

Abdominoplastia y pexia de pubis: estandarización de medidas

Abdominoplasty and pexia of pubis: standirazation of measures



Ballestas-Campo, O.

Ballestas-Campo, O.*, Pomerane, A.**

Resumen

La abdominoplastia es el procedimiento de elección para corregir la flacidez abdominal, la lipodistrofia supra e infraumbilical y la diástasis de los rectos abdominales. Los nuevos métodos añaden liposucción para definir el contorno corporal.

Presentamos una estandarización de medidas para lograr una cicatriz abdominal baja y pexia pubiana en casos de lipodistrofias tipo III y IV de Matarasso.

Realizamos un estudio observacional, descriptivo y retrospectivo, evaluando las historias clínicas y las fotografías sobre 420 mujeres, con edades entre 18 y 63 años, intervenidas entre 2004 y 2011.

Basamos la técnica quirúrgica en los siguientes principios: referencias anatómicas; medidas estandarizadas con la paciente de pie sobre zapatos de tacón alto para el trazado de una incisión suprapúbica baja, siguiendo diseño de los autores; pexia de pubis y región inguinal; cicatriz suprapúbica baja cubierta por un biquini estándar.

El 70,95% de los casos (298 pacientes) correspondieron a abdomen grado IV de lipodistrofia, el 28,57% (120 pacientes) al grado III y el 0,47% (2 pacientes) al grado II según Matarasso. Las complicaciones más frecuentes fueron: seroma, (4,04%), alteraciones cicatriciales (7,37%), necrosis parcial y epidermolisis (2,38%) y estenosis umbilical (1,19%).

Como conclusión creemos que la estandarización de medidas para el diseño de la cicatriz en la abdominoplastia permite obtener resultados estéticos predecibles y funcionales buenos: cicatriz baja cubierta por un biquini o ropa interior estándar, cicatriz umbilical ovalada, pexia de pubis y excelente definición del contorno abdominal y corporal, con baja tasa de complicaciones.

Abstract

The abdominoplasty is the procedure of choice for correction of abdominal flaccidity, supra and infraumbilical lipodystrophy and diastasis of the abdominal muscles. New techniques include fascial plication of the rectus abdominis, traction of the external oblique muscle and liposuction to define the waist line.

We present standard measurements for low scar and pubic pexia, concealable with for lipodystrophy type III and IV of Matarasso.

We conduct a retrospective observational study with 420 female patients, between 18 and 63 years, operated on between 2004 and 2011, reviewing medical records and photographs

The technique is based on the following principles: anatomical references; standard measures taken with the patient standing over high heels for plotting a low suprapubic incision, following the authors design; pubic pexia and low suprapubic scar covered by a standard bikini.

Results: 70,95% (298 patients) had abdominal lipodystrophy grade IV, 28,57% (120 patients) had grade III and 0,47% (2 patients) had grade II according to Matarasso. The most common complications were: seroma (4,04%), scar tissue alterations (7,37%), partial necrosis and epidermolysis (2,38%) and umbilical stenosis (1,19%).

In conclusion, the standardization of measures for the design of the abdominoplasty scar give very good predictable aesthetic and functional results: low scar covered by a bikini or standard underwear, oval umbilicus scar, pubis pexia and excellent abdominal contour with a low complication rate.

Palabras clave Abdominoplastia,
Cicatriz abdominoplastia,
Contorno corporal.

Nivel de evidencia científica IV

Key words Abdominoplasty,
Abdominoplasty scar,
Body countouring.

Level of evidence IV

* Especialista en Cirugía General y en Cirugía Plástica, Reconstructiva y Estética. Jefe de Cirugía Clínica Crecer, Cartagena de Indias, Colombia.

** Especialista en Cirugía Plástica, Reconstructiva y Estética. Médico de Planta del Servicio de Cirugía Plástica del Hospital de Quemados de Buenos Aires. Buenos Aires, Argentina.

Introducción

Al llevar a cabo una revisión histórica de la literatura sobre abdominoplastia, son numerosas y valiosas las publicaciones que podemos encontrar y que ponen en evidencia la importancia y complejidad de este procedimiento en Cirugía Plástica, así como también la evolución de las técnicas que probablemente fueron modificadas acorde con las tendencias de la moda en cada momento. Si bien es cierto que algunos autores se limitan a reseca el exceso de tejido abdominal, con el advenimiento de la liposucción hemos podido lograr una mejor definición del contorno corporal. Cabe señalar autores como Jolly en 1911 (1), quien fue el primero en describir la incisión transversa baja para abdominoplastia; Babcock en 1916, quien describe la plicatura de la fascia abdominal; Vernon en 1957, quien realiza la trasposición del ombligo; González-Ulloa en 1959, quien populariza el despegamiento del colgajo abdominal hasta reborde costal; Pitanguy en 1967 (2), quien asocia a este procedimiento la lipoescultura y el uso de fajas compresivas; Grazer en 1973 (3), quien describe la incisión en línea media del bikini; Illouz en 1975 (4), quien introduce el uso de la cánula roma para lipoaspiración; o finalmente Klein en 1987 (5), quien introduce el concepto de liposucción tumescente. Con relativa frecuencia, los cirujanos plásticos, en su práctica diaria, siguen aportando modificaciones y refinamientos a la técnica para optimizar la calidad de los resultados.

En este artículo presentamos una estandarización de medidas para incisión baja, predecible, ocultable por el biquini, en abdominoplastia, con buena definición del contorno abdominal y pubiano, bajo índice de complicaciones y alto grado de satisfacción, lo que nos motiva a compartir experiencias.

Material y método

Realizamos un estudio de tipo descriptivo y retrospectivo, tomando como muestra un grupo de 420 pacientes, todas ellas mujeres, con diagnóstico de lipodistrofia abdominal, clasificadas en Grado II, III y IV según Matarasso (Tabla I).

Tabla I.
Clasificación de Matarasso de la lipodistrofia abdominal

Categoría I: Piel con mínima laxitud, grasa variable y mínima flacidez del sistema músculo-esquelético. (Tratamiento: lipectomía asociada a liposucción).

Categoría II: Piel con leve laxitud, grasa variable y leve flacidez del abdomen anterior (Tratamiento: minilipoabdominoplastia).

Categoría III: Piel con moderada laxitud, grasa variable y moderada flacidez del abdomen anterior y superior (Tratamiento: abdominoplastia modificada).

