

Nuestra conducta en la asociación de hernia de pared y abdominoplastia estética

Our practice in the association of abdominal wall hernia and aesthetic abdominoplasty

José H. SORIA*, Alejandro TUERO*, Gabriel NOÉ*, Amanda ALÉ*, Claudio G. CONDE*



Soria, J.H.

Resumen

Antecedentes y Objetivos. La liposucción es una técnica frecuente en el contexto de una abdominoplastia estética, pero puede ser causa de una seria complicación como es la perforación de una víscera intrabdominal, cuando la presencia de una hernia de pared no ha sido diagnosticada oportunamente. La ecografía es la primera opción como estudio preoperatorio y la tomografía axial computerizada (TAC) es secundaria en pacientes obesos.

Describimos la hernioplastia sin uso de material aloplástico y la reconstrucción del ombligo cuando se debe eliminar la cicatriz umbilical, todo ello dentro del marco de una abdominoplastia estética.

Pacientes y Método. Revisamos entre enero de 2005 y diciembre de 2012, 104 pacientes sometidas a abdominoplastia estética en las que se solicitó en el preoperatorio ecografía y/o TAC de pared abdominal.

Resultados. El 30% de las pacientes pertenecían al Tipo III y el 70% al Tipo IV según clasificación de Matarasso. El 27% presentaban hernia de pared abdominal: hernia umbilical directa 26%; hernia umbilical indirecta 33%; hernia epigástrica 37% y hernia infraumbilical 4%. De las ecografías solicitadas obtuvimos 25% diagnósticos positivos; 3% falsos negativos y 72% verdaderos negativos. De las TAC obtuvimos 25% positivos y 75% negativos.

Conclusiones. La ecografía de la pared abdominal es útil pero insuficiente para el diagnóstico preoperatorio de hernia de pared abdominal cuando se va a realizar una abdominoplastia estética, debido a la ocurrencia de falsos negativos. La TAC es el complemento adecuado para los casos de difícil diagnóstico.

Abstract

Background and Objectives. Liposuction is an essential procedure in aesthetic abdominoplasty, but when exists a no previously diagnosis, abdominal wall hernia may be the origin of a serious complication, like a bowel perforation. Ultrasonography is the first option in preoperative diagnosis, moreover computed tomography (CT) is a supplementary assistance in obese patients. We describe hernioplasty without alloplastic material and umbilicus reconstruction when is necessary, during a cosmetic abdominoplasty.

Patients and Methods. Between January 2005 and December 2012, 104 patients underwent abdominoplasty; ultrasound and/or CT of the abdominal wall were requested as part of the preoperative studies.

Results. According to Matarasso's classification, 30% of the patients were Type III and 70% Type IV, and 27% had abdominal wall hernia: 26% direct umbilical hernia, 33% indirect umbilical hernia, 37% epigastric hernia and 4% infraumbilical hernia. Of the requested, 25% positive ultrasounds were obtained; 3% false negative and 72% true negative. Of the axial CT, 25% were positive and 75% negative.

Conclusions. Ultrasonography of the abdominal wall is useful but insufficient in preoperative diagnosis of abdominal wall hernia in the context of and aesthetic abdominoplasty, due to the occurrence of false negatives. CT scan is the right complement for cases of difficult diagnosis.

Palabras clave	Abdominoplastia, Hernia pared abdominal, Umbilicoplastia.
Nivel de evidencia científica	4 Terapéutico
Recibido (esta versión)	22 marzo/2016
Aceptado	25 abril/2016

Key words	Abdominoplasty, Abdominal wall hernia, Umbilicoplasty.
Level of evidence	4 Therapeutic
Received (this version)	22 march/2016
Accepted	25 april/2016

Conflicto de intereses: los autores declaran no tener ningún interés financiero relacionado con el contenido de este artículo.

* Cirujano Plástico.
Servicio de Cirugía Plástica del Hospital de Oncología "María Curie", Buenos Aires, Argentina.

Introducción

La abdominoplastia se planea según las razones que la motivan; sean estas reparaciones secundarias a resecciones oncológicas (1), reconstrucciones por defectos congénitos (2), refuerzo de la pared postreconstrucción mamaria con colgajo TRAM, con una finalidad ortopédica (3), en cirugías postbariátricas (4), en la reparación de hernias o eventraciones (5), o por fines cosméticos (6). Precisamente, la abdominoplastia estética se basa en el trípode compuesto por la dermolipectomía horizontal con trasposición del ombligo, la plicatura de las aponeurosis de la pared abdominal, y la lipoaspiración del abdomen y de las zonas vecinas. La lipoaspiración puede emplearse como único procedimiento en una abdominoplastia estética (7). Con alguna frecuencia, la liposucción de la pared anterior del abdomen se ve relacionada con resultados no deseados, como la lesión de una víscera hueca abdominal (8, 9).

En la línea media abdominal asientan las hernias umbilicales y las hernias de la línea alba. Las hernias umbilicales pueden ser congénitas, adquiridas o paraumbilicales.

La hernia umbilical adquirida emerge a través de la cicatriz umbilical y por consiguiente se trata de una verdadera hernia umbilical, teniendo la piel del ombligo en contacto con el saco herniario. Se presenta en especial en mujeres de más de 40 años de edad y con tendencia a la obesidad, y suele ser secundaria al aumento de la presión intrabdominal, tal como sucede en el embarazo. Tanto es así que tras el parto puede retroceder (Fig. 1).

La paraumbilical es la hernia adquirida propia del adulto, y es más frecuente en multíparas y obesas. Se trata de una protuberancia herniaria a través de la línea alba, adyacente a la cicatriz umbilical, inmediatamente por encima del ombligo y más raramente por debajo del mismo. No protruye en el centro del ombligo y la piel umbilical no está unida al saco herniario. Sus síntomas más frecuentes son el dolor y la inflamación. A la exploración local, la prominencia herniaria, situada junto al ombligo,

se desplaza excéntricamente hacia un lado y adquiere una forma de media luna, excepto en el obeso, cuando adopta la forma de pozo en cuyo fondo se encuentra la hernia que resulta difícil de explorar (Fig. 2).

Las hernias de la línea alba son aquellas que se exteriorizan a través de una debilidad en el entrecruzamiento de las fibras aponeuróticas en la línea media. Este entrecruzamiento o decusación puede presentarse de forma simple, doble o triple, y expresa los distintos grados de firmeza del mismo. Por su ubicación se reconocen como: hernias epigástricas, yuxtaumbilicales e infraumbilicales.

Alrededor del 3-5% de la población padece una hernia epigástrica, quizás debido a que la separación de los músculos rectos abdominales es mayor por encima del ombligo. Como está dicho, la línea alba es el producto del entrelazamiento de las fibras aponeuróticas de los músculos anchos y de los músculos rectos del abdomen y presenta orificios que atraviesan vasos y nervios. Pero existen otros puntos débiles por donde emergen simples pelotones adiposos que son el origen de las hernias. La hernia epigástrica suele ser única, ligeramente lateralizada hacia la izquierda, y está precedida por un lipoma de la grasa preperitoneal que en la mayoría de los casos es su única manifestación, cuando no alcanza a producirse la emergencia de algún órgano intrabdominal. La hernia



Fig. 2. La hernia paraumbilical se manifiesta lateralmente a la cicatriz umbilical.



