia y técnica nuevas de reconstrucción del defecto de la pared abdominal.

### Abstract

The aim of this work is to show a new technique for reconstruction of the abdominal wall with synthetic material in a patient with morbid obesity. The disease has no relation with antecedents of previous surgery or trauma and is associated with a dyasthesis of the rectus abdomini muscles which has conditioned a intestinal evisceration. This evisceration is accommodated in the abdominal apron and is associated with a great accumulation of fluid (liquid) in the interstitium, which seems a linphedema. Taking account the combination of liquid and soft tissues the resection is larger than 60 Kg. and this has forced us to develop new strategies for the management of the patient and techniques for the reconstruction of the abdominal wall defect.

**Palabras clave** Obesidad mórbida. Reconstrucción de pared abdominal.

**Código numérico** 5311

**Key words** Morbid obesity. Apronectomy. Abdominal wall reconstruction.

**Código numérico** 5311

\* Jefe de Servicio.

\*\* Médico Adjunto.

\*\*\* Residente 4º año.

\*\*\*\* Residente 2º año.

## Introducción

En nuestra sociedad, como respuesta al problema epidémico de la obesidad (1), han surgido grupos de trabajo con un planteamiento multidisciplinario para tratar los casos extremos de la denominada Obesidad Mórbida compuestos por Psiquiatras, Nutricionistas, Endocrinólogos, Cirujanos Digestivos, Cirujanos Plásticos, etc., que suman sus conocimientos y aportan visiones diferentes y complementarias.

Dentro de esta serie de pacientes con obesidad mórbida, hay dos subgrupos diferentes en función de si han sido tratados o no con técnicas quirúrgicas de cirugía bariátrica, que suele conseguir pérdidas de peso más rápidas que con los tratamientos estrictamente médico-dietéticos sin cirugía digestiva (2,3). En ambos casos ante el resultado precoz o dilatado con descensos importantes de peso, la imagen corporal y la calidad de vida de los pacientes se benefician de la colaboración del cirujano plástico, que somete al paciente a un protocolo de actuaciones, con dermolipectomías sobre todo, que se suelen iniciar en la región del faldón o delantal abdominal.

Pero a veces, de forma excepcional, como en el caso que presentamos, se sobrepasan los criterios convencionales y las soluciones tradicionales no parecen resolver el problema, requiriendo adoptar nuevos planteamientos ante los desafíos que anteriormente no se resolvían o se dejaban sin tratar bajo la tutela del “*primun non nocere*”, como en los casos clasificados

como “exposiciones abdominales sin derecho a domicilio”, en evisceraciones, hernias etc., cuya reposición en la cavidad abdominal se consideraba incompatible con la vida del paciente por restricción respiratoria causada por el ascenso del diafragma o por un síndrome de hiperpresión compartimental abdominal (4,5).

## Caso clínico

Mujer de 54 años remitida a nuestro Servicio desde la Comisión de Obesidad Mórbida de nuestro Hospital, tras haber sido sometida a tratamiento dietético y haber pasado de 165 Kg. de peso a 152 Kg. (Fig. 1).

Sólo la impresión de su aspecto clínico nos planteó varias preguntas por diferentes razones: la psíquica en primer lugar por su deteriorada calidad de vida y situación anímica sin salida de su depresión motivada por su condición excepcional, enclaustramiento, etc.

A continuación nos planteamos el manejo de la paciente en las condiciones en que estaba tanto para su tratamiento quirúrgico como para su estancia en el hospital, pruebas diagnósticas, etc. (no podía dormir en cama, no entraba en ciertos sistemas y aparatos diagnósticos, a penas podía desplazarse....) lo que nos suponía una estrategia no propiamente quirúrgica, pero sí asistencial (Fig.2).

Por último un estudio exhaustivo de sus características y diagnóstico preciso del faldón y su contenido, previendo su situación tras la cirugía respecto a su posibilidad y fisiopatología respiratoria y su condi-



Fig. 1. Aspecto clínico preoperatorio de la paciente, tras adelgazamiento sin cirugía previa, mostrando el faldón.