Categoría IV: Piel con severa laxitud, grasa variable y significativa flacidez del abdomen inferior y/o superior (Tratamiento: abdominoplastia clásica con lipectomía y liposucción).

Como criterios de inclusión en el grupo de estudio tuvimos en cuenta: pacientes de sexo femenino con lipodistrofia supra o infraumbilical y diástasis de los músculos rectos abdominales.

Los criterios de exclusión fueron: pacientes con alteraciones metabólicas, cardiovasculares, infecciosas, pulmonares y de la coagulación, así como pacientes con posibilidad de embarazo o antes de 9 meses postparto.

Las variables analizadas fueron: edad, grado de lipodistrofia, volumen de tejido resecaado (mínimo 1,5 kg y máximo 4 kg, con una media de 2,75 kg); volumen de grasa aspirado (mínimo 1.500 cc y máximo 4.000 cc, con una media de 3.000 cc); tipo de complicación sufrida; y grado de satisfacción. Tomamos fotografías pre y postoperatorias en posiciones básicas: anterior, posterior, oblicuas, laterales y de sentada (Gráficos 1 y 2).

El rango de edad de las pacientes osciló entre los 18 y los 63 años, con mayor predominio entre los 41 y los 50 años (Gráfico 3).

Realizamos en todas las pacientes lipoescultura asociada a la abdominoplastia en región dorsal, lumbar, sacra, trocanterea, cara interna de muslo, cara interna de rodilla, además de transferencia grasa a los glúteos.

No realizamos en ningún caso liposucción ni lipectomía en el colgajo abdominal.

Evaluamos el grado de satisfacción de las pacientes con una escala de medición de Liker de 5 ítems de pregunta simple: malo, muy malo, regular, bueno, muy bueno (Tabla II).

Gráfico 1. Volumen de tejido graso aspirado

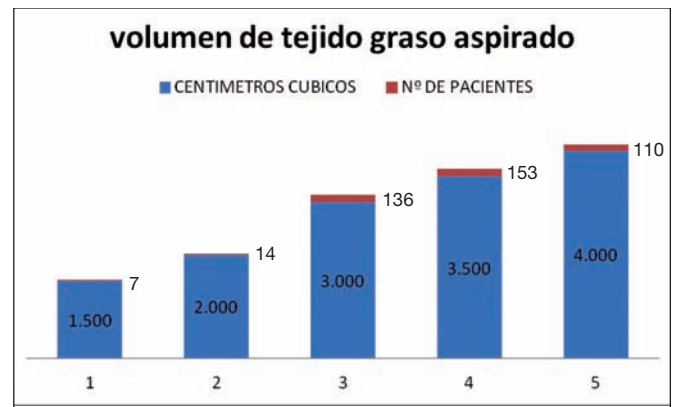


Gráfico 2. Volumen de tejido resecaado

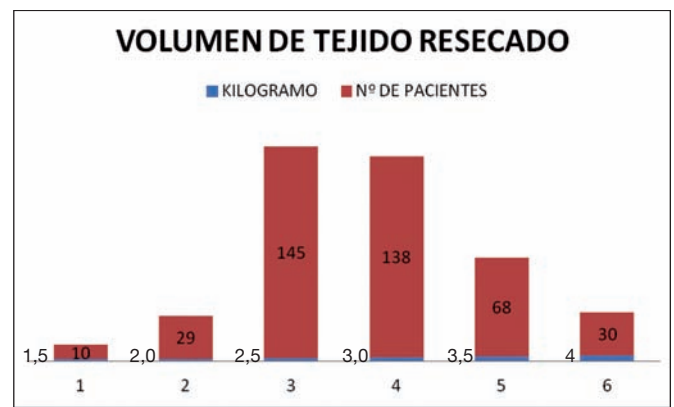


Gráfico 3. Rango de edad de las pacientes del grupo de estudio

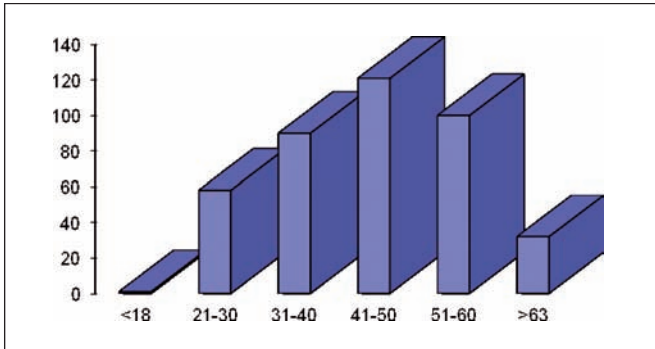
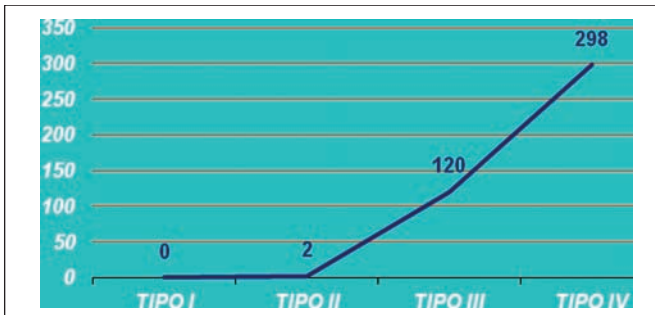


Tabla II. Escala de Liker para valoración del grado de satisfacción de las pacientes

ESCALA LIKER de 5 ITEMS		
PREGUNTA	Nº DE PACIENTES	%
MALO	0	0%
MUY MALO	0	0%
REGULAR	0	0%
BUENO	288	69%
MUY BUENO	132	31%
	420	100%

Gráfico 4. Número de pacientes según grado de lipodistrofia de acuerdo a la Clasificación de Matarasso



El 70, 95% de los casos (298 pacientes) correspondieron al abdomen grado IV de lipodistrofia según Matarasso; el 28,57% (120 pacientes) al grado III y el 0,47% (2 pacientes) al grado II (Gráfico 4).

Marcaje preoperatorio

Realizamos el marcaje quirúrgico en base en los siguientes puntos anatómicos: línea alba, línea inguinal, pubis, horquilla vulvar anterior, espinas ilíacas ántero-superiores, borde externo de los músculos rectos abdominales, músculos oblicuos externos abdominales, ombligo, reborde costal y apófisis xifoides del esternón. (Fig. 1).

