

Variaciones hematológicas postoperatorias en dermolipectomía

Postoperative hematological variations in dermolipectomy



Giustozzi, W.

Giustozzi, W.*, Chinellato, A.*, Petroni, A.*, Fernández Coria, R.**

Resumen

La tétada deformante de la pared abdominal está constituida por la obesidad, la distensión abdominal, la gravidez y la diástasis muscular. Nos planteamos como objetivo de nuestro trabajo el demostrar la variación que sufren el hematocrito y la hemoglobina con relación al porcentaje del peso corporal total que representan los colgajos dermograsos extirpados en una dermolipectomía abdominal, tomando como parámetro los valores obtenidos a las 24 horas de la cirugía y a los 7 días de postoperatorio.

Diseñamos un estudio prospectivo observacional en el que analizamos 93 pacientes operados entre el 1 de agosto del 2007 y el 31 de diciembre de 2008. Las variables analizadas fueron las modificaciones sufridas por el hematocrito y la hemoglobina en relación al tanto por ciento de peso corporal total que representan los colgajos extirpados. El promedio de descenso del hematocrito a las 24 horas de la intervención fue del 6,19 % y el de la hemoglobina a las 24 horas de la intervención fue de 1,9 gr/l; los valores a los 7 días de postoperatorio fueron de 3,84% y 1,25 gr/l respectivamente.

Como conclusión, destacamos la necesidad de comprender la importancia de una correcta preparación prequirúrgica de los pacientes que se van a someter a una dermolipectomía abdominal, para evitar complicaciones en el postoperatorio inmediato y tardío, mejorando así su selección para disminuir la morbilidad de esta intervención quirúrgica.

Palabras clave Abdominoplastia, Dermolipectomía abdominal, Variaciones postoperatorias.

Código numérico 5311-1420

Abstract

The deforming tetrad of the abdominal wall is formed by obesity, abdominal distension, gravidity and muscle diastases. Our objective is to show the variation of the hematocrit and hemoglobin in relation to the percentage of the total body mass that represents the fatty skin folds extirpated in a dermolipectomy, having as parameter the one obtained 24 hours after surgery and at 7 postoperative day.

We design an observational prospective study on 93 patients who underwent an abdominal dermolipectomy between august 1st 2007 and december 31st 2008.

Analyzed variables were hematocrit and hemoglobin variations related to the percentage of total body mass that represents the skin folds extirpated. The average decrease of the hematocrit 24 hours after surgery was 6,19% and the hemoglobin 1,9gr/l; 7 days later were 3,84% and 1,25gr/l respectively.

As a conclusion, we remark the importance of a correct presurgical care of the patients to avoid immediate and distant postoperative complications in abdominal dermolipectomy, improving selection to diminish morbidity.

Key words Abdominoplasty, Abdominal dermolipectomy, Postoperative variations.

Numeral Code 5311-1420

* Cirujano Plástico y Cirujano General.

** Cirujano General y Residente de Cirugía Plástica.

Servicio de Cirugía Plástica del Instituto Cardiovascular de Rosario (Argentina).

Introducción

La pared abdominal protege y sirve de continente a la cavidad abdominal por su parte anterior, compuesta por piel, tejido graso y diferentes grupos musculares. El ombligo es un importante componente estético del abdomen (1,2). Las deformidades de esta pared son frecuentes en nuestro medio, causan serios trastornos estéticos, funcionales y psicológicos y además constituyen motivo de consulta en los Servicios de Cirugía Plástica por parte de los pacientes que la padecen (3).

La tétrada deformante de la pared abdominal está constituida por obesidad, distensión abdominal, gravedad y diástasis muscular (4).

Inicialmente, la cirugía abdominal estuvo dirigida a solucionar problemas funcionales (hernias) y más tarde se popularizó la dermolipectomía para tratar el abdomen péndulo. Demars y Marx describen por primera vez una dermolipectomía abdominal en 1890. Desde esta técnica inicial, han sido muchas las variaciones experimentadas, pasando por la descripción de incisiones abdominales e inguinales bajas poco visibles de Pitanguy en 1967, a la técnica en W de Regnault en 1972 para minimizar la migración superior del pubis y demás modificaciones posteriores.

Existen por tanto, múltiples técnicas quirúrgicas ofrecidas a través de la historia para la realización de este tipo de cirugía; puesto que no es la finalidad de este estudio repasarla todas, solo nombramos en la Tabla I un resumen de indicaciones y tratamientos.