Fig. 2. Colocación de los sistemas estribo-clavo en el faldón para su manejo con las grúas.

ción abdominal tanto de la reconstrucción parietal como de su situación visceral evitando un síndrome compartimental de hiperpresión.

En el aspecto psíquico-psiquiátrico, nos encontramos ante una paciente con un síndrome depresivo, cuya calidad de vida y previsión de cambiarla era difícil ya que tampoco confiaba en una solución quirúrgica, lo que requería una fuerte terapia antidepressiva y una información meticulosa del procedimiento quirúrgico de tratamiento, para que aceptara la única solución factible a juicio del equipo de tratamiento.

Se realizaron también estudios preoperatorios: pruebas de fisiopatología y función respiratoria, ana-

lítica completa, estudios radiológicos y Tomografía Axial computarizada (TAC) detallada abdominal. Esta última mostró imágenes sobre la composición y los niveles intestinales del contenido del faldón abdominal. Era necesario saber el contenido, naturaleza y situación de las asas intestinales, presencia de megalias, etc. Llegando a la conclusión, ante la ausencia de traumatismos o cirugías previas, de que la evisceración se produjo a través de una diástasis de los músculos rectos abdominales, irreversible, acompañada de un mecanismo de linfedema tisular intersticial que seguía actuando como mecanismo expansor del crecimiento del volumen del faldón de forma irreversible y con la ayuda de la gravedad, sin posibilidad de reversión (Fig. 3).

Técnicamente al resear el faldón-bultoma, comenzaría propiamente el tiempo de la reconstrucción de la pared abdominal y su diástasis de rectos con una deficiente calidad de tejidos con infiltración líquida linfematosa. Ello se agravaba al no poder disminuir el contenido abdominal, lo que suponía aumentar el continente para dar cabida al contenido intestinal. No había posibilidad de resección de megalias ni de cirugía de resección gastrointestinal.

Concretando, la solución tendría que aumentar la cavidad abdominal a semejanza de los embarazos múltiples o de gran volumen pero bruscamente, sin período de adaptación y reconstruyendo la "falla" de la pared abdominal con un material sintético o con un colgajo autólogo que aportase tejidos de mejor calidad que los linfedematosos. Tanto una solución sintética firme, como con colgajo autólogo (plan A, o plan B), deberían conseguir una situación postoperatoria que permitiera la respiración de la paciente de forma autónoma sin ayuda mecánica a pesar del desplazamiento diafragmático, permitiendo la extubación anestésica postoperatoria y por otro lado sin provocar un síndrome compartimental intrabdominal.

Este planteamiento fisiopatológico de aumentar el domicilio, a modo de embarazo sin período de adaptación, bruscamente, ha supuesto una idea innovadora basada en un estudio riguroso del faldón y su contenido: composición, nivel del contenido intestinal, naturaleza de la diástasis, presencia o ausencia de megalias o neoformaciones, distribución del contenido abdominal, etc. mediante iconografía del TAC (tomografía axial computarizada) junto con una valoración y pronóstico funcional respiratorio de su función y capacidades respiratorias en la nueva situación postoperatoria (6).

La reconstrucción con cualquiera de los dos planes: sintético o autólogo (A o B), suponía una nueva pared abdominal firme y competente, con aumento del continente proporcional al nuevo volumen del contenido,