Con la paciente de pie, sin ropa y con zapatos de tacón alto, marcamos las zonas a lipoaspirar (Fig. 2).

Le pedimos después que ella misma eleve el pubis y la región inguinal con maniobra bimanual, evidenciando cuál sería la nueva posición de estas áreas (pexia) (Fig. 3).

Marcamos 6 cm desde la horquilla vulvar anterior hacia arriba en la línea media, y 6 cm en posición horizontal, hacia derecha e izquierda en dirección al borde externo de los músculos rectos abdominales, para completar una línea horizontal de 12 cm; desde la parte más interna de la línea inguinal, marcamos 3 cm hacia arriba para coincidir con la línea horizontal. Continuamos marcando desde la línea inguinal hacia arriba 3 puntos más, con medidas de 2, 2,5 y 3 cm, coincidiendo este último punto con la espina ilíaca ántero-superior. Finalmente, unimos todos estos puntos para obtener la marcación de la incisión quirúrgica completa (Fig. 4).

Pedimos entonces a la paciente que se coloque el bikini en la posición habitual, y que realice la maniobra bimanual de elevar el pubis y la región inguinal, observando que la marcación de la incisión quede totalmente oculta en el bikini.

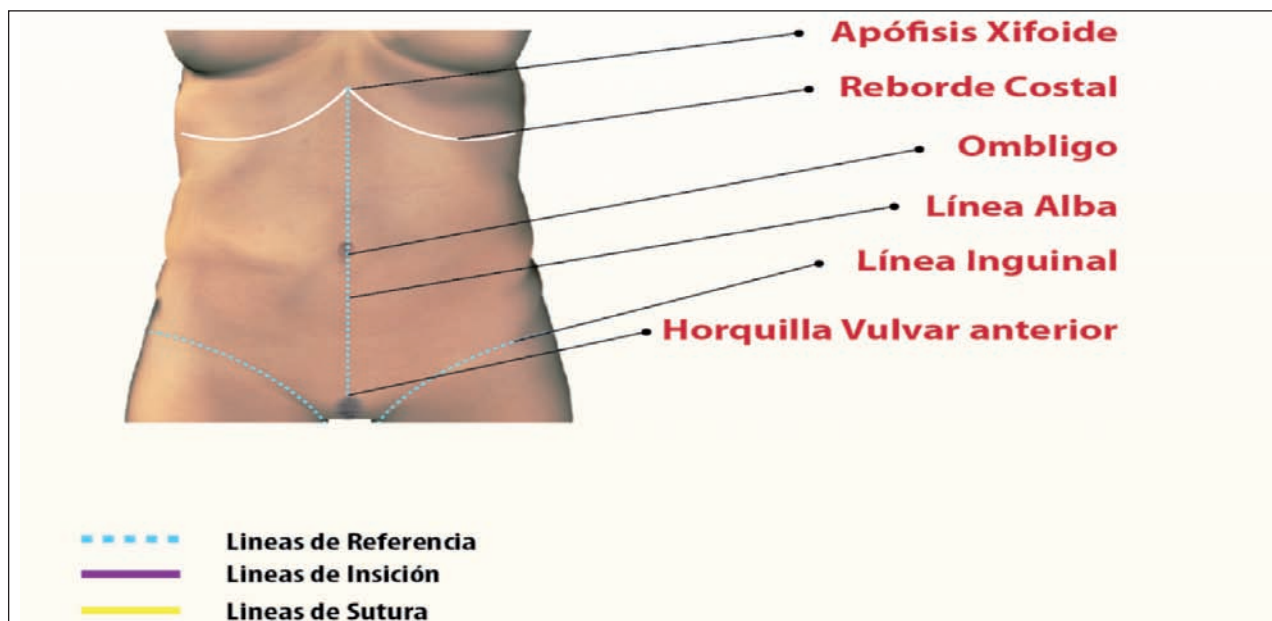


Fig. 1. Puntos de referencia para el marcaje preoperatorio.

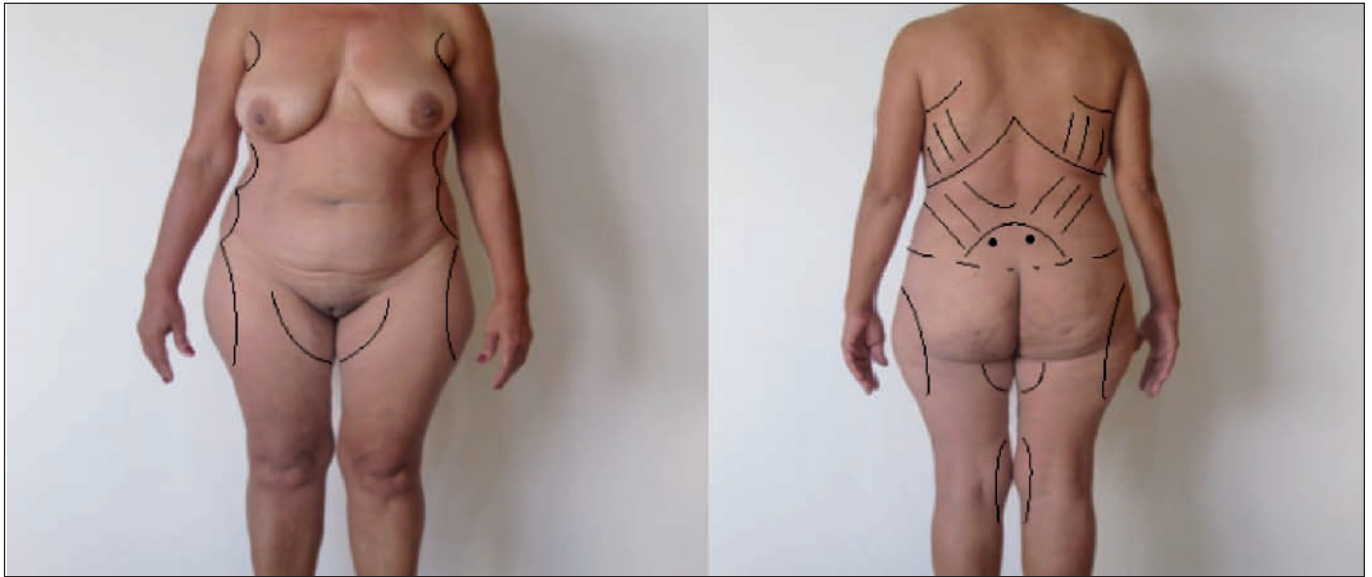


Fig. 2. Paciente sin ropa y zapatos de tacón alto para el marcaje preoperatorio.