Material y método

Analizamos de forma prospectiva 93 pacientes operados en el Servicio de Cirugía Plástica del Instituto Cardiovascular de Rosario (Rosario, Argentina), entre el 1 de agosto del 2007 y el 31 de diciembre del 2008, a los quienes se les practicó dermolipectomía abdomi-

nal. La edad de los pacientes osciló entre los 27 y los 63 años, con una media de edad de 43,7 años. Por sexo, 90 pacientes fueron mujeres y 3 varones (Tabla II). Todos fueron preparados de igual forma en el preoperatorio, teniendo como premisa para la realización de la cirugía un valor de hematocrito mínimo del 36 % y una hemoglobina de 11 gr/l. Todos recibieron tratamiento prequirúrgico con hierro vía oral, como mínimo 1 mes antes de la intervención para aumentar las reservas de este mineral. De esta serie, 4 pacientes fueron sometidos a dermolipectomía vertical por haber sufrido cirugía abdominal previa. Solo 7 pacientes fueron sometidos a cirugía combinada: mamoplastia reductora en 2 ocasiones, implantes mamarios en 4 e histerectomía en 1 (Tabla III). Las intervenciones se hicieron bajo anestesia raquídea, salvo en los casos en que se realizó cirugía combinada, que se utilizó anestesia general. La hidratación intraoperatoria se hizo con 2500cc de suero fisiológico.

La pérdida sanguínea intraoperatoria se cuantificó entre los 80 y los 120 cc. Todos los pacientes tuvieron un plan de hidratación postoperatoria de 3000cc en 24 horas y fueron movilizados dentro de las primeras 5 horas de postoperatorio, comenzando con deambulación e ingesta. Todos fueron tratados con antibioterapia prequirúrgica que se continuó durante 1 semana. La hospitalización no superó las 24 horas en ninguno de los casos. Todos los pacientes fueron operados por el mismo equipo quirúrgico y en ninguno de los casos la cirugía duró más de 2,30 horas.

La intención de este trabajo es demostrar la variación que sufren el hematocrito y la hemoglobina en relación al porcentaje del peso corporal total que representan los colgajos dermograsos extirpados en una dermolipectomía abdominal, tomando como parámetro el resultado de las variables de estudio obtenido a las 24 horas de la intervención y a los 7 días de postoperatorio, utilizando este último parámetro para evitar alteraciones en los resultados que pue-

Tabla I: Cuadro resumen. Matarasso (1989), Bozola y Psillakis (1988)

TIPO	LAXITUD CUTANEA	LAXITUD MUSCULOFASCIAL	OBESIDAD ABDOMINAL INFERIOR	TRATAMIENTO
I	Mínima	No	Sí	Liposucción
II	Sí	En abdomen inferior	Sí	Miniabdominoplastia
III	Sí	Inf. y sup. Moderada	Sí	Abdomino. Modif.
IV	Sí	Inf. y sup. severa	Sí	Abdomino. estándar + liposucción

Tabla II: Distribución de los pacientes del estudio por sexos

MUJERES	90	96,77%
HOMBRES	3	3,23%
TOTAL	93	100%

dan corresponderse a cierto grado de hemodilución, comparando con los datos prequirúrgicos y con el porcentaje de peso corporal total que representan los colgajos dermograsos extirpados en cada paciente. Todo esto, teniendo como finalidad comprender la importancia de una correcta preparación prequirúrgica en este tipo de intervención, para evitar complica-

Tabla III: Técnicas quirúrgicas empleadas en los pacientes del grupo de estudio

DERMOLIPECTOMIA TRANSVERSAL	82	88,17%
DERMOLIPECTOMIA VERTICAL	4	4,30%
DERMOLIPECTOMIA COMBINADA	7	7,53%
TOTAL	93	100%

ciones en el postoperatorio inmediato y tardío, mejorando así la preselección de los pacientes y disminuyendo la morbilidad de esta cirugía.

Tabla IV: Recogida de datos del estudio. Variaciones en el hematocrito y la hemoglobina a las 24 horas de la intervención y a los 7 días de postoperatorio