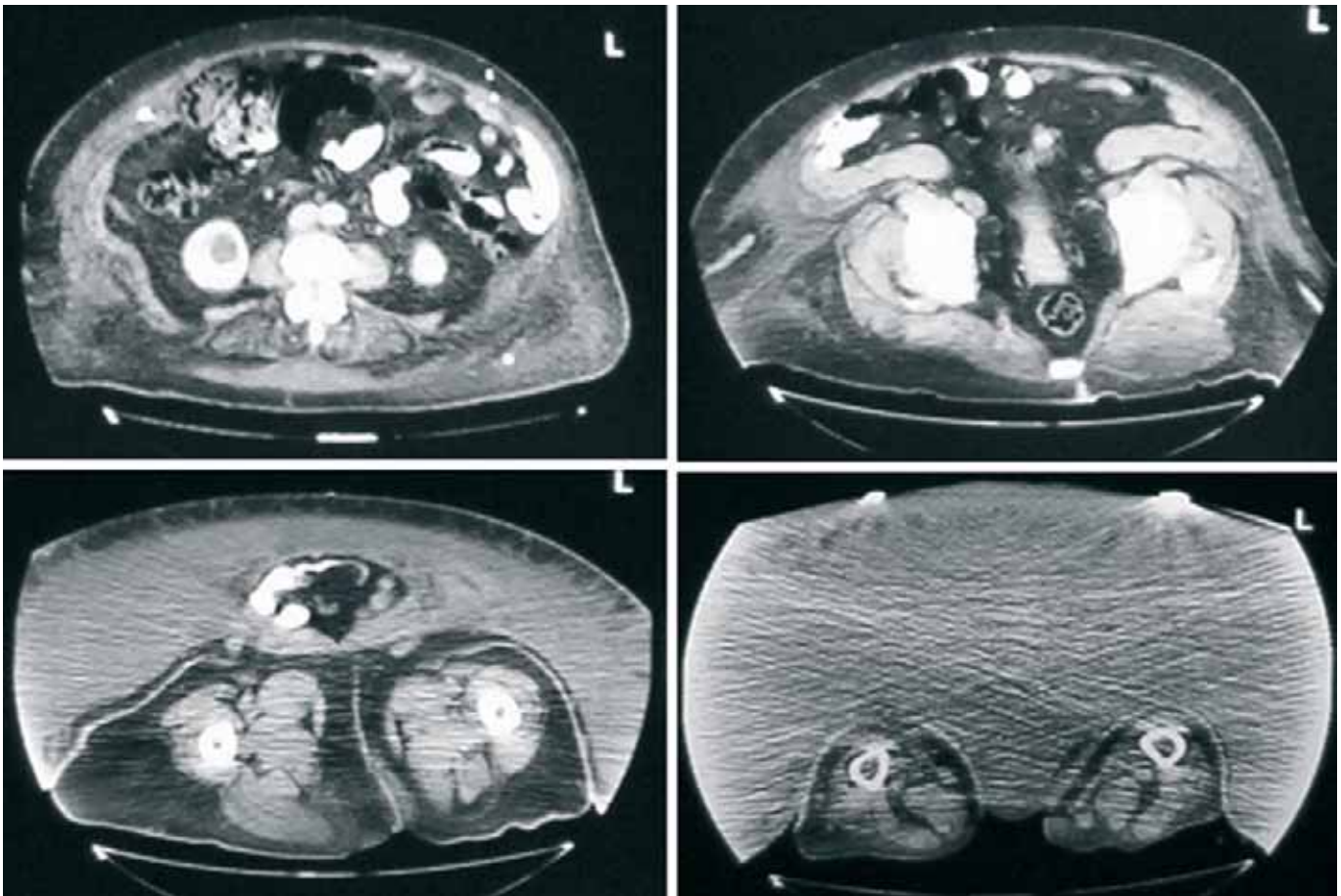


Fig. 3. Imágenes del estudio radiológico (TAC) de la pared abdominal y del faldón.



Fig. 4. Aspecto del faldón colgado del sistema de grúas en el quirófano con doble mesa, una convencional para el apoyo de la paciente y otra colocada transversalmente por encima, a modo de puente con ruedas para su desplazamiento, para el apoyo del faldón y facilitar su retirada tras el primer tiempo de resección.