Fig. 1. En la hernia umbilical adquirida verdadera el saco herniario asoma por el ombligo.

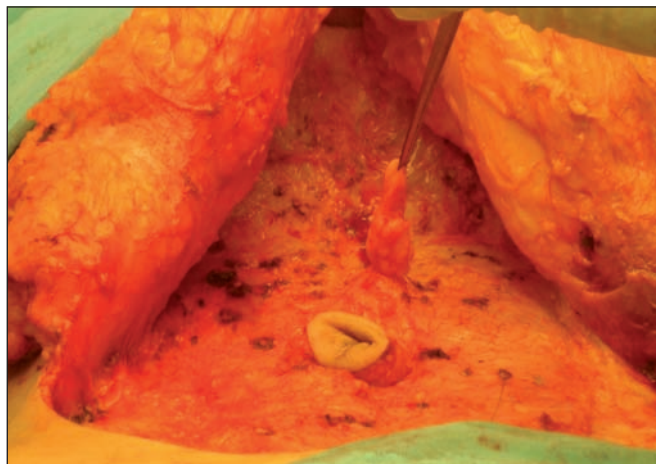


Fig. 3. Hernia de la línea alba en epigastrio, con salida de la grasa preperitoneal.

epigástrica es adquirida, pero está condicionada por una predisposición congénita (Fig. 3).

Las yuxtaumbilicales son hernias localizadas por encima, en posición lateral, o por debajo, pero siempre muy cerca del ombligo, a no más de 2 cm del mismo.

Las infraumbilicales son hernias excepcionales, debido a que la línea blanca es más estrecha por debajo del ombligo. Coinciden con un punto débil, generalmente no más de 3-4 cm por debajo del ombligo. Su signo-sintomatología clínica y su tratamiento son similares a los de otras hernias ya descritas (Fig. 4).

Nuestro objetivo en el presente artículo es remarcar la necesidad de realizar un oportuno diagnóstico preoperatorio del estado de la pared abdominal, utilizando como base la descripción de nuestra conducta quirúrgica, cuando la dermolipectomía con fines estéticos se asocia a la presencia de una hernia de la línea media de la pared abdominal.

Material y método

Para el presente estudio, realizado entre enero de 2005 y diciembre de 2012, seleccionamos a aquellos pacientes que solicitaron una abdominoplastia estética y que pertenecían a los tipo III y IV de la clasificación de A. Matarasso (1989) (10) y que fueron sometidos a liposucción y dermolipectomía abdominal, tanto con un abordaje horizontal, como a través de una incisión vertical. En el grupo están incluidos pacientes con cicatrices y/o intervenciones abdominales previas.

Estudios previos

A los pacientes que van a someterse a una lipoaspiración, además de un exhaustivo examen clínico se les solicita también una ecografía de la pared abdominal, particularmente a los obesos, a los que tienen cicatrices abdominales por cirugías previas, y a los que refieren dolor en abdomen (11). Si la ecografía resulta negativa y los pacientes presentan síntomas o signos sugerentes de hernia o eventración, se les solicita también, una TAC abdominal (12-14).

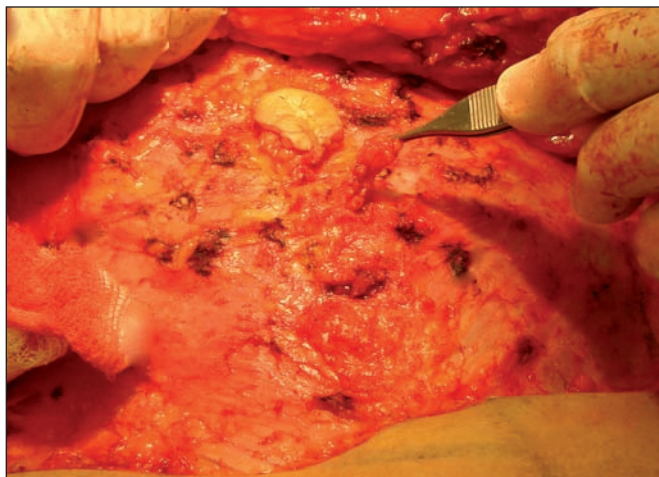


Fig. 4. Hernia de la línea alba infraumbilical.

Hernioplastia

Hernia umbilical directa (dermolipectomía horizontal)

Una vez identificada y aislada la hernia, completamos la disección del colgajo hasta el límite cefálico programado (Fig. 5). Previo a la hernioplastia, resecamos el excedente dermo-adiposo del colgajo para extender el campo operatorio. Luego abrimos el saco herniario para liberar su contenido y ampliamos el anillo para favorecer su reducción (Fig. 6 y 7). Cerramos el peritoneo con su-



Fig. 5. Identificación y aislamiento de la hernia umbilical directa.

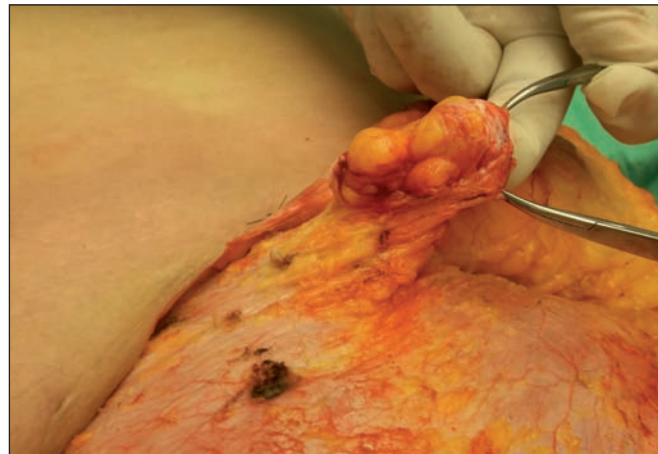


Fig. 6. Apertura del saco herniario.

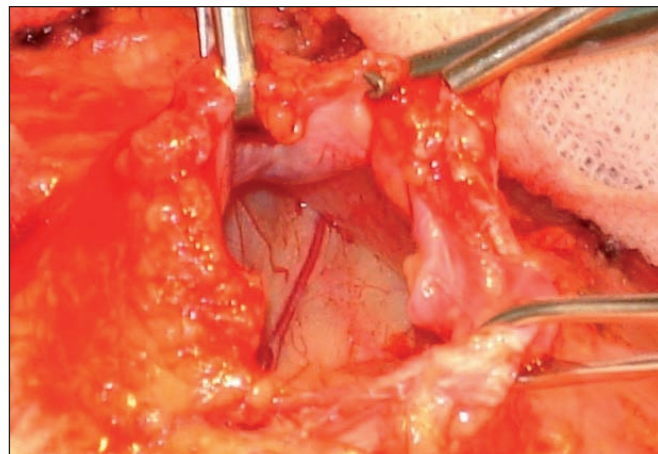


Fig. 7. Ampliación del anillo y reducción de la hernia umbilical.

