

Propuesta de modificaciones en el marcaje preoperatorio para dermolipectomía abdominal

Proposal for modifications in the preoperative marking for abdominal dermolipectomy



Cemborain Valarino M.

CEMBORAIN VALARINO, Marisela*, RINCÓN RUBIO, Linda L.**
GIL MASROUA, Bernardette G.***, BOOKAMAN SALAZAR, Angélique M.***

Resumen

Introducción y objetivo. Para el marcaje preoperatorio en dermolipectomía abdominal, frecuentemente se toma como referencia la horquilla vulvar y la base del pene para localizar la posición de la incisión. Sin embargo, estos puntos varían en cada individuo y no los consideramos adecuados para localizar la altura de la futura cicatriz.

Es por ello que proponemos tomar como referencia un nuevo protocolo de medidas que permita tener como resultado un pubis más geométrico y armónico, determinando la altura de la incisión en relación al nivel del pubis.

Material y método. Describimos una técnica de marcaje preoperatorio para la localización de la incisión horizontal y de las porciones laterales en dermolipectomía abdominal.

Resultados. Basándonos en la geometría del pubis, marcamos un triángulo de base superior tomando como referencia inicial el origen del pliegue inguinal en la superficie cutánea, donde se hace profundo, y trazamos una línea horizontal que sirve de referencia para marcar las porciones laterales de la cicatriz horizontal.

Conclusiones. Nuestra propuesta toma en cuenta puntos anatómicos constantes que permiten obtener una futura cicatriz abdominal de altura más adecuada y mantener la armonía y geometría del pubis.

Abstract

Background and objective. For preoperative marking in abdominal dermolipectomy, the vulvar notch and the base of the penis are frequently used as reference to locate the marking of the incision. However, these points may vary in each individual and we consider them not suitable for locating the height of the incision.

Therefore, we propose a new measurement protocol that allows to get a more geometric and harmonic pubis by determining the height of the incision in relation to the level of the pubis.

Methods. Our method for performing a preoperative marking for the location of the horizontal scar in dermolipectomy is described, so as the lateral portions.

Results. Marking is based on the inverted triangular shape of the pubic area, taking as an initial reference the origin of the inguinal fold on the skin surface, where it becomes deep. In addition, the tracing of a horizontal line that serves as a reference for marking the lateral portions of the horizontal scar is described.

Conclusions. Our proposal considering some constant anatomical points, allows obtaining a future abdominal scar with a more adequate height in dermolipectomy maintaining the harmony and geometry of the pubis.

Palabras clave Dermolipectomía, Abdominoplastia, Pubis, Referencias anatómicas.

Nivel de evidencia científica 5c Terapéutico
Recibido (esta versión) 16 julio /2022
Aceptado 14 septiembre / 2022

Key words Dermolipectomy, Abdominoplasty, Pubis, Anatomic references.

Level of evidence 5c Therapeutic
Received (this version) July 16 / 2022
Accepted September 14 / 2022

Conflicto de intereses: Los autores declaran no tener ningún interés financiero relacionado con el contenido de este artículo.
Financiación: No hubo fuentes externas de financiación para este trabajo.

* Cirujano Plástico, Subdirectora de la Unidad. Vocal del Capítulo de Cirugía Postbariátrica de la FILACP 2020-2022.

** Cirujano Plástico, Jefe de la Unidad, Directora del Capítulo de Cirugía Mamaria de la FILACP 2020-2022.

*** Cirujano Plástico.

Unidad de Cirugía Plástica y Reconstructiva Postbariátrica Plásticabariátrica, Caracas, Venezuela.