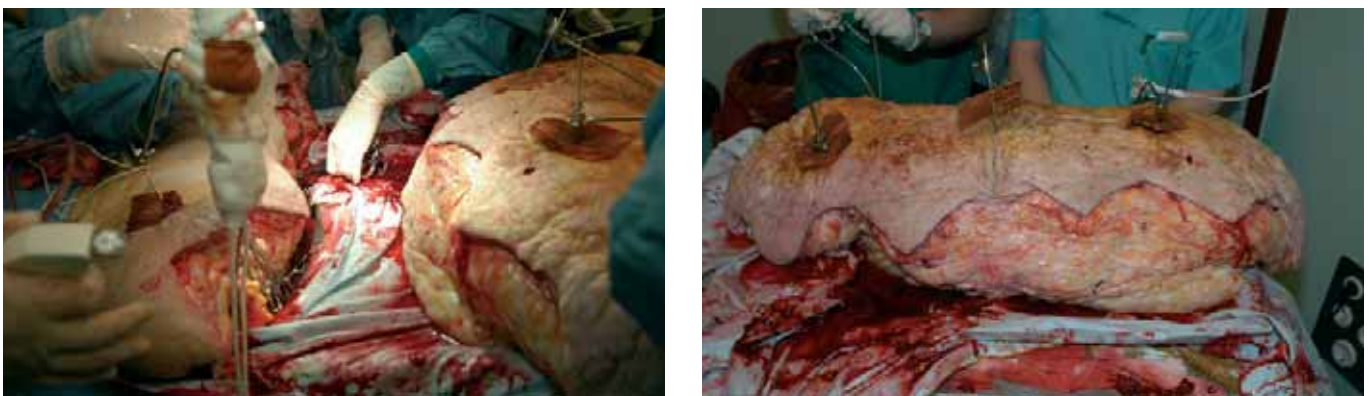


Fig. 5. Retirada del faldón, sobre la mesa descrita y aspecto del resto de la resección colgada sin completar antes de la reconstrucción.

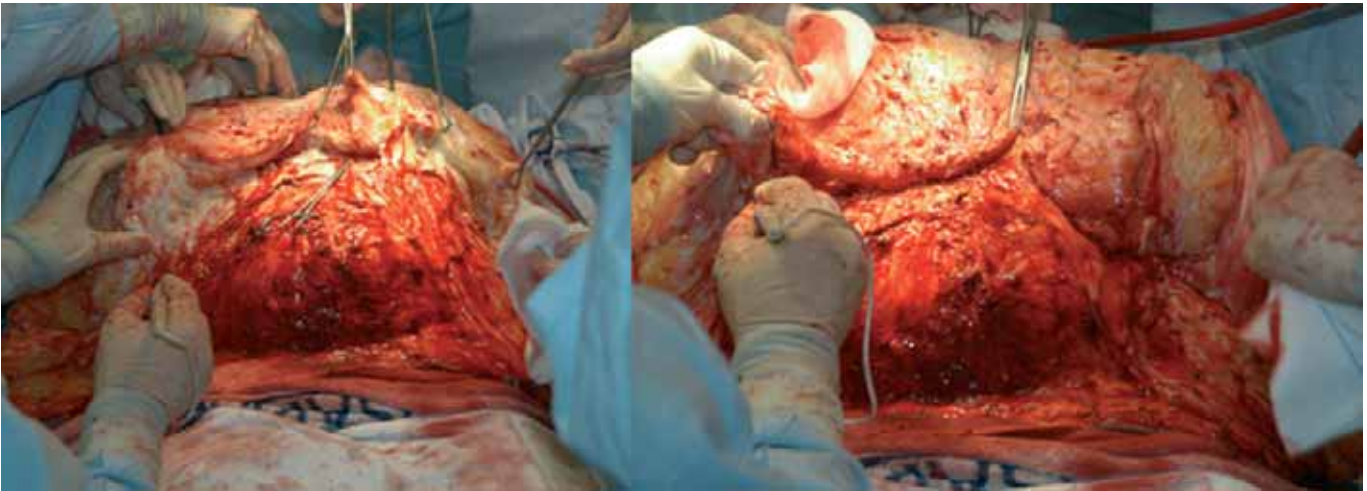


Fig. 6. Aspecto de la disección de la eventración y de la pared abdominal sin faldón.