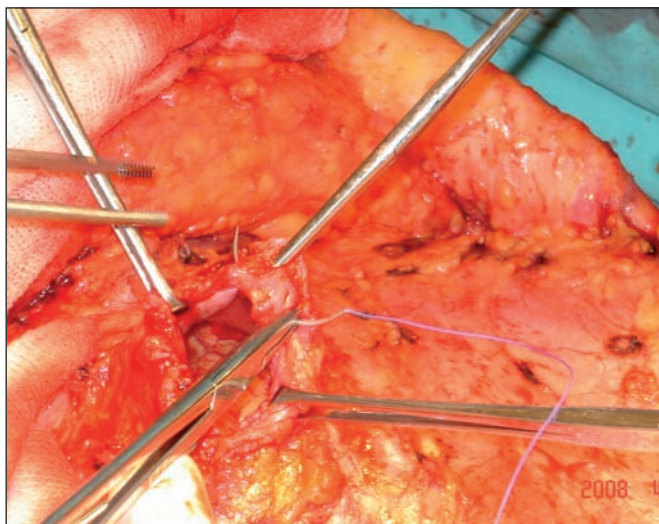


Fig. 8. Herniorrafia después de eliminar la cicatriz umbilical.

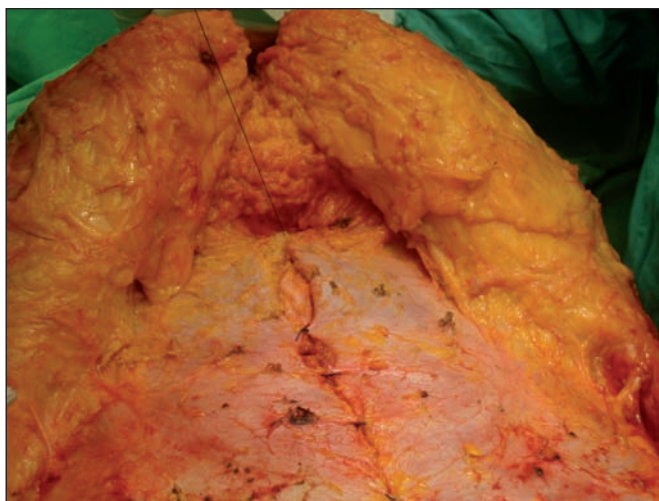


Fig. 9. Primer plano de la plicatura con puntos separados de Vicryl 0.

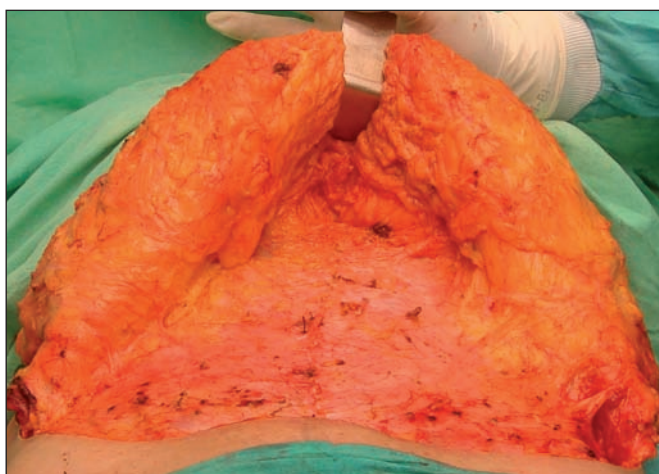


Fig. 10. Segundo plano de la plicatura con sutura continua de Prolene 0.

tura continua empleando material reabsorbible y de inmediato confeccionamos las solapas de fascias que se entrecruzan a modo de chaleco y se suturan con material irreabsorbible (*vest-over-pants*, William Mayo, 1895). (Fig. 8). El siguiente paso es la plicatura de las aponeurosis en la línea media, desde xifoides hasta pubis, que realizamos en dos planos. En el primero, empleando ma-

terial reabsorbible (Vicryl® 0), hacemos 4 puntos separados por arriba y otros tantos por debajo del ombligo. Para el segundo plano utilizamos material no reabsorbible (Prolene® 0) en sutura continua, que una vez finalizada, adquiere la forma de una “guarda griega” (Fig. 9 y 10).

En los casos en los que no es posible salvar la integridad de la cicatriz umbilical (15), confeccionamos los colgajos que formarán el nuevo ombligo de la manera que describimos en el apartado “Técnicas de neo-ombligo”. La abdominoplastia se completa con el cierre de la herida quirúrgica empleando la técnica de preferencia del cirujano (16).

Hernia umbilical indirecta (dermolipectomía horizontal)

Hacemos la apertura del saco y la ampliación del anillo herniario en posición lateral a la cicatriz umbilical, lugar por donde protruye la hernia, razón por la cual se la puede conservar indemne (Fig. 11). Realizamos la reparación de la pared, herniorrafia y plicatura, de la misma forma que hemos detallado anteriormente. La ventaja destacable, con respecto a la hernia umbilical directa, consiste en que obtenemos el neo-ombligo a partir de su propia cicatriz umbilical.

Hernia de la línea alba (dermolipectomía horizontal)

La gran mayoría de las hernias epigástricas están representadas por la salida de tejido adiposo (lipoma) a través de una debilidad de la pared; por lo tanto, no es necesario abrir saco herniario alguno, pero sí puede serlo el agrandar el anillo para facilitar su reducción. Realizamos la herniorrafia con puntos separados borde a borde o en solapa, como ya hemos mencionado. Una vez más, completamos la hernioplastia con la plicatura en dos planos de las fascias (Fig. 12-14).

Empleamos un procedimiento similar para resolver la infrecuente hernia de la línea blanca que emerge por debajo del ombligo (Fig. 15).

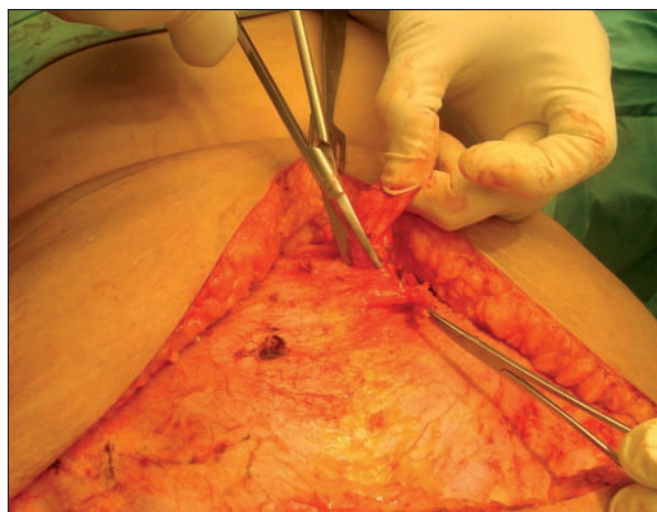


Fig. 11. Liberación del saco herniario y ampliación del anillo en la hernia umbilical indirecta antes de su reducción.