Fig. 3. Maniobra bimanual para elevación de pubis y región inguinal.

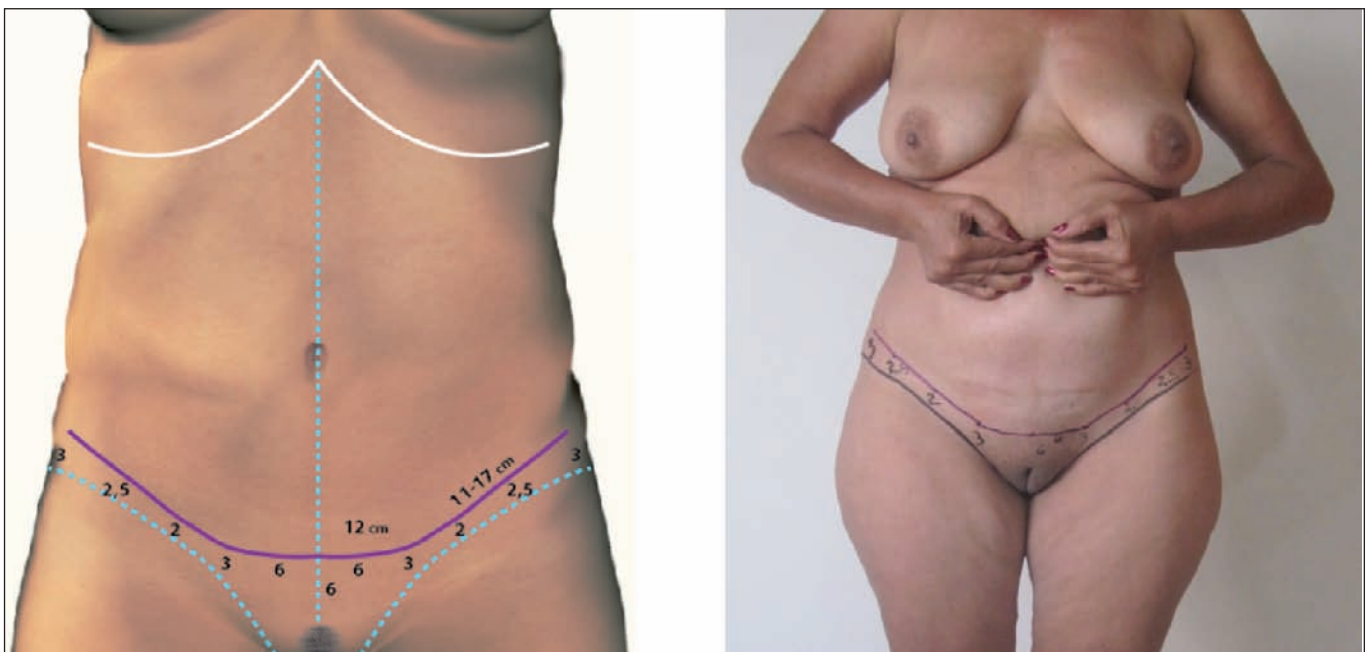


Fig. 4. Marcaje preoperatorio.

Técnica quirúrgica

Con la paciente bajo anestesia regional peridural, llevamos a cabo liposucción con técnica tumescente (5) en distintas posiciones: decúbito ventral, lateral derecho e izquierdo, de las zonas previamente marcadas (9), y transferencia de tejido graso a los glúteos.

En posición de decúbito dorsal, el ayudante quirúrgico realiza maniobra bimanual elevando el pubis y la región inguinal, y procedemos a incidir con bisturí n° 22 o 24 la piel, el tejido celular subcutáneo, la fascia de Scarpa (10), hasta llegar y marcar sutilmente con éste la aponeurosis de los rectos y oblicuos externos abdominales, donde se localizará la nueva posición del pubis y la región inguinal. Liberamos el ombligo con una incisión oval, disecamos el colgajo abdominal hasta el reborde costal y apófisis xifoides; realizamos la plicatura de la aponeurosis de los rectos abdominales con Prolene® 2/0, fijamos el ombligo a la aponeurosis abdominal con nylon 4/0, fijación y elevamos la fascia de Scarpa del pubis y de la región inguinal (11) a la aponeurosis de los rectos y oblicuos abdominales con puntos separados de Vicryl® 2/0 (pexia de pubis).

A partir de ahí, colocamos a la paciente en posición semisentada traccionando el colgajo abdominal en sentido ínfero-medial, fijándolo con un primer punto de Vicryl® 2/0 en la línea media, desde la fascia de Scarpa a la aponeurosis abdominal, para exteriorizar el ombligo, marcamos en línea media del colgajo un punto a 10 o 12 cm, que coincida con el ombligo (6,13), y hacemos una incisión oval a través de la cual lo exteriorizamos, fijándolo a la piel con nylon 4/0. Traccionamos los colgajos bilaterales en sentido ínfero-medial, de manera que coincidan con la incisión quirúrgica, cortando desde el ángulo externo de la incisión hasta la línea alba con bisturí 22 o 24. Realizamos la incisión y exéresis de los colgajos en línea recta y cerramos por planos anatómicos con puntos separados de Vicryl® 2/0, poniendo particular atención en el plano que va desde la fascia de Scarpa a la aponeurosis de los rectos y oblicuos abdominales (14,15). Dejamos drenajes a presión negativa (que retiramos a las 72 horas), cura oclusiva con vendajes autoadhesivos y faja compresiva (2,16) (Fig. 5-10).

RESULTADOS

De un total de 420 pacientes, 352 (84%) no presentaron complicaciones y 68 (16%) presentaron algún tipo de complicación (17) tales como: seroma, 17 pacientes (4%); alteraciones cicatriciales, 31 pacientes (8%); necrosis del colgajo, 5 pacientes (1%); epidermolisis, 5 pacientes (1%); estenosis umbilical, 5 pacientes (1%) y dehiscencia de sutura, 5 pacientes (1%) (Gráfico 5).