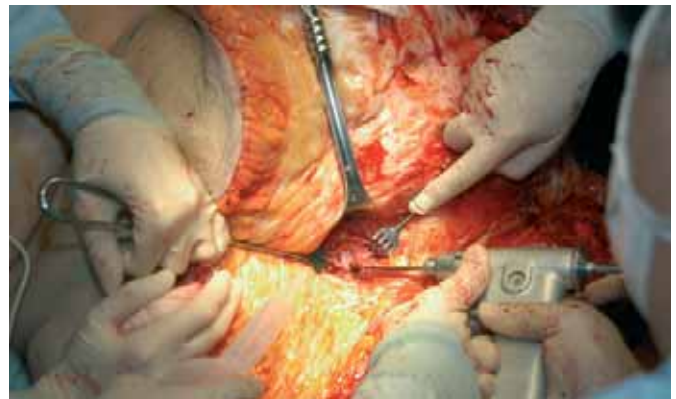


Fig. 7. Maniobra de una perforación ósea para la fijación alámbrica de la malla de polipropileno.



Fig. 8. Sujeción, adaptación y tensado de la malla sin despegamientos y controlando su efecto en la presión del compartimento abdominal.

evitando también el síndrome de compartimental intrabdominal si se alcanzan cifras de 20-25 mm. de Hg. (7).

Por otro lado, la estrategia para manejar a la paciente ante nuestra falta de experiencia previa, consistió en un procedimiento para controlar el “faldón-bultoma” mediante unas grúas y cinco agujas y estribos introducidos en el faldón por fuera del paquete intestinal (Fig. 4), con lo que mediante una mesa con rue-

das en la que apoyaba, al seccionar y retirar el faldón, se separaba de la paciente y así comenzaba el tiempo de la reconstrucción de la pared abdominal (Fig. 5).

Las consultas bibliográficas que encontramos nos fueron de interés en este sentido para el manejo de la paciente (8).

Retirado el faldón, que suponía una barrera física, la técnica de reconstrucción consistió en los siguientes actos quirúrgicos:

1º.- Disección del saco de la evisceración para su reposición abdominal (Fig. 6).

2º.- Sin despegar el colgajo abdominal dermograso, perforaciones en el reborde costal y espina ilíaca anterosuperior bilateralmente como puntos estables para el paso de los alambres de sujeción por el sistema de túneles hasta la zona de la evisceración (Fig. 7).

3º.- Colocación de la malla sobrepasando la falla de la diástasis de rectos; se fija y tensiona adaptándola a la reconstrucción deseada con control intraoperatorio de la tensión del sistema (Fig. 8).

4º.- Colocación de varios drenajes aspirativos (cuatro); sutura del colgajo abdominal sin tensión, resecano las piezas dermograsas que sobran en la adaptación de los bordes de las resecciones. El peso total



Fig. 9. Sutura sin tensión del colgajo de piel que cubre la reconstrucción parietal.



Fig. 10. Aspecto postoperatorio reciente de la paciente empezando su movilización.



Fig. 11. La paciente con su faja protectora antes de salir del hospital tras dos semanas.

de los sólidos y líquidos trasudados (linfedema), superó los 60 Kg. (Fig. 9).

El curso postoperatorio fue satisfactorio; la paciente fue extubada el mismo día de la intervención al cabo de varias horas y permaneció 6 días en UVI, pasando después a planta de hospitalización normal, con un total de 20 días de estancia hospitalaria, sin ninguna complicación postoperatoria y comenzando rehabilitación con movimientos activos y pasivos al cuarto día de la intervención, en la UVI (Fig. 10), que continuó después para conseguir deambulación sin el contrapeso del bultoma, con un vendaje o faja abdominal elástica, que podemos ver en la Fig. 11. También recibió tratamiento de apoyo psiquiátrico. Podemos ver imágenes comparativas entre el preoperatorio y el postoperatorio en el momento del alta hospitalaria en las Fig. 12-14. El postoperatorio a los 6 meses podemos verlo en las Fig. 15-16.

## Conclusiones

La Obesidad Mórbida requiere un enfoque y estudio multidisciplinario para su estudio y tratamiento.