PESO DEL PACIENTE	PESO del COLGAJO	% PESO CORPORAL	HCTO Y HB PREOPERAT.	HCTO y HB 24 HS	HCTO y HB 7 DIAS	DESCENSO HCTO y HB 24 HS	DESCENSO HCTO y HB 7 DIAS
80 KG	1600 GR	2%	43 13,1	36 10,6	35 11,3	-7 -2,5	-8 -1,8
69	630	0,91%	37 12,2	30 9,8	36 12	-7 -2,4	-1 -0,2
54	470	0,87%	41 13,3	34 11,1	36 11,8	-7 -2,2	-5 -1,5
52	60	0,11%	37 11,9	35 11,4	36 11,5	-2 -0,5	-1 -0,4
57	770	1,35%	42 13,5	38 12,4	40 13,1	-4 -1,1	-2 -0,4
60	400	0,66%	42 14	35 11,4	35 11,5	-7 -2,6	-7 -2,5
63	620	0,98%	37 12	31 10,7	35 11	-6 -1,3	-2 -1
46 (A)	220	0,47%	42 13,6	35 11	36 11,6	-7 -2,6	-6 -2
57	550	0,96%	39 12,6	36 11,3	37 12,3	-3 -1,3	-2 -0,3
55 (A)	720	1,30%	37 12	31 10	33,5 10,7	-6 -2	-3,5 -1,3
59	330	0,55%	41 13,6	33 11	38 11,9	-8 -2,6	-4 -1,7
54	1200	2,22%	44,2 14,3	39 12,9	41,4 13,3	-5,2 -1,4	-2,8 -1
49	360	0,73%	36,5 11,4	33 10,9	34 11,3	-3,5 -0,5	-2,5 -0,1
50	270	0,54%	40 13,1	33 11	38 12,5	-7 -2,1	-2 -0,6
72	285	0,39%	49 15,7	41 13,5	39 13,4	-8 -2,2	-10 -2,3
55	590	1,07%	37 12	32 10,2	36 11,8	-5 -1,8	-1 -0,2
82	1670	2,03%	42 13,5	31 10,5	37 12	-11 -3	-5 -1,5
58	1100	1,89%	41 13,7	29 9,7	34,5 11,1	-12 -4	-6,5 -2,6
53	500	0,94%	36,5 11,9	31 10,2	35 11,5	-5,5 -1,7	-1,5 -0,4
54	340	0,62%	37 11,8	30 10	35 11,5	-7 -1,8	-2 -0,3
67	710	1,05%	37,5 12,1	31 10,3	34,5 11,1	-6,5 -1,8	-3 -1
65	550	0,84%	42 13,7	34 11,3	36 12	-8 -2,4	-6 -1,7
69	400	0,57%	41 13,5	37 12	39 12,8	-4 -1,5	-2 -0,7
83	300	0,36%	48 14,8	43 14	45 14,2	-5 -0,8	-3 -0,6
67	1100	1,64%	38 12,5	30 9,8	33 11,4	-8 -2,7	-5 -1,1
60	460	0,76%	40 13,3	37 12	38 12,5	-3 -1,3	-2 -0,8
90	2500	2,77%	37 12	34 11,4	35 11,6	-3 -0,6	-2 -0,4
57	300	0,52%	37,6 12,5	33 1	36 11,8	-4,6 -1,5	-1,6 -0,7
54	260	0,48%	39 11,9	33 10,8	33,2 10,6	-6 -1,1	-5,8 -1,3
58	410	0,70%	42 13,8	34 11,3	36,5 11,3	-8 -2,5	-5,5 -2,5
54	190	0,35%	40 13	35 11,5	38 12	-5 -1,5	-2 -1
51	220	0,43%	40 12,9	33 11,1	38 12,2	-7 -1,8	-2 -0,7
64	600	0,93%	46 15,1	41 13,8	40 13,1	-5 -1,4	-6 -2
54	350	0,64%	36,2 12,1	36 11,8	36,1 11,9	-0,2 -0,3	-0,1 -0,2
57	440	0,77%	43 14,1	35 11,5	34,9 11,3	-8 -2,6	-8,1 -2,8
64 (B)	1540	2,40%	42 13,5	32 10,5	34 11,4	-10 -3	-8 -2,1
62	860	1,38%	38,9 13,2	36 11,8	37,9 12,5	-2,9 -1,4	-1 -0,7
64 (B)	850	1,32%	36,9 12,6	31 10,1	33 11	-5,9 -2,5	-3,9 -1,6
76	470	0,61%	40 12,6	32 10,4	35 11,2	-8 -2,2	-5 -1,4
57	510	0,89%	43 13,7	34 11,4	37 12	-9 -2,3	-6 -1,7
62	920	1,48%	38 12,7	35 11,5	36 12,5	-3 -1,2	-2 -0,2