Introducción

La cirugía para retirar piel y grasa abdominal, también conocida como abdominoplastia o dermolipectomía abdominal, fue descrita por primera vez en 1910 por Kelly con la realización de una resección transversa alta a nivel abdominal, progresando luego a resecciones más extensas en sentido lateral, como las propuestas por González Ulloa en 1960, Pitanguy en 1967 y Regnault en 1972.⁽¹⁾

Los puntos de referencia normalmente utilizados para el marcaje de la dermolipectomía abdominal son los siguientes: apófisis xifoides, ombligo, crestas ilíacas, espinas ilíacas anterosuperiores, pliegues inguinales, monte de Venus, horquilla vulvar y base del pene, por ejemplo, tomando como referencia calcular de 5 a 7 cm por encima de la horquilla vulvar o de la base del pene,⁽²⁾ o como describe Pitanguy, basándose en la referencia de las dos espinas ilíacas anterosuperiores, de forma que la incisión continua la línea que las une a través del pliegue inguinal suprapúbico.⁽³⁾

La forma de los órganos genitales externos ha inspirado símbolos que traspasan todas las culturas y están escenificados en la mente de todos los seres humanos. La representación mediante un triángulo de base superior es la forma más simplificada de la femineidad desde la prehistoria, de manera que esa forma triangular corresponde a la región pubiana donde están los genitales externos. En la actualidad, vemos también una mayor preocupación por lucir esa área con mayores criterios estéticos y mantener proporciones naturales en relación con las áreas corporales circundantes.

La relación entre la horquilla vulvar y la base del pene con la geometría del pubis es variable en cada individuo. Imaginemos un triángulo cuya base superior es la línea suprapúbica que correspondería a la posición de la incisión horizontal de la dermolipectomía tradicional, estando sus lados representados por los pliegues inguinales. Si hay una ubicación baja de esas estructuras, la posición de la línea horizontal del marcaje de la dermolipectomía puede quedar muy baja, lo que daría lugar a la forma de un triángulo isósceles, con dos lados iguales, para la zona del pubis, donde la base de dicho triángulo no guardaría relación con los lados, de menor longitud; y al contrario, una ubicación alta de esas estructuras puede proyectarnos una cicatriz horizontal muy alta, dando forma a otro triángulo isósceles, esta vez con sus lados más largos que su base (Fig. 1).

Al planificar la altura de la incisión abdominal estamos demarcando la base del triángulo que representa el pubis, así como la altura de sus lados que deben ser similares para lograr ópticamente un triángulo equilátero invertido. De esta forma, el resultado de la dermolipec-

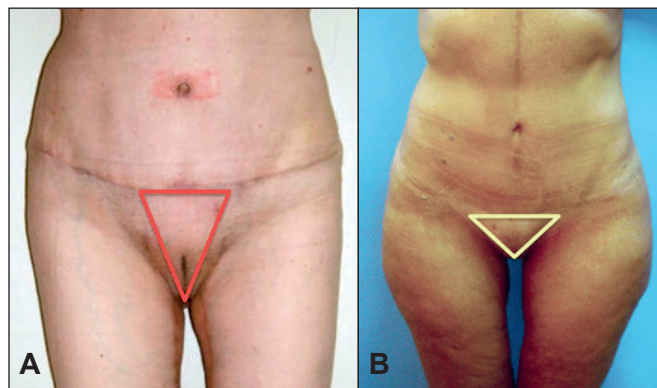


Figura 1. Ejemplos de ubicación de la cicatriz suprapúbica (A) Alta, (B) Baja.

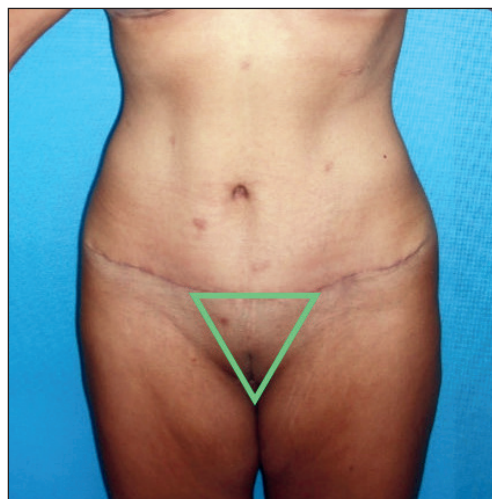


Figura 2. Ubicación ideal de la incisión suprapúbica para lograr un pubis que refleje la forma ideal de triángulo equilátero invertido.

tomía irá acompañado de un pubis que lucirá simétrico, con una relación geométrica armónica. Para lograrlo, necesitamos relacionar la localización de la incisión abdominal con un punto anatómico más estable, para lo cual planteamos utilizar referencias anatómicas que nos acerquen más a esa meta y así lograr resultados más simétricos y armónicos (Fig. 2). Para ello, planteamos un protocolo de marcaje en el que el punto anatómico de referencia, constante, para determinar la altura de la incisión es el origen del pliegue inguinal.