En los casos excepcionales, como el que mostramos, los planteamientos tradicionales que no aportan

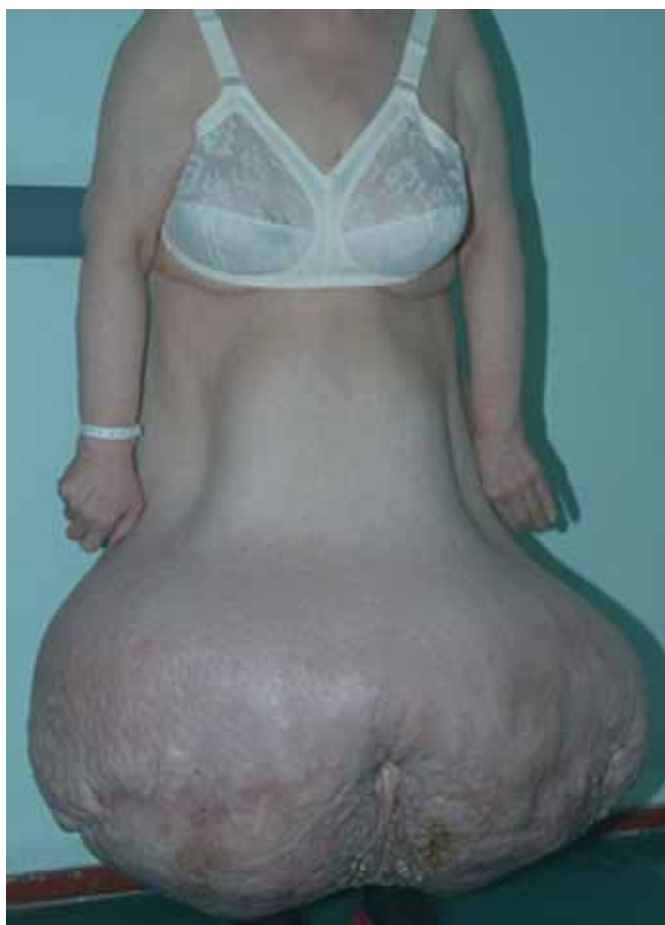


Fig. 12. Comparativa entre el pre y postoperatorio en el momento del alta hospitalaria. Visión frontal.



Fig. 13. Visión lateral.



Fig. 14. Comparativa entre el pre y postoperatorio en el momento del alta hospitalaria con la paciente deambulando con normalidad.

soluciones efectivas se han superado para, con un estudio riguroso previo, plantear soluciones imaginativas renovando conceptos como el del “derecho a domicilio” que requieren un nuevo tratamiento tanto técnico, como estratégico.

El aspecto estratégico, requerido por las dificultades del manejo físico de la paciente, aunque supone una ayuda en el procedimiento no plantea novedades conceptuales, pero facilita enormemente la propia cirugía de resección y reconstrucción de la pared abdominal, posibilitando la actuación de un equipo numeroso de cirujanos, lo que resulta muy útil en estos casos.

El aspecto diseñado como técnica innovadora en este caso de reconstrucción abdominal, ha consistido en una técnica de ampliación del volumen de la misma para evitar un síndrome digestivo-respiratorio de hiperpresión compartimental.

La reconstrucción planteada, ante la mala calidad de las estructuras con linfedema, aumento de la grasa y enfermedad vascular evidente, se diseñó con material sintético (malla de polipropileno) y una fijación ósea múltiple con alambres de acero a través de tunelización, evitando así los despegamientos de tejidos, peligrosos en estos pacientes.

Creemos que aunque las soluciones técnicas nuevas pueden ser diversas, hay que adaptarlas en cada caso a las condiciones de cada paciente optando por la de mayor sencillez y seguridad.

## Dirección del autor

Dr. Fco. Javier Gabilondo Zubizarreta.  
Servicio de Cirugía Plástica y Quemados. Hospital de Cruces.  
Plza. De Cruces s/n. Baracaldo 48903.- Vizcaya (España).  
e-mail: fjgabilondo@hcru.osakidetza.net