De las complicaciones encontradas, la más frecuente fue el seroma. Según las evidencias publicadas, el porcentaje de aparición de este tipo de complicación varía entre el 1 y el 38% según las series (18); en nuestra casuística, el porcentaje del 4% fue bajo en comparación. El

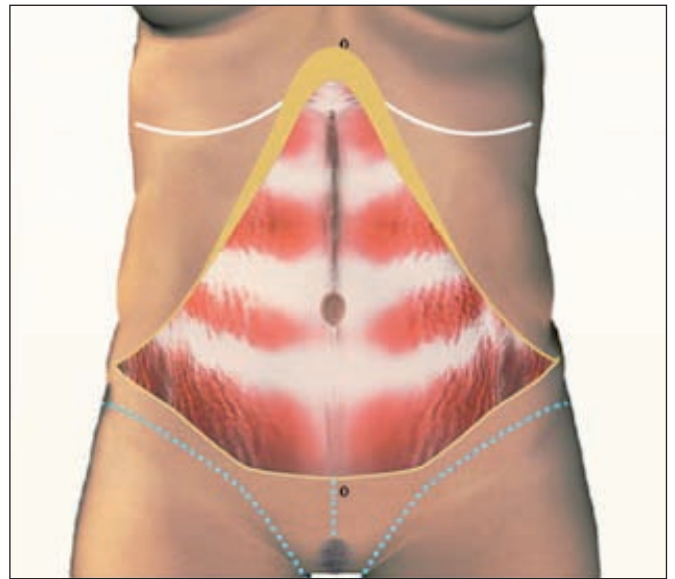


Fig. 5. Despegamiento del colgajo.

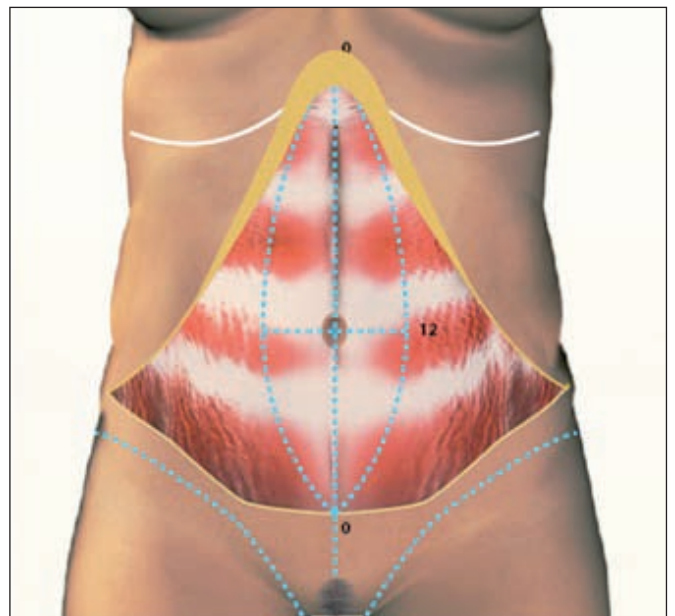


Fig. 6. Demarcación de la plicatura.

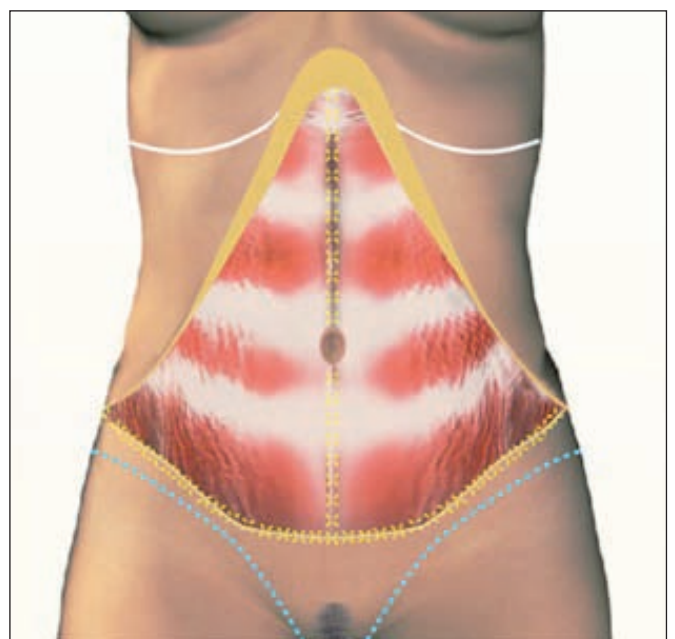


Fig. 7. Plicatura y elevación del pubis.

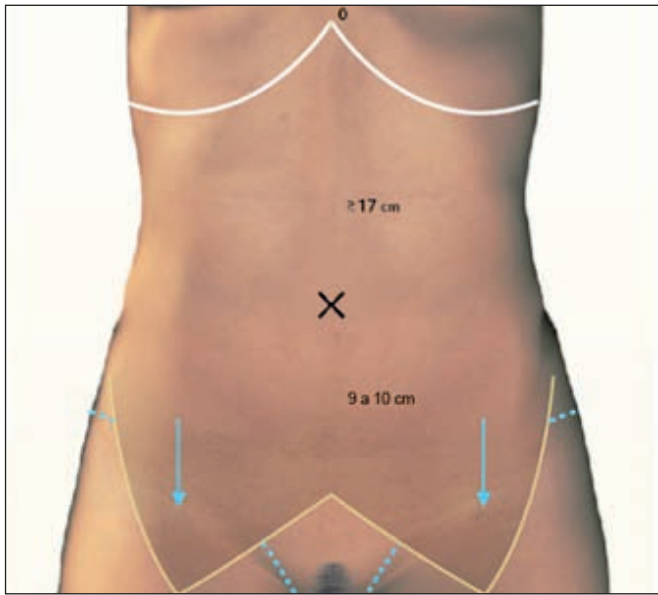


Fig. 8. Estiramiento del colgajo.