Fig. 12. Hernia epigástrica manifestada por la salida de la grasa pre-peritoneal.

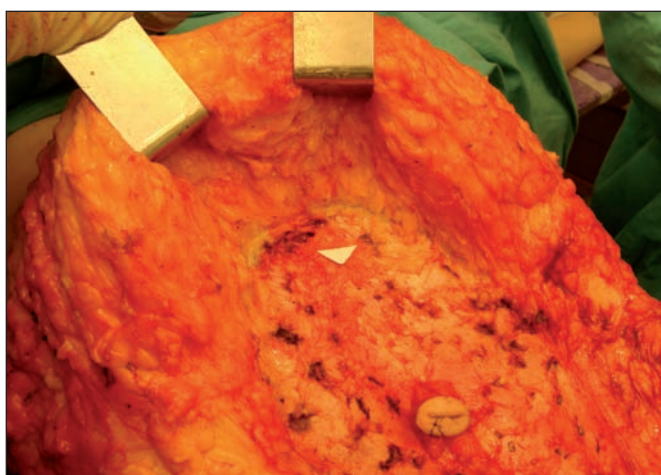


Fig. 13. La flecha señala al anillo herniario después de reducir la hernia.

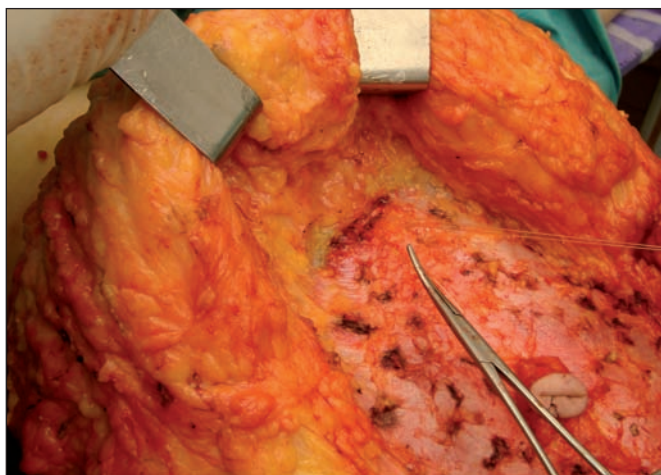


Fig. 14. Herniorrafia borde a borde con puntos separados.

Hernioplastia en dermolipectomía vertical

La dermolipectomía abdominal con incisión vertical ofrece un campo operatorio óptimo para reparar las hernias de la línea media abdominal. Después de identificar y aislar la hernia, completamos la resección del excedente dermograso y realizamos su tratamiento mediante maniobras similares a las descritas, lo que incluye, como ya hemos dicho, la plicatura del rafe medio en dos planos (17) (Fig. 16-18).

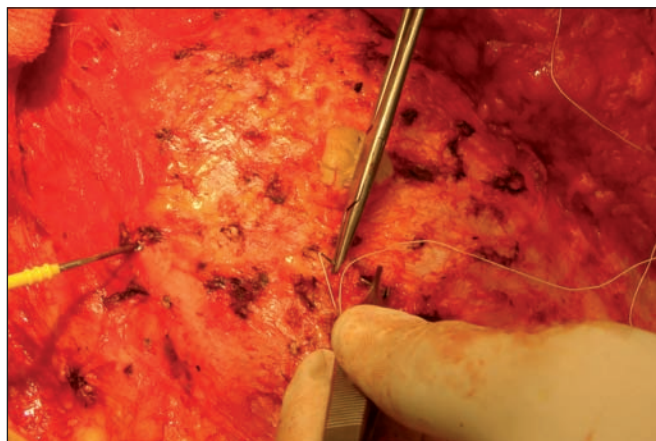


Fig. 15. Cierre borde a borde de una hernia infraumbilical.



Fig. 16. Identificación y protección de la hernia umbilical antes de la resección del excedente dermograso en la dermolipectomía vertical.

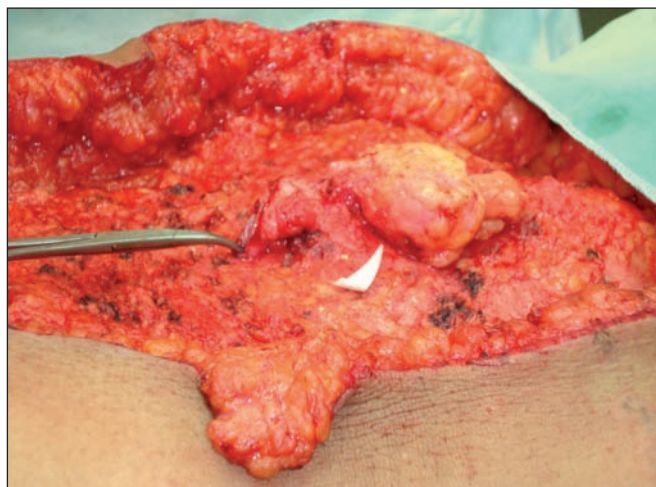


Fig. 17. Aislamiento de la hernia umbilical indirecta antes de su tratamiento.

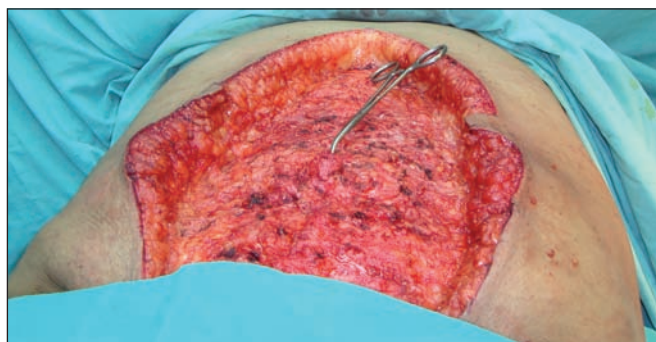


Fig. 18. Hernia umbilical reducida. Se observan los colgajitos trapezoidales aptos para confeccionar el neo-ombbligo.