Material y método

Estudio descriptivo, en el que nos proponemos determinar los parámetros anatómicos en la región del abdomen, pubis y muslos, que permitan planificar la localización de la incisión horizontal de dermolipectomía abdominal con simetría bilateral y manteniendo la imagen de triángulo equilátero invertido del pubis en relación con los pliegues inguinales.

Descripción del procedimiento.

Presentamos en la Fig. 3 las 3 líneas horizontales que representan 3 ubicaciones diferentes para planificar la incisión abdominal en dermolipectomía, teniendo en cuen-



Figura 3. Opciones descritas en la literatura para el marcaje de la incisión suprapúbica en dermolipectomía abdominal: inferior, Baroudi; media, Pitanguy; superior, Kelly y Thorek.

ta las referencias anatómicas tradicionalmente conocidas. La marca inferior es la descrita por Baroudi,⁽²⁾ que utiliza como referencia el cálculo de 5 a 7 cm por encima de horquilla vulvar o de la base del pene. La marca del medio, descrita por Pitanguy,⁽³⁾ utiliza como referencias las dos espinas ilíacas anterosuperiores y continua la incisión en una línea que las une a través del pliegue inguinal suprapúbico. Finalmente, la marca superior, descrita por Kelly y luego por Thorek,⁽⁴⁾ utiliza como referencia el pliegue abdominal.

En nuestro marcaje proponemos el siguiente procedimiento para la ubicación de los puntos de referencia. Con el paciente en decúbito dorsal, traccionando ligeramente hacia arriba del abdomen, ubicamos el origen del pliegue inguinal que será el punto de referencia anatómico de inicio para realizar el marcaje. Posteriormente, comprobamos la ubicación de este punto con el paciente de pie. En el origen de ambos pliegues inguinales marcamos dicho punto anatómico de referencia y seguidamente traccionamos del abdomen hacia arriba para colocar otro punto 3 cm por encima de los puntos marcados anteriormente, de manera bilateral. Usamos estos nuevos puntos para posicionar la altura de la incisión en relación al pubis, estableciendo una relación que creemos más aceptable con las áreas vecinas.

Una vez posicionada la altura de la incisión unimos ambos puntos mediante una línea suprapúbica que será la base del triángulo equilátero que queremos planificar en la zona púbica (Fig. 4). Decidimos la longitud de 3 cm tras descartar otras medidas que no nos proporcionaban los resultados deseados.

Nuevamente colocamos al paciente en posición de decúbito dorsal y le indicamos que señale con un dedo la altura a la que usa su ropa interior o de baño, en ambas fosas ilíacas, a nivel de sus caderas. Para lograr simetría en la posición de la altura de la incisión en las porciones laterales trazamos una línea recta horizontal sobre la raíz de ambos muslos cuya longitud estará dada por la anchura del muslo del paciente, y dividimos esta longitud en 2 o 3 segmentos iguales; esta línea será de

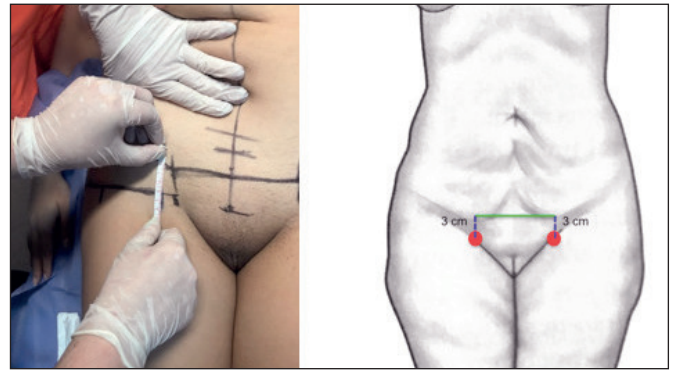


Figura 4. Propuesta de marcaje preoperatorio y esquema de la incisión suprapúbica. Primer punto marcado en el origen de ambos pliegues inguinales, tracción hacia arriba del abdomen, marcaje de otro punto 3 cm por encima, unión de ambos puntos mediante una línea suprapúbica que será la base del triángulo equilátero.