PESO DEL PACIENTE	PESO del COLGAJO	% PESO CORPORAL	HCTO Y HB PREOPERAT.		HCTO y HB 24 HS		HCTO y HB 7 DIAS		DESCENSO HCTO y HB 24 HS		DESCENSO HCTO y HB 7 DIAS	
81	1200 GR	1,48%	39,5	12,7	29	9,4	31	10,1	-10,5	-3,3	-8,5	-2,6
65	620	0,95%	38	11,8	35	11,5	36	11,6	-3	-0,3	-2	-0,2
75	880	1,17%	39	12,5	28	9,3	33	11	-9	-3,2	-6	-1,5
92	2500	2,71%	38,8	13	32	10,5	35	11,4	-6,8	-2,5	-3,8	-1,6
74	1100	1,48%	44	14,3	36	11,7	39	12,5	-8	-2,6	-5	-1,8
65	420	0,64%	39	13,7	35	12,5	37	12,9	-4	-1,2	-2	-0,8
88	1700	1,93%	42	13,6	36	11,4	37	11,1	-6	-2,2	-5	-2,5
72	1720	2,38%	48	16,2	40	13	42	13,5	-8	-3,2	-6	-2,7
52	180	0,34%	37	12,3	33	11	35	11,8	-4	-1,3	-2	-0,5
66	1050	1,59%	44	14,3	36	11,8	38	12,2	-6	-2,5	-4	-2,1
67	1630	2,43%	41	13,6	31	10,3	32	10,1	-10	-3,3	-9	-3,5
73	1100	1,50%	42	14,2	29	9,5	36	11,7	-13	-4,7	-6	-2,5
85	2200	2,58%	40,6	13,3	36	11,6	38	12,3	-4,6	-1,7	-2,6	-1
56	290	0,51%	39	12,8	30	10,3	35	12	-9	-2,5	-4	-0,8
64	630	0,96%	36	11,5	30	10,1	35	11,3	-6	-1,4	-1	-0,2
48	440	0,91%	38	12,4	33	10,9	34	11	-5	-1,5	-4	-1,4
64	720	1,12%	37	11,8	29	9,2	33	10	-8	-2,6	-4	-1,8
52 (A)	380	0,73%	36	11,5	29	9,5	34	11	-7	-2	-2	-0,5
67	450	0,67%	37	12,3	30	10,1	33	11	-7	-2,2	-4	-1,3
54	420	0,77%	35	12	30	9,5	32	11,5	-5	-2,5	-3	-0,5
61	640	1,04%	39	12,8	32	10,5	35	11,8	-7	-2,3	-4	-1
57	280	0,49%	39	12,1	34	11,1	37	11,8	-5	-1	-2	-0,3
60	920	1,53%	40	13,2	35	11,4	37	12	-5	-1,8	-3	-1,2
56	320	0,57%	39	12,9	35	10,9	37	11,5	-4	-2	-2	-1,4
84	2060	2,45%	36	11,8	29	9,5	32	10	-7	-2,3	-4	-1,8
69	1250	1,81%	40	13,4	33	11	36	12	-7	-2,4	-4	-1,4
56	720	1,28%	38	12,2	32	10	37	12	-6	-2,2	-1	-0,2
54	370	0,68%	42	13,4	33	11	36	11,5	-9	-2,4	-6	-1,9
94	800	0,85%	44	14,5	37	12,4	39	13	-7	-2,1	-5	-1,5
63	670	1,06%	36	11,2	30	9,5	32	10	-6	-1,7	-4	-1,2
56	580	1,03%	39	12,8	30	10	35	11	-9	-2,8	-4	-1,8
66	580	0,98%	43	13,5	36	11,8	38	12	-7	-1,7	-5	-1,5
65	750	1,15%	36	11,3	31,5	9,8	33	10	-5,5	-1,5	-3	-1,3
69	1100	1,59%	42	13,2	34	10,1	37	11	-8	-3,1	-5	-2,2
63	1040	1,65%	41	13,1	33	10,8	38	12,2	-8	-2,3	-3	-0,9
79	2900	3,67%	42,5	13,2	33	10,1	34	11,2	-9,5	-3,1	-8,5	-2
71	960	1,35%	37,3	12,6	32	10,5	33	10,8	-5,3	-2,1	-4,3	-1,8
52 (A)	280	0,53%	40	13,1	29	9,5	36	11	-11	-3,6	-4	-2,1
75	1200	1,60%	39	12,8	30	9,9	35	11	-9	-2,9	-4	-1,8
66	600	0,90%	41	13,8	30	9,8	33	10,5	-11	-4	-8	-3,3
60	650	1,08%	39	13	33	10,7	37	11	-6	-2,3	-2	-2
68	880	1,29%	40	13,3	34	11,4	36	12	-6	-1,9	-4	-1,3
58	550	0,94%	36	11,4	32	10,8	34	11	-4	-0,6	-2	-0,4
77	1620	2,10%	44	14,4	37	12,2	39	12,5	-7	-2,2	-5	-1,9
68	600	0,88%	36	11,8	29	9,8	33	10,5	-7	-2	-3	-1,3
79	650	0,82%	39	13,1	35	11,4	38	12	-4	-1,7	-1	-1,1
74	1100	1,48%	38	12,6	29	9,4	31	10	-9	-3,2	-7	-2,6
74	750	1,01%	38	12,4	31	10	33	10,5	-7	-2,4	-5	-1,9
63 (C)	390	0,61%	40	12,9	35	11,4	39	12,7	-5	-1,5	-1	-0,2
83	1720	2,07%	36	12	28	9,5	32	10	-8	-2,5	-4	-2
82	1800	2,19%	40	13	33	10,5	35	11	-7	-2,5	-5	-2
75	1420	1,89%	37	12,4	30	10	32	10,5	-7	-2,4	-5	-1,9