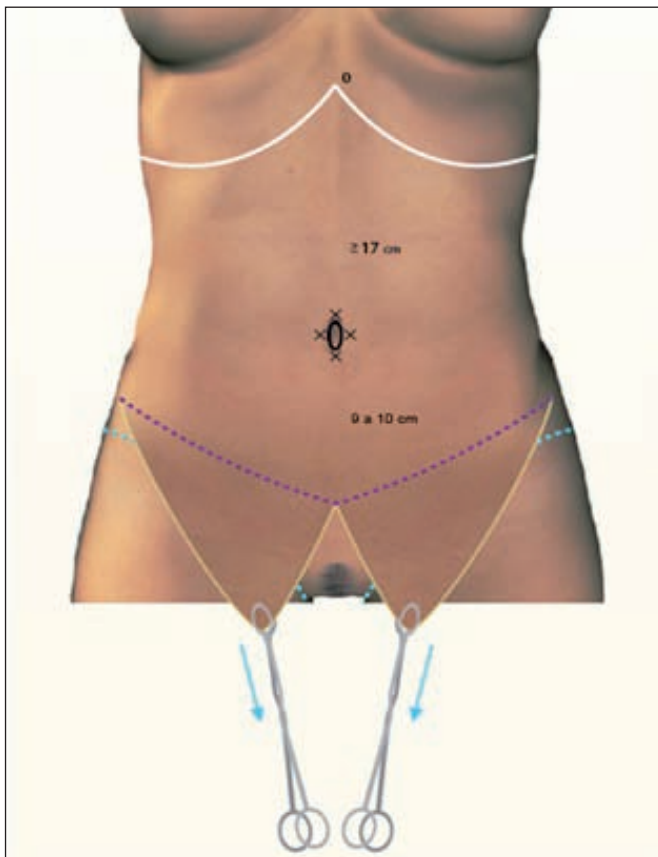


Fig. 9. Sección del colgajo.

uso combinado de medidas preventivas tales como la fijación del colgajo suprapúbico (15), fascia de Scarpa a la aponeurosis de los rectos y oblicuos abdominales, la no lipoaspiración ni lipectomía del colgajo abdominal, el uso de drenajes aspirativos, vendas autoadhesivas y faja compresiva (2,16) desde el postoperatorio inmediato, creemos que ha contribuido notablemente en este bajo porcentaje de seromas postoperatorios.

Manejamos las complicaciones sufridas de acuerdo con cada caso en particular. Los seromas mediante aspiración

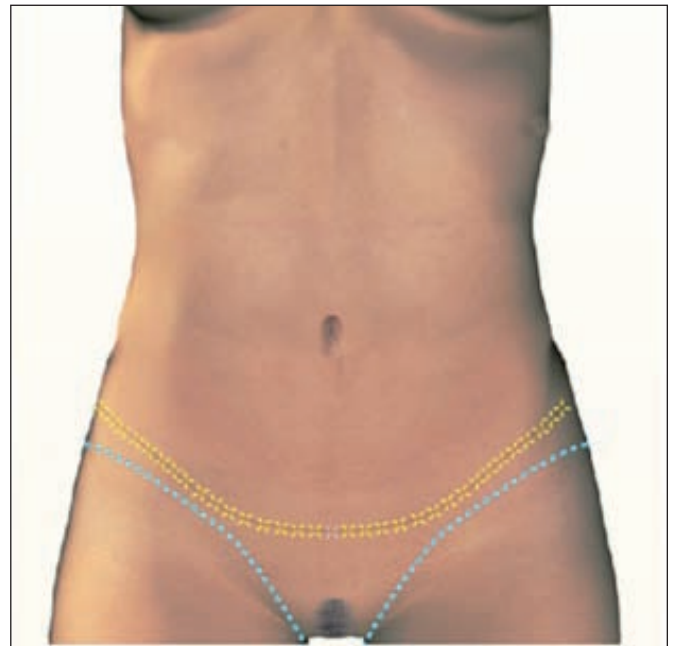
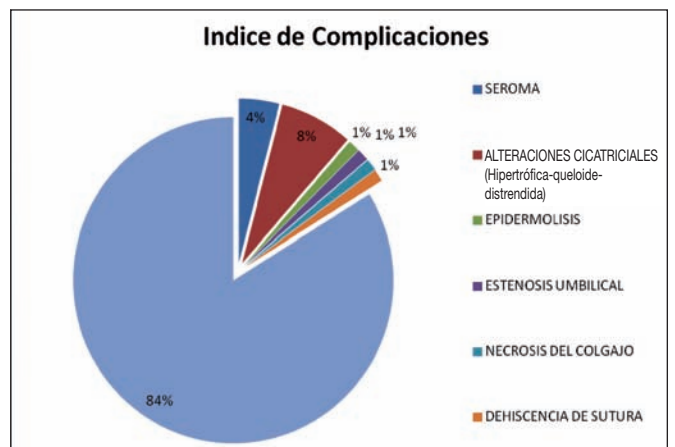


Fig. 10. Cicatriz final.

Gráfico 5. Índice de complicaciones



con abboath n° 14 y jeringa de 20 cc, de 3 a 4 sesiones que realizamos cada 72 horas. Las alteraciones cicatriciales con medicación tópica, infiltración con corticoide y presoterapia. Las epidermolisis con medicación tópica (sulfadiazina de plata, colagenasa, fitoestimuline) con buena evolución a las 3 semanas. La necrosis del colgajo: en 3 pacientes llevamos a cabo desbridamiento a las 3 semanas, cierre por segunda intención y medicación tópica (colagenasa), logrando el cierre completo de la herida en un promedio de 6 semanas, y realizando un posterior retoque quirúrgico de la cicatriz; en 2 pacientes realizamos desbridamiento con colagenasa, logrando el cierre completo de la herida en un promedio de 6 semanas sin necesidad de retoque quirúrgico de la cicatriz. La estenosis umbilical la tratamos mediante retoque quirúrgico a los 3 meses de postoperatorio. Finalmente, la dehiscencia de sutura fue tratada mediante cierre por segunda intención con colagenasa.

Cabe anotar que las pacientes que sufrieron necrosis y epidermolisis del colgajo eran todas fumadoras (Fig. 11-14).



Fig. 11. Caso 1. Paciente de 48 años. Lipoescultura de dorso, región lumbar, troncanterea, cara interna de muslos y rodillas. Total de grasa aspirada 3.500 cc, Abdominoplastia: resección abdominal de 3 kg. Imágenes preoperatorias y postoperatorias a los 6 meses, en vistas de frente, posterior, oblicua derecha e izquierda.



Fig. 12. Caso 2. Paciente de 47 años. Lipoescultura de dorso, región lumbar, troncanterea, cara interna de muslos y rodillas. Total de grasa aspirada 4.000 cc. Abdominoplastia: resección abdominal de 2.5 kg. Imágenes preoperatorias y postoperatorias a las 6 semanas, en vistas de frente, posterior, oblicua derecha e izquierda.