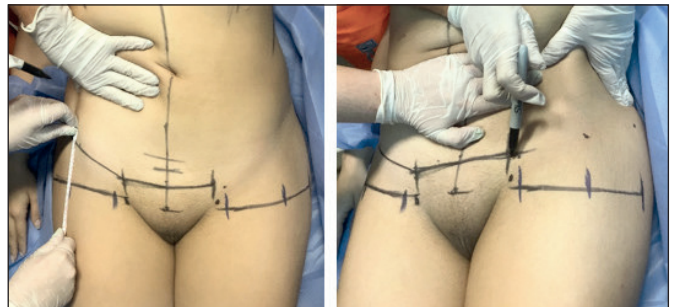


Figura 5. Marcaje de la línea de referencia para determinar la altura de la porción lateral de la incisión horizontal y extrapolación al lado contralateral.



Figura 6. Marcaje final preoperatorio del nivel de la incisión suprapúbica en dermolipectomía abdominal horizontal, con sus líneas de referencia, comparado con otras opciones descritas en la literatura.



Figura 7. Postoperatorio inmediato de una dermolipectomía abdominal con el marcaje propuesto.

referencia. Medimos la altura entre dicha línea de referencia a nivel del muslo y la altura seleccionada por el paciente y extrapolamos iguales medidas al lado contralateral (Fig. 5).

Una vez demarcada toda la línea horizontal, indicamos al paciente que se coloque en posición de pie para comprobar nuevamente la simetría, utilizando un nivel de burbuja (Fig. 6 y 7).

Resultados

Para observar de forma más clara la aplicación de la técnica de marcaje preoperatorio descrita, presentamos en detalle varios modelos de pacientes en donde fue aplicada.

Caso 1. Mujer de 31 años de edad, con índice de masa corporal (IMC) de 27.3 Kg/m², a quien se le realizó dermolipectomía abdominal horizontal con plicatura de músculos rectos. En la imagen de postoperatorio se observa la forma deseada de triángulo equilátero en el pubis (Fig. 8).

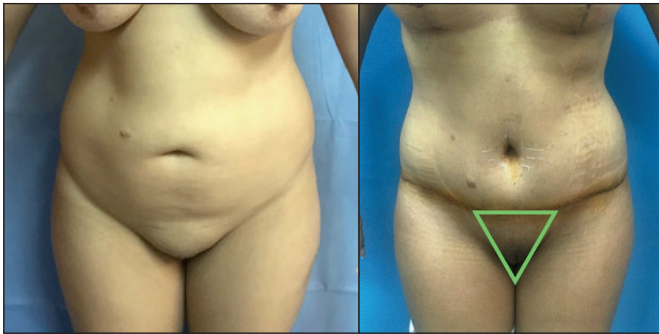


Figura 8. Caso 1. Dermolipsectomía abdominal en mujer con IMC 27.3 kg/m², pre y postoperatorio al mes con la imagen de triángulo equilátero en pubis.

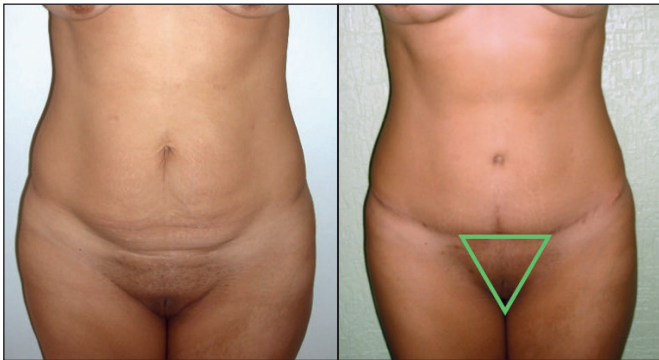


Figura 9. Caso 2. Dermolipsectomía abdominal en mujer con IMC 24.1 Kg/m², pre y postoperatorio a los 8 meses.