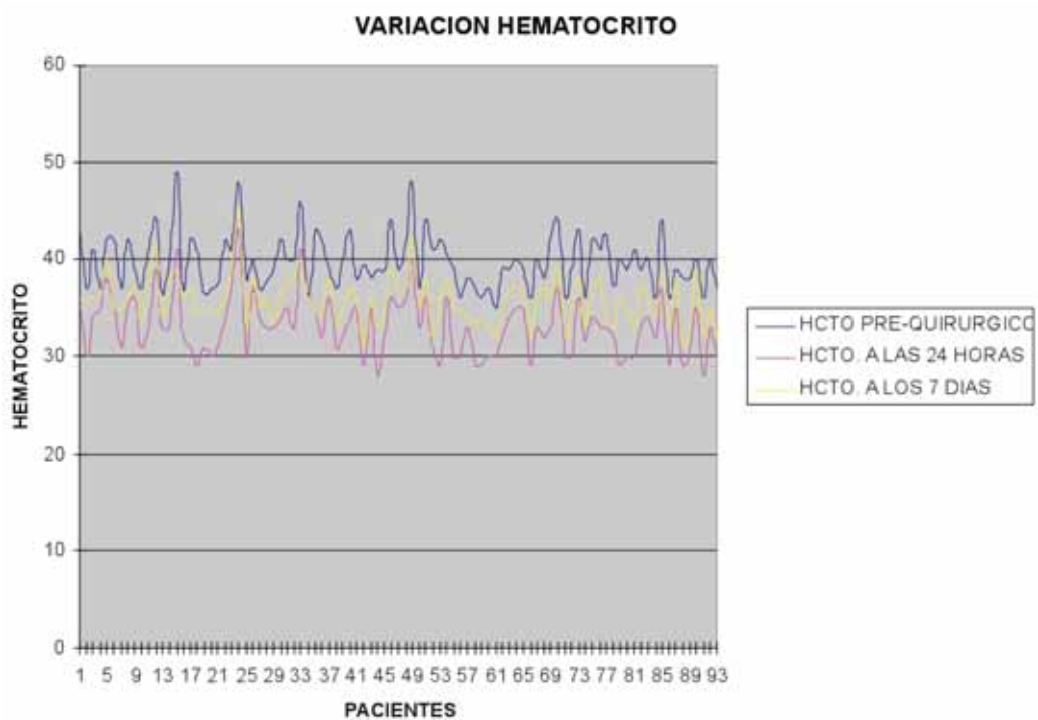
(A): cirugía combinada con implante (B): cirugía combinada con mastoplastia reductora (C) Cirugía combinada con Histerectomía

Resultados

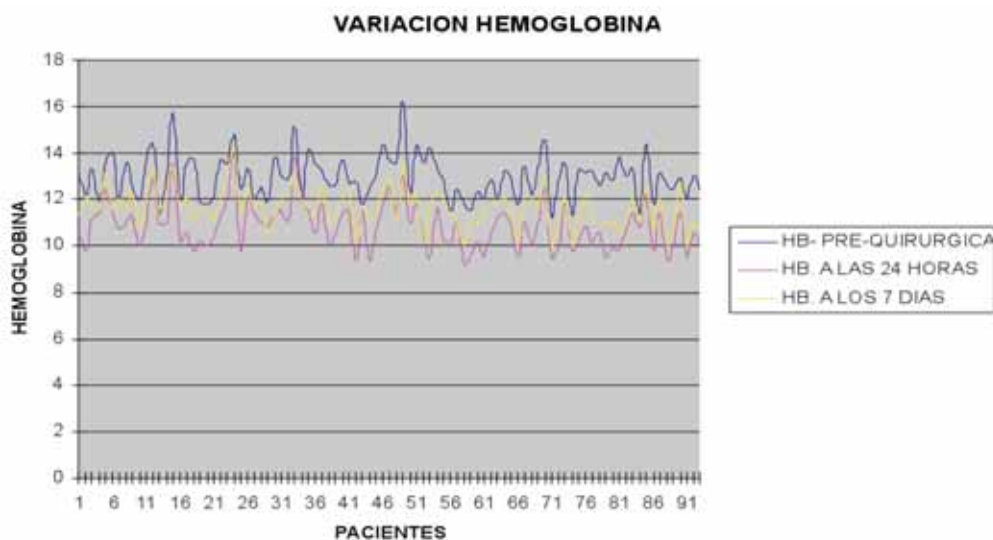
Las técnicas quirúrgicas utilizadas en los pacientes del grupo de estudio fueron: dermolipectomía transversal en 82 casos (88,17 %), dermolipectomía vertical en 4 (4,30 %) y dermolipectomía combinada con otra cirugía en 7 pacientes (7,53 %). No se incluyeron en el estudio cirugías combinadas con liposucción, ya que está demostrado el descenso del hematocrito en estos casos, por lo que escapa a la intención de este trabajo.

Los datos obtenidos sobre variación de valores de hematocrito y hemoglobina a las 24 horas de la intervención y a los 7 días de postoperatorio, se exponen en la Tabla IV.

En el análisis de los resultados obtenidos podemos observar que el promedio de descenso del hematocrito a las 24 horas de la dermolipectomía abdominal fue de 6,19 % y el de hemoglobina de 1,9 gr/l. A los 7 días de postoperatorio esos valores fueron de 3,84% y 1,25 gr/l respectivamente (Gráficas 1 y 2). Para un mejor estudio, dividimos el total de los pacientes en 3 gru-



Gráfica 1



Gráfica 2

pos de acuerdo al tanto por ciento del peso corporal total con respecto al peso del colgajo dermograso extirpado. Los grupos fueron: uno para aquellos en los que el peso del colgajo extirpado fue menor del 0,5% del peso corporal total, otro para los que fue de entre el 0,5 y el 1 % y finalmente, otro para aquellos en los que fue más del 1 % (Gráficos 3-6).