Técnicas de neo-omblico

Cuando en el transcurso del tratamiento de la hernia umbilical no es posible conservar el ombligo, para reconstruirlo, en la dermolipectomía con incisión horizontal trazamos una X en el lugar elegido para su ubicación, lo que origina cuatro pequeños colgajos, que cuando se fijan a la profundidad en la aponeurosis forman una depresión infundibuliforme que imita un nuevo ombligo (Fig. 19-21). En las demás situaciones, cuando se conserva la cicatriz umbilical, realizamos sobre ella un corte de 2 cm de largo en posición de la hora 12, que al abrirse

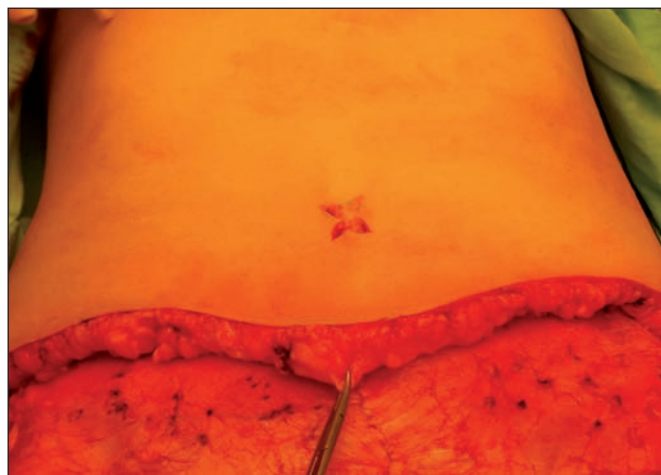


Fig. 19. Reconstrucción umbilical con cuatro colgajos desgrasados y fijados a la aponeurosis.

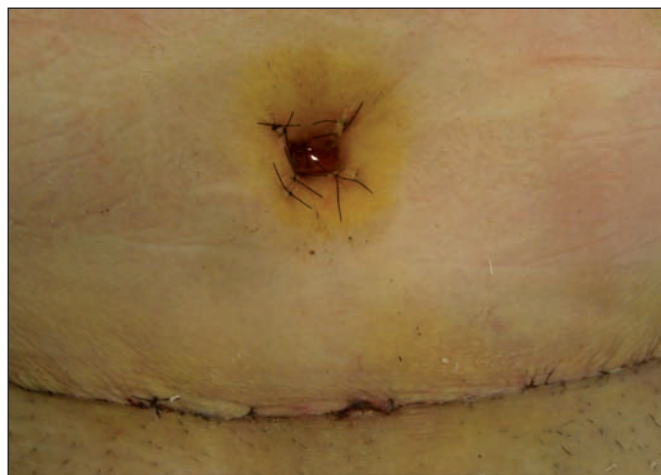


Fig. 20. Aspecto infundibuliforme logrado a los 7 días de postoperatorio.



Fig. 21. Neo-omblico a los 6 meses de la intervención.

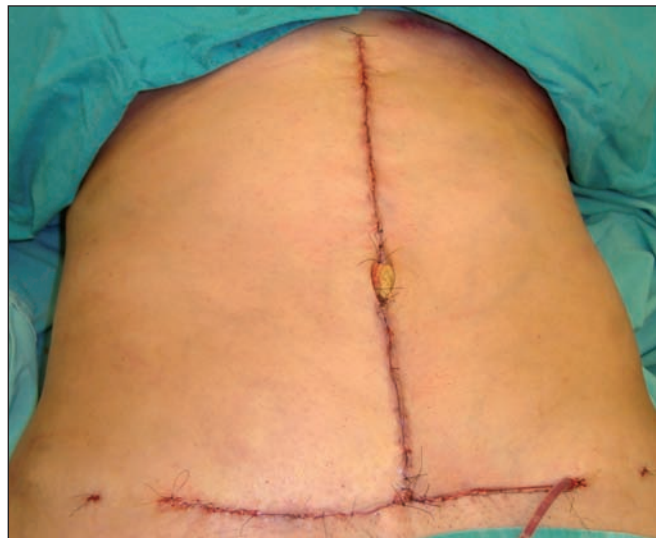


Fig. 22. En la abdominoplastia con incisión vertical, la reconstrucción umbilical se realiza a partir de dos colgajos trapezoidales que se fijan a la pared aponeurótica.

recibe, a modo de cuña, un pequeño colgajo tallado en la piel en forma de V de 20 mm de largo por cada rama, de tal forma que el primer punto une el vértice del colgajito con el ángulo creado en la cicatriz umbilical (16, 18).

La dermolipectomía con incisión vertical, utilizando su diseño original (Julián Fernández-Miguel Correa Iturraspe, 1951), nos provee los colgajos trapezoidales que, unidos por sus bordes y fijados en profundidad, forman el nuevo ombligo (Fig. 17, 18 y 22) (17).

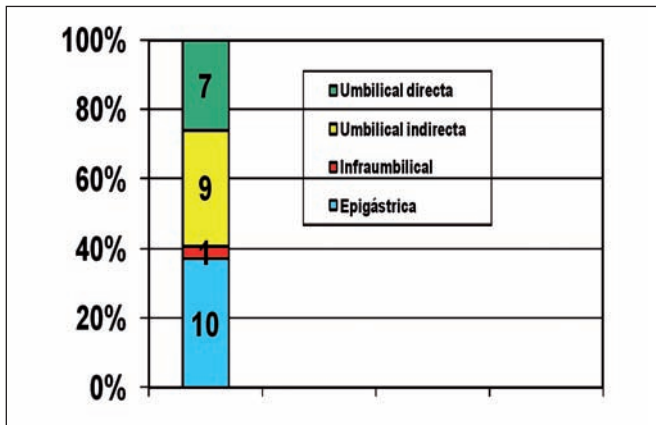
Sea cual fuere el procedimiento utilizado, a los pequeños colgajos se les debe reseca parte del tejido celular subcutáneo y a su periferia, en forma anular y extensa, lo que favorece conseguir la forma umbilicada deseada.

RESULTADOS

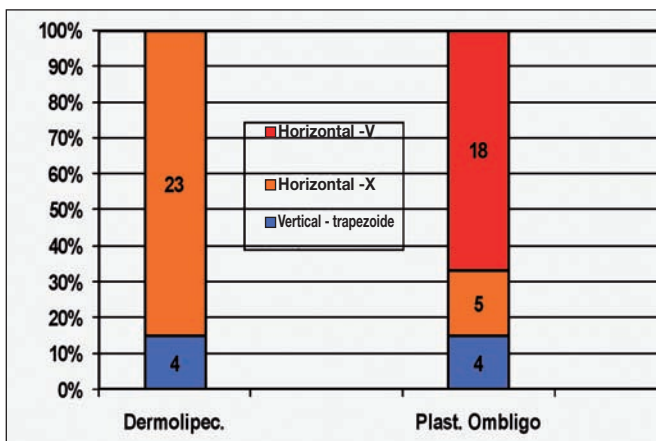
Desde enero de 2005 a diciembre de 2012 hemos intervenido 104 abdominoplastias estéticas; todos los pacientes fueron mujeres, entre los 30 y los 55 años (edad media de 42.5 años). Según la clasificación de Matarasso, el 30% (n=32) correspondió al Tipo III y el 70% (n=72) al Tipo IV. De ese total, el 26% (n=27) presentaron hernias de pared. La hernia umbilical directa estuvo presente en el 26% de los casos (n=7), la hernia umbilical indirecta en el 33% (n=9), la hernia epigástrica en el 37% (n=10), y la hernia infraumbilical en el 4% (n=1) (Gráfica 1). A su vez, estuvieron asociadas en el 85% (n=23) a dermolipectomías con incisión transversal y en el 15% (n=4) a dermolipectomías con abordaje vertical (Gráfica 2). No comprobamos la presencia de hernias de Spigel ni hernias de Ritchie.