Fig. 13. Caso 3. Paciente de 42 años- Lipoescultura de dorso, región lumbar, trocanterea, cara interna de muslos y rodillas. Total de grasa aspirada 3,500 cc. Abdominoplastia: resección abdominal de 3.5 kg. Imágenes preoperatorias y postoperatorias a las 6 semanas, en vistas de frente y oblicua derecha



Fig. 14. Caso 4. Paciente de 53 años. Lipoescultura de dorso, región lumbar, trocanterea, cara interna de muslos y rodillas. Total de grasa aspirada 2,000 cc. Abdominoplastia: resección abdominal de 4 kg. Imágenes preoperatorias y postoperatorias a los 6 meses, en vistas de frente, posterior y perfil derecho.



Discusión

A lo largo de la historia se han descrito importantes técnicas de abdominoplastia, siendo las más empleadas en la actualidad aquellas que dejan una cicatriz transversa inferior en la región suprapúbica. Sin embargo, el diseño con cicatrices altas, visibles y extensas, la frecuente formación de seromas (15) y el alto índice de complicacio-

nes (17,18), han convertido el diseño de esta cirugía en un reto continuo para el cirujano plástico.

El uso del biquini de talla baja en nuestro medio nos obliga a plantear técnicas con cicatrices bajas (3), lo más ocultas posible, para lograr un resultado estético favorable sin limitaciones para el uso de este tipo de prendas.

Hay que señalar también como factores a tener en cuenta que los embarazos, la pérdida de peso, y otros factores asociados a la edad, provocan importante ptosis abdominal, pero también del pubis y de la región inguinal, así como lipodistrofia de todo el contorno. El incremento constante de pacientes con grandes pérdidas de peso por cirugía bariátrica lleva asimismo a un crecimiento en la cantidad de procedimientos requeridos para la corrección del contorno corporal. Es deber del cirujano plástico moderno tener conocimiento de las indicaciones y diferencias de la variedad de cirugías disponibles para la corrección de las deformidades del abdomen y su entorno.

Nuestro estudio descriptivo retrospectivo de 420 pacientes con diagnóstico de lipodistrofia abdominal según

Bibliografía

clasificación de Matarasso (6), dio como resultado la estandarización de las medidas en el diseño de la incisión de abdominoplastia, con abdomen plano, pexia de pubis y de la región inguinal, logrando una cicatriz baja que queda perfectamente oculta por el biquini y logra altos niveles de satisfacción (8) entre las pacientes, a la vez que conlleva un índice muy bajo de complicaciones (17,18). Además, en todas las pacientes realizamos lipoesultura de las zonas demarcadas con transferencia de grasa a glúteos (promedio 200 - 240 cc en cada glúteo y por aplicación directa, sin procesamiento) complementando de esta forma el procedimiento para lograr mejores resultados del contorno corporal, siguiendo todo el procedimiento y evolución con control fotográfico (7).

Cabe anotar según nuestra experiencia que la utilización de zapatos de tacón alto o colocar a la paciente de puntillas (empinada sobre la punta de los pies) a la hora de realizar el marcaje preoperatorio de la incisión, permite a nuestro juicio, optimizar el diseño porque se observa como la figura femenina se estiliza por la contracción del sistema músculo-aponeurotico, a la vez que se hacen más notables las lipodistrofias en los miembros inferiores, lo que nos permite planificar mejor el abordaje quirúrgico mediante lipoaspiración.

Conclusiones

El diseño estandarizado de la incisión quirúrgica baja en la abdominoplastia, unido a la pexia de pubis y de la región inguinal que describimos, permite obtener una cicatriz completamente oculta por un biquini. En Colombia y en nuestra región Caribe este detalle es de gran importancia para las pacientes, dado el clima tropical predominante, y por ende, el uso frecuente de este tipo de prenda, por lo que con nuestra descripción de estandarización de medidas para el marcaje preoperatorio logramos optimizar el grado de satisfacción por parte de las pacientes.

Es de gran interés también el tener presente el bajo índice de complicaciones tipo seroma que describimos en nuestra casuística.

Dirección del autor

Dr. Onofre Ballestas Campo
Centro Medico Prisma.
Kra. 6ta # 5-161 consultorio 401
Código Postal 13001. Cartagena de Indias. Colombia
e-mail: onofrebc@gmail.com

1. **Matarasso A, Wallach SG.:** Abdominal contour surgery: Treating all aesthetic units, including the mons pubis. *Aesth. Surg. J.* 2001; 21 (2) 111-119.
2. **Pitanguy I.:** Abdominal lipectomy: an approach to it through an analysis of 300 consecutive cases. *Plast Reconstr Surg* 1967; 40(4):384-391.
3. **Grazer FM.:** Abdominoplasty. *Plast Reconstr Surg* 1973; 51:617-623.
4. **Illouz Y.:** History and current concepts of lipoplasty. *Clin Plast Surg* 1996; 23:721-730.
5. **Klein JA.:** Tumescent technique for liposuction surgery. *Am J Cosmetic Surg* 1987; 4 (263): 1124-1132.
6. **Matarasso A.:** Abdominoplasty: a system of classification and treatment for combined abdominoplasty and suction-assisted lipectomy. *Aesth Plast Surg.* 1991; 15(2): 111-121.
7. **Gherardini G, Matarasso A, Serure AS, Toledo LS, Di Bernardo BE.:** Standardization in photography for body contour surgery and suction-assisted lipectomy. *Plast Reconstr Surg.* 1977; 100(1) 227-237.
8. **Liker R.A.:** Technique for the measurement of attitudes. *Archives of Psychology* 1932; 140: 44-53.
9. **Matarasso A.:** Liposuction as an adjunct to a full abdominoplasty. *Plast Reconstr Surg.* 1995; 95(5) 829-836.
10. **Lockwood, T.:** Superficial fascial system (SFS) of the trunk extremities: a new concept. *Plast Reconstr Surg.* 1991. 87(6): 1009-1018.
11. **Matarasso A, Wallach SG.:** Abdominal contour surgery: Treating all aesthetic units, including the mons pubis. 2001; 21 (2) 111-9.
12. **Michaels J 5th, Friedman T., Coon D., Rubin JP.:** Mons rejuvenation in the massive weight loss patient using superficial fascial system suspension. *Plast Reconstr. Surg.* 2010 Jul;126(1):45e-46e.
13. **Rodriguez-Feliz JR, Makhijani S, Przybyla A, Hill D, Chao J.:** Intraoperative assessment of the umbilicopubic distance: a reliable anatomic landmark for transposition of the umbilicus. *Aesth Plast surg* 2012; 36 (1): 8-17.
14. **Costa-Ferreira A, Rebelo M, Váscónez LO, Amarante J.:** Scarpa fascia preservation during abdominoplasty: a prospective study. *Plast Reconstr Surg.* 2010; 125 (4): 1232-1239.
15. **Llanos S.:** Incidencia de seroma postoperatorio tras reparación de la fascia de Scarpa en abdominoplastia – liposucción. *Cir plást iberolatinoam* 2013, 39 (2):129-136.
16. **Klein JA.:** Tumescent liposuction and improved postoperative care using tumescent liposuction garments. *Dermatol Clin.* 1995 13 (2): 329-338.
17. **Stewart KJ, Steward DA, Coghlan B, Harrison DH, Jones BM, Waterhouse N.:** Complications of 278 consecutive abdominoplasties. *J Plast Reconstr Aesthet Surg.* 2006;59 (11):1152-1155.
18. **Teimourian B, Rogers A.:** National survey of complications associated with suction lipectomy: a comparative study. *Plast Reconstr Surg* 1989, 84(4):628-631.