En 9 pacientes, se extrajo menos del 0,5% del peso corporal total. En ellos, el promedio de descenso del hematocrito a las 24 horas fue del 5,44% y el de la hemoglobina fue de 1,48 gr/l; a los 7 días fue de 3,75% y 0,98 gr/l respectivamente.

En 38 pacientes, se extrajo entre el 0,5 y el 1 % del peso corporal total. En ellos, el promedio de descenso del hematocrito a las 24 horas fue del 6,15% y el de la hemoglobina fue de 1,84 gr/l; a los 7 días fue de 3,40% y 1,16 gr/l respectivamente.

En 46 pacientes, se extrajo el 1% del peso corporal total o más. En ellos, El promedio de descenso de

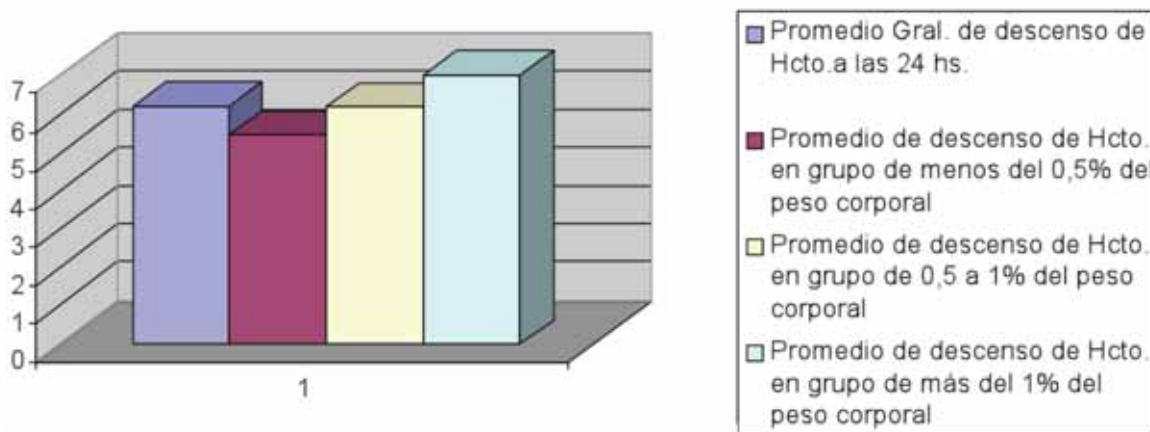
hematocrito a las 24 horas fue del 6,99% y el de la hemoglobina de 2,38 gr/l; a los 7 días fue de 4,39% y 1,61 gr/l respectivamente.

Discusión

Están descritas diferentes técnicas quirúrgicas para la corrección de los defectos deformantes del abdomen, ya sea en forma de dermolipectomía horizontal, vertical o mixta (5). El predominio de la utilización de las técnicas horizontales en nuestro estudio viene dado porque, a nuestro juicio, los resultados son más estéticos al quedar la cicatriz resultante a nivel del surco infraabdominal siguiendo las líneas de tensión de la piel (6), lo que la hace poco visible y con buena aceptación por parte de los pacientes.

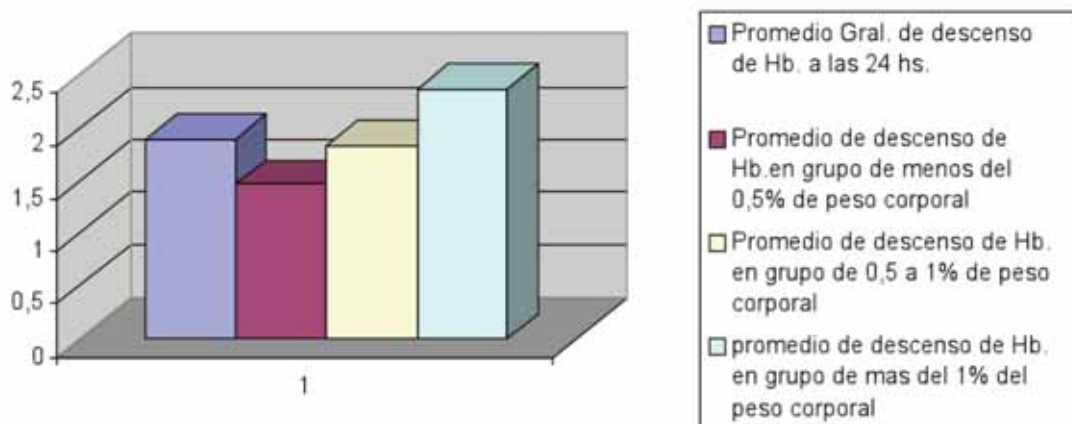
Analizando los resultados obtenidos en nuestro grupo de estudio, observamos que extrañamente, y en contra de lo que creíamos al establecer los parámetros