## Bibliografía

1. **World Health Organization.** Obesity: “Preventing and managing the global epidemic”. Ginebra, junio 1997.
2. **Sociedad Española para el estudio de la obesidad (SEEDO).** “Consenso SEEDO’2000 para la evaluación del sobrepeso y la obesidad y el establecimiento de criterios de intervención terapéutica”. Med Clín (Barc) 2000; 115:587.
3. **SECO.** III Reunión Nacional de la Sociedad Española de Cirugía de la Obesidad. Guías de actuación. Santander 2000.
4. **American College of Surgeons:** “Recommendations for facilities performing bariatric surgery”. Bull Am Coll Surg 2000; 85 (9).
5. **Jameson J.L.:** “Obesity and increased risk of mortality”. Chapter 75: Obesity. <http://www.harrisonline.com>
6. **Hawkins J.L.:** “Providing anesthesia for the morbidly obese patient”. Semin Anesth 1995; 14:204.
7. **González Uriarte J, Murillo J, Michelena J, Orozco J, Romo E, Ugalde M, Martínez F.:** “Utilidad del control de la presión intrabdominal en el tratamiento de las eventraciones gigantes” Cir. Esp.2002;71(4):189.
8. **Warner RM, Spyrou GE, Fourie LR.:** “A case of apronectomy for treatment of massive abdominal lymphoedema”. Eur J Past Surg 2003.26: 260.