Comentario al artículo “Abdominoplastia y pexia de pubis: estandarización de medidas”

Dr. Carlos Roxo

Jefe del Servicio de Cirugía Plástica y Reparadora, Hospital Geral do Andaraí, Río de Janeiro, Brasil.

En principio, debemos atender al foco principal del artículo que es conseguir bajar la incisión de abdominoplastia y colocarla en una zona que quede cubierta por el biquini, hecho que con diferencia, crea un alto grado de satisfacción en las pacientes que se someten a este tipo de cirugía.

La idea de colocar a las pacientes para hacer las mediciones utilizando zapatos de tacón alto es interesante, pero en mi opinión, no creo que sea importante para determinar cualquier variación en la posición de las marcas; creo más bien que la simple tracción de la región pubiana hacia arriba, hasta que se note el inicio de una distorsión de los genitales, marca con más exactitud el sitio donde debemos colocar nuestra incisión con un punto a 6 cm desde la horquilla superior de unión de los labios vaginales (pues la localización anatómica de la misma también está alterada por la ptosis). Desde este punto en adelante, estoy de acuerdo con el autor y también utilizo sus medidas de 6 cm a cada lado de la línea media, apenas cambiando su marcaje por una línea paralela al pliegue inguinal, en dirección a las crestas iliacas.

En el despegamiento amplio del colgajo hasta el reborde costal y el apéndice xifoides (que personalmente también realizo de forma eventual), tenemos que cuidar la vascularización del mismo, ya que estamos comprometiendo los vasos periumbilicales (tal y como nos refiere Saldanha en su técnica). La seguridad del colgajo estará directamente relacionada con su vascularización y con la tensión que ejerzamos sobre él.

En cuanto a la plicatura de la aponeurosis, creo que los puntos sueltos son más seguros aunque supongan mayor trabajo para el cirujano, y prefiero utilizar Vicryl® 0, porque provoca menor reacción.

Por lo que se refiere a la no realización de lipoaspiración o lipectomía en el colgajo, creo que el autor va en contra de una tendencia mundial, pues de acuerdo con lo que él mismo hace cuando extrae entre 3000 a 4000 ml de grasa de cada paciente, lo que demuestra que sus pacientes no son delgadas, y deja sin lipoaspirar el colgajo, creo que se podría tener en cuenta el realizar una lipectomía o una liposucción para lograr una mejor definición del abdomen sin dejar de lado la seguridad; es decir, si lipoaspiramos, despegaremos un poco menos el colgajo abdominal haciendo un túnel hasta xifoides y complementando con el despegamiento hecho a base de los túneles creados con la cánula de liposucción.

Lo que nos sorprende más es la bajísima incidencia de seromas que presenta el autor en comparación con la media mundial, así como su también muy bajo nivel de complicaciones, a pesar de que incrementa la tracción en sus colgajos al bajar el nivel de las incisiones, y de que como no utiliza los puntos de Baroudi, toda tensión queda sobre la sutura.

En todo caso, creo que se trata de una buena revisión de casos con excelentes resultados.

Respuesta al comentario del Dr. Roxo

Dr. Onofre Ballestas Campo

Deseo agradecer al Dr. Roxo, de antemano, la detallada valoración que hace del artículo en referencia.

Los detalles que nacen de la creatividad o el ingenio de quienes ejercemos la Cirugía Plástica, Estética y Reconstructiva en Latinoamérica no siempre son reportados o publicados, y en este caso en particular, nuestra experiencia de realizar la marcación utilizando zapatos de tacón alto para resaltar detalles y/o defectos de la anatomía femenina a la hora de marcar las zonas de lipodistrofia, nos parece un valioso elemento a tener en consideración, especialmente para los que vivimos en las áreas del Caribe donde la silueta de la mujer y su forma de vestir, toman especiales características.

En relación con el despegamiento ampliado del colgajo hasta la apófisis xifoides y el reborde costal sin hacer disección ampliada en sentido lateral, nos permite preservar un adecuado flujo vascular. La plicatura de los músculos rectos abdominales con material no reabsorbible, creemos que nos

permite mantener mejor el reforzamiento de la pared por tiempo indefinido y con un material inerte.

En cuanto al comentario referente a la no realización de lipoaspiración o lipectomía del colgajo, que ciertamente parece una tendencia mundial, según nuestro criterio personal no todas las tendencias en técnicas han demostrado ser, con el transcurrir de los tiempos, tan eficaces como lo fueron en su inicio. Por tal motivo, y dado que la observación de los resultados obtenidos en nuestra serie de pacientes son muy satisfactorios para ellas y además sostenible a largo plazo, creemos que el cierre por planos que describimos en el artículo, asociado al drenaje a presión negativa, la cura oclusiva y la colocación de prendas compresivas, reduce lo suficiente el espacio muerto y contribuye a nuestra baja incidencia de seromas.

Una vez más, nuestro agradecimiento por permitirnos compartir criterio y experiencia.