Promedio de descenso de Hcto. a las 24 hs



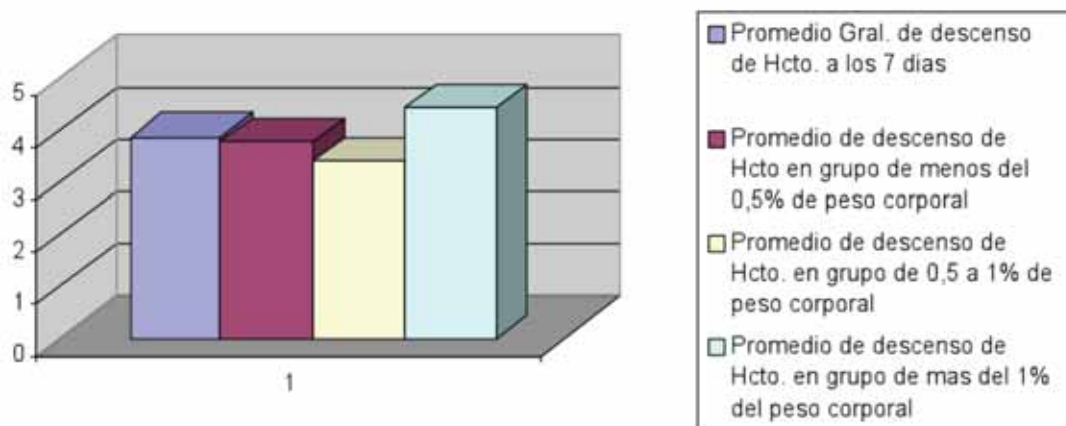
Gráfica 3

Promedio de descenso de Hb. a las 24 hs.



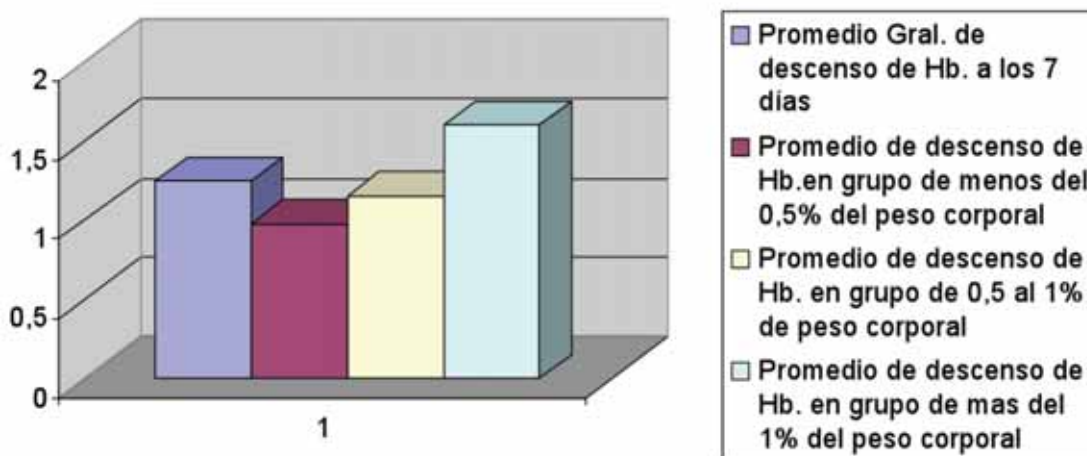
Gráfica 4

Promedio de descenso de Hcto. a los 7 días



Gráfica 5

Promedio de descenso de Hb. a los 7 días



Gráfica 6

de búsqueda y relación en este trabajo prospectivo (7), el descenso de los valores de hematocrito y hemoglobina no tienen una relación directamente proporcional con el peso de los colgajos extirpados; como axial tampoco tiene relación la magnitud del descenso de esos valores con la realización de procedimientos quirúrgicos combinados.

Nuestro mayor asombro se produjo entonces, no en los porcentajes de descenso de los valores estudiados, ni en las combinaciones quirúrgicas, sino en el valor real de la disminución de la hemoglobina y del hematocrito en todos los procedimientos de dermolipsectomía, dato que nos llevó a revalorizar fuertemente la selección y la preparación prequirúrgica de los pacientes, con el único objetivo de brindarles mayor bioseguridad.

Si analizamos los cuadros de promedios de descenso que presentan los pacientes, veremos que presentan la misma gráfica tanto para la hemoglobina como para el hematocrito, por lo que podemos decir que el descenso de dichos valores tiene cierta relación y parale-

lismo, no comportándose de la misma manera si se los relaciona con el peso corporal extirpado en los colgajos resultantes de una dermolipsectomía.

En función de todo lo descrito, podemos sugerir:

—Ingresar a quirófano solo pacientes con valores de hematocrito y de hemoglobina aceptables, sabiendo el importante descenso de los mismos que se produce durante la cirugía.