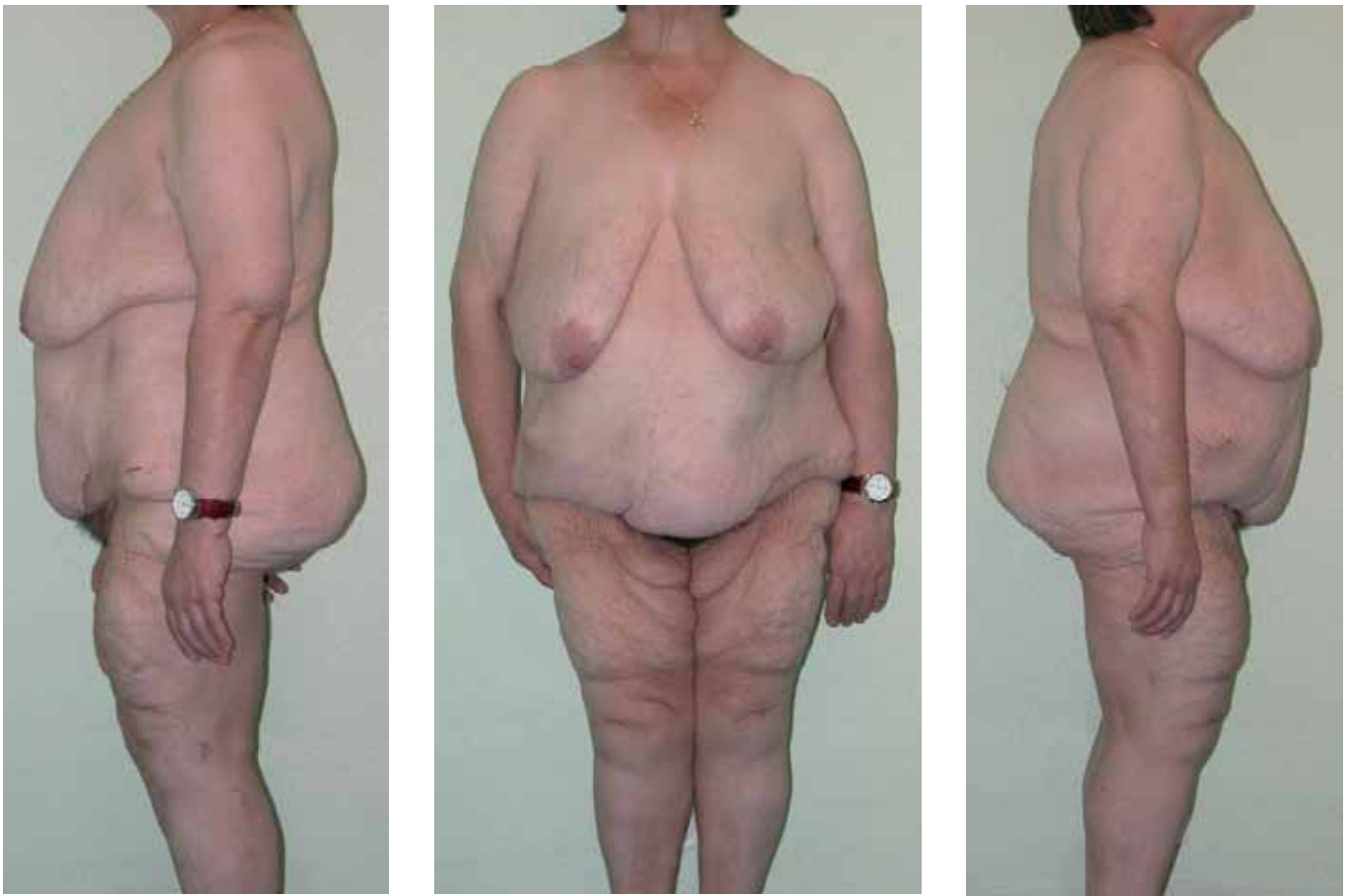


Fig. 15. Postoperatorio a los 6 meses.

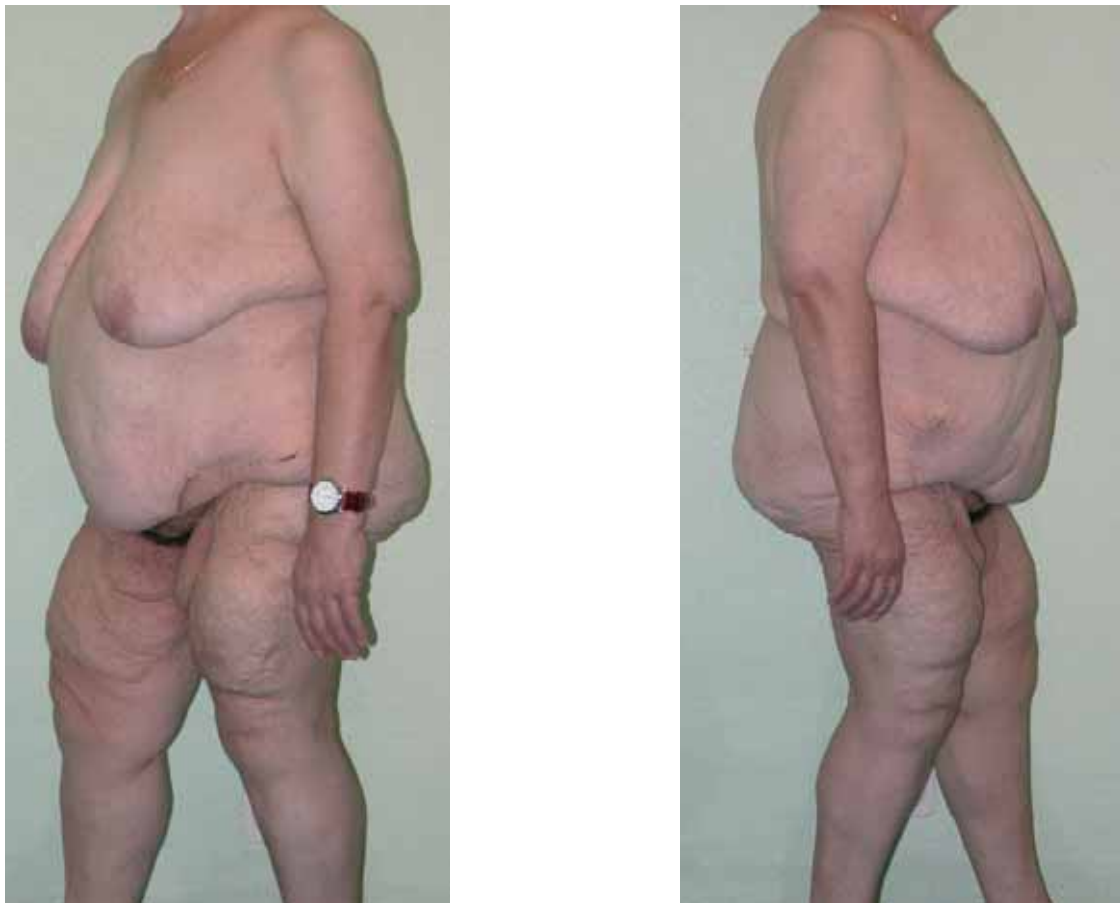


Fig. 16. Postoperatorio a los 6 meses.