Para la creación del nuevo ombligo en la abdominoplastia con incisión horizontal empleamos el diseño en forma de X en el 18.5% (n=5) de las pacientes; el diseño en forma de V en el 66,5% (n=18); y en la dermolipectomía con incisión vertical hicimos la reconstrucción utilizando los colgajos trapezoidales en el 15% (n=4) restante (Gráfica 2).

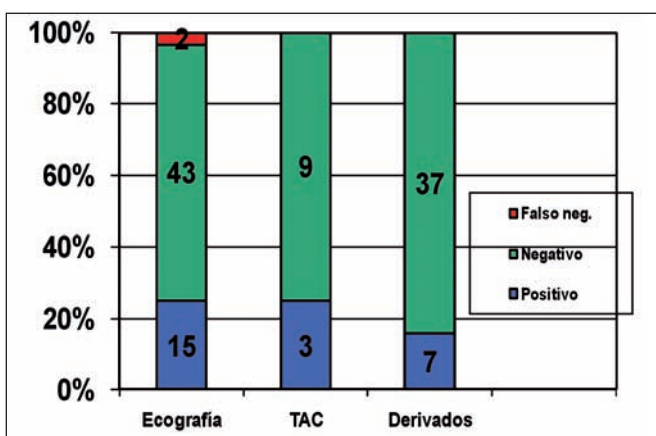
Gráfica 1. Hernias intervenidas en las pacientes de nuestro grupo de estudio



Gráfica 2. Neo-umbilicoplastias realizadas según técnica



Gráfica 3. Pruebas de imagen realizadas en las pacientes de nuestro grupo de estudio



La complicación más frecuente fue la necrosis del colgajo en distintos grados de superficie, que se dio en el 20% de los casos (n=6); seguida por la presencia de seromas, en el 8% (n=2). No registramos infecciones ni hematomas. Tampoco recidivas de hernias ni eventraciones.

Del total de pacientes intervenidas por nuestro equipo, a 60 se les solicitó ecografía abdominal. El resto de pacientes (n=44) fueron derivadas ya estudiadas por sus cirujanos de cabecera, de las cuales 7 presentaban hernia de pared. De las ecografías requeridas tuvieron resultados positivos para hernia de pared un 25% (n=15), hubo un

3% (n=2) de falsos negativos, y un 72% (n=43) de verdaderos negativos. Los falsos negativos fueron hallazgos intraoperatorios, de una hernia epigástrica y de una hernia infraumbilical. A 12 pacientes con ecografía negativa, pero que eran clínicamente sospechosas de hernia (por obesidad, dolor, cicatriz de operación previa, etc.), se les solicitó TAC abdominal, con un 25% (n=3) de casos positivos y un 75% (n=9) de casos negativos (Gráfica 3).

Discusión

En la actualidad, la liposucción como parte de una abdominoplastia ha ganado un mayor grado de participación, al extremo de que en los abdómenes que corresponden al Tipo I de la clasificación de A. Matarasso es el único procedimiento que se practica y ocupa el 52.5% de la totalidad, de conformidad con estadísticas del mismo Matarasso (10).

La liposucción no es una práctica inocua, por lo que requiere respetar ciertos parámetros clínicos quirúrgicos para disminuir la aparición de eventuales complicaciones que le son propias (19-21) y que se incrementan cuando la liposucción se asocia a una dermolipectomía abdominal (22). Tanto el tromboembolismo pulmonar como la perforación de una víscera abdominal son causa de desenlaces fatales, que si bien afortunadamente son raros, se producen en el 0.01% de las liposucciones realizadas (8, 9).

Las hernias de la pared abdominal tienen una frecuencia de aparición que varía entre el 4 y el 5% en la población general. La hernia umbilical ocupa el segundo lugar con una incidencia del 2%, siendo más frecuente en el sexo femenino. Las hernias adquiridas del adulto aumentan a partir de los 40 años de edad por incremento de la tensión abdominal y debilitamiento de los elementos parietales; por embarazos reiterados y a causa de la obesidad. Algunos autores le asignan a las hernias epigástricas una presentación del 5% (23).

Si bien las hernias ventrales (umbilicales y de la línea alba) representan el 5% en la población general, el hallazgo en nuestro estudio es francamente más elevado: nosotros encontramos un 26% que correspondió a 27 hernias sobre las 104 abdominoplastias realizadas. Solo tiene su explicación en el hecho de que actuamos sobre una población restringida y específica, como es la de los pacientes que requieren una abdominoplastia estética.

La pared abdominal suele ser asiento frecuente de dolor originado por hernias. En situaciones normales y habituales, en el 95% de los casos, la clínica es efectiva para su diagnóstico y no es necesaria la asistencia de estudios por imagen. Sin embargo, en los casos clínicos difíciles, debemos apoyarnos en las nuevas técnicas disponibles.

Hodgson y col. indican la combinación de ultrasonido y radiografía tangencial en los pacientes ancianos y en los obesos (11). Cuando el examen físico es insuficiente, Rose y col. señalan a la TAC directa como estudio de elección (12). Toms y col. ponderan la eficiencia de la

TAC y de la resonancia magnética nuclear (RMN) en el descubrimiento de hernias (13). Para Ianora y col. la TAC resulta de utilidad en el diagnóstico de hernias clínicamente ocultas y de difícil acceso, como son las hernias de Spiegel, y para distinguirlas de otras patologías como hematomas, abscesos o tumores. Ha demostrado ser útil para evaluar el sitio anatómico, el contenido del saco herniario, y de cualquier complicación como oclusión, encaramiento o estrangulamiento intestinal (14).

La TAC brinda un aporte imagenológico en el diagnóstico de la hernia de pared abdominal. Nosotros la hemos indicado en aquellas pacientes que presentaban dudas o dificultades diagnósticas, especialmente en pacientes obesas. En la mayoría de estos casos, el empleo de la ecografía resulta satisfactorio pero a veces insuficiente debido a los falsos negativos. A pesar de que los autores mencionados precedentemente no lo expresan numéricamente, en nuestra muestra encontramos 2 casos de falsos negativos en el tiempo durante el que desarrollamos nuestro estudio. Fuera de ese tiempo, desde diciembre de 2012 a la fecha (abril 2015), hemos agregado más hallazgos intraoperatorios de hernias epigástricas (n=3). Precisamente, motivados por esa deficiencia, insistimos en que los gestos quirúrgicos en la disección del colgajo deben ser delicados y evitar dentro de lo posible la liposucción de la línea media abdominal (16, 17).