—Lograr que los pacientes tengan una buena reserva prequirúrgica de hierro, para poder hacer frente a la pérdida sanguínea.

—Realizar cirugías combinadas teniendo presente las variaciones descritas, terminándolas de forma inmediata si los sucesos intraoperatorios así lo requieren.

—Estimular la movilización precoz de los pacientes, desde el momento en que se recupera la sensibilidad en los miembros inferiores y lograr que deambulen en las primeras 5-6 horas de postoperatorio.

Conclusiones

Las variaciones del hematocrito y de la hemoglobina en las primeras 24 horas y a los 7 días de postoperatorio, no se relacionan en forma directamente proporcional con el peso del colgajo dermograso abdominal extraído.

La realización de cirugías combinadas no incrementa el descenso de los parámetros medidos.

El descenso de los valores de hematocrito y hemoglobina a las 24 horas y a los 7 días de postoperatorio, no es despreciable.

Las disminuciones de hemoglobina y hematocrito se mantienen proporcionales y en paralelismo y no dependen del peso de los colgajos extirpados ni de la combinación de cirugías.

Es necesario enfocar con mucha responsabilidad y compromiso el momento de la preselección de los pacientes que van a ser sometidos a una dermolipectomía abdominal.

Dirección del autor

Dr. Walter Giustozzi
Genova 8968
Aldea
Cp 2000. Rosario. Santa Fe. Argentina
e-mail: degiustozzi@cimero.org.ar

Bibliografía

1. Akbas H, Guneren E, Eroglu L, Uysal OA.: "Natural looking umbilicus as an important part of abdominoplasty". *Aesth. Plast Surg* 2003;27(2):139.
2. Santanelli F, Mazzocchi M, Renzil L, Cigna E.: "Reconstruction of natural-looking umbilicus". *Scand J Plast Reconstr Surg Hand Surg* 2002;36(3):183.
3. Mandel Mark A.: "Combine abdominoplasty and lipocontouring operations". In: Toledo L.S *Annals of International Symposium: recent advances in Plast Surg* 1997, Pp:177-82.
4. Castro CC, Salema R, Aboudib J, Jos H, Gradel H.: "Como se comporta na abdominoplastia nun abdomen com cicatriz previa". *J Bras Ginecol* 1997(11-12):523.
5. González Ulloa MD.: "Deformaciones abdominales: técnica integral de tratamiento". En: Coiffman F. *Cirugía Plástica, Reconstructiva y Estética*. 2 ed. T4. Barcelona: Editorial Científico-Técnica; 1994. Pp. 3096-3105.
6. Ribeiro Saldanha O, Bolivai de Souza Pinto E, Novaes Ma W Jr, Eduardo Pazetti C, Monica Lopes Bello E, Roja DY, et al.: "Lipoabdominoplasty with selective and safe undermining". *Aesth. Plast Sur* 2003, 12.
7. Vaca Escobar, B., Guerra Navarrete, D. and Manzano Manzano, R.: "Cambios respiratorios postabdominoplastia". *Cir. plást. iberolatinoam.*, 2007, 33 (1): 69.

Comentario al trabajo «Variaciones hematológicas postoperatorias en dermolipectomía»

Dr. Severo Mercedes Acosta
Jefe del Departamento de Cirugía Plástica, Hospital Dr. Salvador B. Gautier. Santo Domingo. República Dominicana.

Considero oportuno y justo felicitar al Dr. Walter Giustozzi y a sus colaboradores por el tema elegido para su estudio, ya que la literatura médica no dispone de muchas estadísticas sobre trabajos relacionados con abdominoplastias.

Es preciso establecer que tan importante resulta reconocer la tétada que deforma la pared abdominal que bien describe el autor, como también realizar una buena preparación preoperatoria que al final determinará la ocurrencia o no de complicaciones y sobre todo, de aquellas relacionadas con los cambios en los valores de hematocrito y de hemoglobina, además de los trastornos provocados por una gran plicatura de los rectos y su consecuente síndrome

de comportamiento intraabdominal, que pueden ser prevenidos (1).

Comparto su conclusión en cuanto a manejar con responsabilidad la selección de los pacientes que van a ser sometidos a Dermolipectomía abdominal, los cuales entiendo deben ser individualizados.

Bibliografía

1. Mercedes, S. et al.: "Variabilidad de la presión intrabdominal en pacientes sometidos a abdominoplastia". *Cir. plást. iberolatinoam.* 2009, 35 (4): 261.

Respuesta al comentario del Dr. Severo Mercedes

Dr. Walter Giustozzi

Agradezco el comentario del Dr. Mercedes sobre el artículo publicado. La línea argumental de este estudio prospectivo tiene un enfoque destinado a la bioseguridad, independientemente del resultado estético, a través de la selección de los pacientes.

Creemos que al conocer las variaciones hematológicas en esta cirugía, podemos anticiparlas, prevenirlas y solucionarlas, mejorando así, las condiciones de seguridad que ofrecemos a nuestros pacientes.