De conformidad con Bertrand Russell, filósofo, matemático y escritor británico, (1872-1970) cuando dice que: *"Lo que los hombres realmente quieren no es el conocimiento sino la certidumbre"*, todo el celo puesto en obtener un diagnóstico cierto redundará en beneficios, tanto para el médico como para el paciente.

El objetivo de la reparación de la hernia es la reconstrucción de la integridad de la estructura de la pared con la menor morbilidad posible. En general, incluye el cierre primario de la debilidad, reforzada con la plicatura de las aponeurosis de la línea media. En nuestras pacientes, portadoras de pequeños defectos de pared, no hemos necesitado recurrir al empleo de malla de Vicryl como indica Robertson (24), ni de otro material (5). El empleo del elemento aloplástico de refuerzo no está exento de recurrencia y corre el riesgo de eliminación por intolerancia o infección. Creemos que la plicatura, practicada en dos planos, tal como describimos, es suficiente habitualmente para reparar la pared. No hemos tenido entre nuestras pacientes recurrencia de hernias. La tensión de la sutura no debe ser exagerada, con lo que evitaremos romper las fibras aponeuróticas y lograremos prevenir el aumento indeseable de la presión intrabdominal, que puede causar trastornos respiratorios (25, 26).

Lelio O. Zeno, cirujano plástico argentino (1890-1968), señalaba que: *"Un abdomen sin ombligo es como una cara sin nariz"*. Para conseguir un abdomen con un ombligo en posición y forma agradable, se puede recurrir a distintas técnicas. En las dermolipectomías verticales, para la reconstrucción del ombligo, utilizamos de prefe-

rencia pequeños colgajos trapezoidales parcialmente desgrasados. Estos colgajos forman parte del diseño y son delineados en el preoperatorio. La indicación de la abdominoplastia con incisión vertical está limitada a aquellas personas que privilegian el contorno sobre la cicatriz, son en general pacientes portadores de abdómenes globulosos, con cicatrices supra e infraumbilicales, que presentan hernias o eventraciones abdominales. La mayoría son mujeres multíparas que manifiestan desinterés por el uso de trajes de baño de dos piezas (17). Además, el abordaje vertical nos proporciona un vasto campo para reparar los defectos de pared en la línea media abdominal (17). Nosotros hemos agregado a la técnica original la plicatura de las aponeurosis en dos planos, que realizamos de forma rutinaria, y que estamos convencidos resulta provechosa en el momento de la hernioplastia.

La reconstrucción umbilical a partir de cuatro colgajos producto de incisiones en forma de X, en las dermolipectomías horizontales, ha sido satisfactoria.

Conclusiones

La lipoaspiración abdominal, asociada o no a dermolipectomía abdominal, es una práctica no exenta de riesgos. La perforación de una víscera hueca es una eventualidad rara, pero que puede ser fatal.

La ecografía de la pared abdominal es útil pero insuficiente en el diagnóstico preoperatorio, debido a la ocurrencia de falsos negativos. La TAC es el complemento adecuado para los casos de difícil diagnóstico.

La plicatura de las aponeurosis, realizada en dos planos, contribuye a fortalecer la pared en la línea media abdominal. Los pacientes que solicitan una abdominoplastia con fines estéticos raramente son portadores de grandes hernias o eventraciones que requieran la colocación de mallas de material aloplástico, y el amplio campo quirúrgico que ofrecen, es provechoso y oportuno para su reparación.

Dirección del autor

Dr. José Héctor Soria
Yerbal 942 (1405) Ciudad de Buenos Aires
República Argentina
dr.josesoria@hotmail.com

Agradecimiento

Del Dr. Ricardo Jorge Losardo, en su doble rol de Jefe del Servicio de Cirugía Plástica del Hospital de Oncología "María Curie" y de Director del Curso Superior de Especialización en Cirugía Plástica de la Sociedad Argentina de Cirugía Plástica, Estética y Reparadora, hemos recibido toda la colaboración necesaria para la concreción de este trabajo, por lo cual le estamos profundamente agradecidos.

Bibliografía

1. **Dalal H, Hurtado de Mendoza y García B, Lam, Lele y Srivastava:** Aspectos reconstructivos tras amplia excisión de tumores desmoides en la pared abdominal: A propósito de 2 casos. *Cir plást iberolatinoam* 2003; 29 (3):233-236.
2. **Iwanyk P, Iacouzzi S, Trainee E y Schrimmer C:** Reconstrucción de las secuelas de la pared abdominal en pacientes con extrofia de cloaca. *Cir plást iberolatinoam* 2009; 35 (2):135-140.
3. **Muñoz i Vidal J, Ayestarán Soto JB, Caramés Estefanía J, Gabilondo Zubizarreta J y García García S.** Abdominoplastia multifuncional en ancla: Nuestra experiencia y nueva sistemática de abordaje en el paciente sin adelgazamiento. *Cir plást iberolatinoam* 2010 ;36 (4):287-304.
4. **Roxo CPD, Roxo ACW y Almenares MC.** Abdominoplastia multifuncional: estudio retrospectivo de 5 años de experiencia con 108 pacientes. *Cir plást iberolatinoam* 2008; 34 (3): 201-210.
5. **Carreirão S, Correa WE, Dias LC and Pitanguy I.** Treatment of abdominal wall eventrations associated with abdominoplasty techniques. *Aesthetic Plast Surg* 1984; 8 (3):173-179.
6. **Centurión P, Olivencia C, Romero C y Gamarra García R.** Lipoabdominoplastia con cicatriz reducida sin neo-onfalopectomía en abdomen tipo III (Matarasso). *Cir plást iberolatinoam* 2009; 35 (4):271-282.
7. **Fernández Sanza I, Torres Martínez E y Rosel Abril I.** Megaliposucción: estudio de 120 casos. *Cir plást iberolatinoam* 2007; 33 (1):15-30.
8. **Di Candia M and Malata CM.** Aesthetic and functional abdominal wall reconstruction after multiple bowel perforations secondary to liposuction. *Aesthetic Plast Surg* 2011 35 (2):274-277.
9. **Ovrebø KK, Grong K and Vindenes H.** Small intestinal perforation and peritonitis after abdominal suction lipoplasty. *Ann Plast Surg.* 1997; 38 (6):642-644.
10. **Matarasso A.** Abdominoplasty. *Clin Plast Surg* 1989; 16 (2):289-303.
11. **Hodgson TJ and Collins MC.** Anterior abdominal wall hernias: Diagnosis by ultrasound and tangential radiographs. *Clin Radiol* 1991; 44 (3):185-188.
12. **Rose M, Eliakim R, Bar-Ziv Y, Vromen A and Rachmilewitz D.** Abdominal wall hernias. The value of computed tomography diagnosis in the obese patient. *J Clin Gastroenterol.* 1994; 19 (2):94-96.
13. **Toms AP, Dixon AK, Murphy JM and Jamieson NV.** Illustrated review of new imaging techniques in the diagnosis of abdominal wall hernias. *Br J Surg.* 1999; 86 (10):1243-1249.
14. **Ianora AA, Midiri M, Vinci R, Rotondo A and Angelelli G.** Abdominal wall hernias: imaging with spiral CT. *Eur Radiol.* 2000; 10 (6):914-919.
15. **Bruner TW, Salazar-Reyes H and Friedman JD.** Umbilical hernia repair in conjunction with abdominoplasty: a surgical technique to maintain umbilical blood supply. *Aesthet Surg J.* 2009; 29 (4):333-334.
16. **Soria JH, Tuero A y Conde C.** Arte y consideraciones en abdominoplastia estética. *Rev Argent Cir Plast* 2013; 19 (1):15-24.
17. **Soria JH, Alé AG y Cachay Velásquez H.** Marcación de la dermolipectomía abdominal vertical. Una técnica trascendente. *Rev Argent Cir Plast* 2012; 18 (1):15-23.
18. **Juri J, Juri C and Raiden G.** Reconstruction of the umbilicus in abdominoplasty. *Plast Reconstr Surg* 1979; 63 (4):580-582.
19. **Rohrich RJ and Beran SJ.** Is liposuction safe? *Plast Reconstr Surg.* 1999; 104 (3):819-822.
20. **Pitman GH and Teimourian B.** Suction lipectomy: Complications and results by survey. *Plast Reconstr Surg* 1985 76 (1):65-69.
21. **Grazer FM and de Jong RH.** Fatal outcomes from liposuction: census survey of cosmetic surgeons. *Plast Reconstr Surg* 2000; 105 (1):436-446.
22. **Dillerud E.** Abdominoplasty combined with suction lipoplasty: A study of complications, revisions and risk factor in 487 cases. *Ann Plast Surg* 1990 25: 333-338.
23. **Askar OM.** A new concept of the etiology and surgical repair of paraumbilical and epigastric hernias. *Ann R Coll Surg Engl* 1978; 60:42-48.
24. **Robertson JD, de la Torre JI, Gardner PM, Grant JH 3rd, Fix RJ and Váscónez LO.** Abdominoplasty repair for abdominal wall hernias. *Ann Plast Surg.* 2003; 51 (1):10-16.
25. **Mercedes S, Núñez M, Díaz O, De la Cruz E y Aquino A.** Variabilidad de la presión intrabdominal en pacientes sometidos a abdominoplastia. *Cir plást iberolatinoam* 2009; 35 (4):261-270.
26. **Vaca Escobar B, Guerra Navarrete D and Manzano Manzano R.** Cambios respiratorios postabdominoplastia. *Cir plást iberolatinoam* 2007; 33 (1):69-72.

Comentario al artículo “Nuestra conducta en la asociación de hernia de pared y abdominoplastia estética”

Dr. Patricio Centurión

Cirujano Plástico, Universidad Científica del Sur, Lima, Perú.

Es de gran importancia llamar la atención de los colegas cirujanos plásticos que se inician en la especialidad sobre los cuidados que deben observar en cirugías estéticas como la abdominoplastia asociada a liposucción. Con el presente artículo, el Dr. Soria nos envía esta alerta.

Los exámenes complementarios por técnicas de imagen son muy importantes, pero siempre acompañados de una historia clínica y de un examen físico del área a tratar, que serán de exclusiva responsabilidad del cirujano.

Coincido en que la liposucción convencional, si bien no tiene una alta mortalidad, sí tiene una alta morbilidad por su mecanismo de disrupción mecánica, por lo que soy un opositor a seguir usando esa técnica quirúrgica y recomiendo incorporar tecnología moderna y probada a base de un mecanismo de acción de desnaturalización del tejido conectivo mediante laser, técnica menos traumática y más segura (1).

La presencia de hernias, como describe el autor, se puede dar en cualquiera de nuestros pacientes que vaya a ser sometido a lipoabdominoplastia. Es frecuente hallar debilitamiento de la línea alba o hernias umbilicales adquiridas en pacientes con embarazos múltiples y/o gemelares, lo que nos obliga a evitar incisiones a nivel umbilical para realizar la liposucción. Recomendamos emplear mejor una incisión a nivel subesternal y colocar al paciente en hiperextensión para tensar los rectos abdominales y de esa manera realizar la liposucción supraumbilical de forma más segura.

Para los pacientes Tipo III de Matarasso recomendamos evitar la cicatriz clásica y ofrecer una cicatriz reducida (cita

6 del artículo del Dr. Soria), a diferencia de la misma técnica que aplica el autor para los Tipos III y IV.

En lo referente a la plicatura de los rectos abdominales, debo mencionar que en la actualidad existen hilos no absorbibles de calibre 1 con doble aguja y espiculados (autorretentivos) que nos permiten realizar una sutura continua en 2 planos con el mismo hilo. Esto se traduce en menor tiempo quirúrgico, doble plicatura y mayor maniobrabilidad en túneles estrechos. Coincido con el autor en la no necesidad del uso de mallas de material aloplástico.

El Dr. Soria realiza una disección amplia, según las fotos, lo que sumado a la liposucción de la pared abdominal podría explicar los casos de necrosis de colgajo presentados, por lo que recomiendo siempre realizar túneles de disección estrechos para poder practicar una liposucción que permita afinar el colgajo sin complicaciones de vascularización.

Para concluir, el autor confirma la necesidad de estar entrenado en procedimientos quirúrgicos de la pared abdominal para poder resolver casos con diagnóstico de hernias de la línea media asociadas a problemas estéticos del abdomen.

consultorio@cirugiaplasticacenturion.com

Bibliografía

1. “Fat preserving by Laser 1210-nm. A new concept in Lipolaser. *Journal of Cosmetic & Laser Therapy*. 2013; 15: 2–12.

Respuesta al comentario del Dr. P. Centurión

Dr. J.H. Soria

Agradezco los reflexivos comentarios vertidos por el Dr. Patricio Centurión, que manifiestan su experiencia y conocimiento sobre el tema y me siento muy complacido por coincidir en los puntos centrales del artículo en cuestión.

Concuerdo con él en que la lipoaspiración clásica es francamente agresiva, toda vez que el tejido graso es literalmente “arrancado”. Pero debemos reconocer que nuestro continente americano es extenso y profundo, donde hay lugares en que la tecnología óptima tarda en instalarse.

Estoy seguro de que el Dr. Centurión coincidirá conmigo

en que los casos clínicos pertenecientes al Tipo IV de Matarasso requieren una mayor longitud en la incisión horizontal suprapúbica. Acuerdo con él que una disección amplia contribuye a una reducción del aporte vascular al colgajo abdominal, con la consecuente necrosis de una parte del mismo.

Como colofón, quiero reiterar mi reconocimiento al Dr. Centurión por sus comentarios y lo saludo cordial y respetuosamente.