Figura 10. Caso 3. Dermolipsectomía abdominal en mujer con IMC 23.5 m², pre y postoperatorio a los 7 meses.

Caso 2. Mujer de 35 años de edad, con IMC de 24.1 Kg/m², a quien se le realizó dermolipsectomía abdominal horizontal con plicatura de músculos rectos, y pequeña cicatriz vertical en zona media (Fig. 9).

Caso 3. Mujer de 29 años de edad, con IMC de 23.5 Kg/m², a quien se le realizó dermolipsectomía abdominal horizontal con plicatura de músculos rectos (Fig. 10).

Caso 4. Varón de 29 años de edad, con IMC de 25.4 Kg/m², a quien se le realizó dermolipsectomía abdominal horizontal con plicatura de músculos rectos (Fig. 11).

Caso 5. Mujer de 41 años de edad, con IMC de 23.6 Kg/m², a quien se le realizó una dermolipsectomía abdominal horizontal con plicatura de músculos rectos (Fig. 12).

Caso 6. Mujer de 45 años de edad, con IMC de 24.2 Kg/m², a quien se le realizó dermolipsectomía abdominal horizontal con plicatura de músculos rectos (Fig. 13).

Caso 7. Mujer de 52 años, con pérdida de 42 kg y bypass gástrico, IMC actual de 24 Kg/m², a quien se le realizó dermolipsectomía abdominal en flor de lis con plicatura de músculos rectos abdominales y compensación para genital lateral (Fig. 14).

Caso 8. Mujer de 39 años de edad, con IMC de 24.9 Kg/m², a quien se le realizó dermolipsectomía abdominal horizontal con plicatura de rectos (Fig. 15).



Figural 11. Caso 4. Dermolipsectomía abdominal en varón con IMC de 25.4 Kg/m², pre y postoperatorio a los 2 meses.



Figura 12. Caso 5. Dermolipsectomía abdominal en mujer con IMC de 23.6 Kg/m², preoperatorio y postoperatorio a los 6 meses.

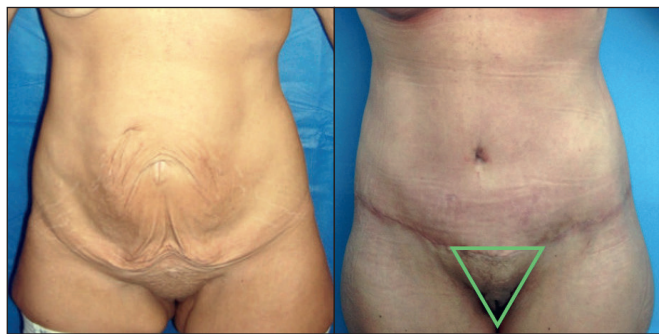


Figura 13. Caso 6. Dermolipectomía abdominal en mujer con IMC de 24.2 Kg/m², pre y postoperatorio a los 5 meses.



Figura 14. Caso 7. Dermolipectomía abdominal en mujer con pérdida de 42 kg, IMC actual de 24 Kg/m², pre y postoperatorio a los 6 meses.



Figura 15. Caso 8. Dermolipectomía abdominal en mujer con IMC de 24.9 Kg/m², pre y postoperatorio a los 4 meses.

Discusión

La abdominoplastia es un procedimiento quirúrgico de remodelación del contorno corporal muy solicitado hoy en día por los pacientes para mejorar el aspecto de esa zona corporal tan importante en la estética personal, tanto femenina como masculina, que logra mejorar los cambios que ocurren tanto después del embarazo, como tras las variaciones de peso o por efecto del envejecimiento. El objetivo de esta cirugía debe integrar todas las capas de tejido blando afectadas: piel, grasa y músculo, a través de una incisión que sea lo menos visible posible.⁽⁵⁾

Al igual que Patronella,⁽⁶⁾ pensamos que los métodos tradicionales de abdominoplastia pueden lograr el objetivo de restaurar la apariencia plana del abdomen, pero muchas veces sin reproducir las características anatómicas sutiles que caracterizan un abdomen femenino o

masculino joven y atractivo. Las herramientas y técnicas necesarias para lograr esos detalles anatómicos del abdomen estético ideal eran hasta no hace mucho limitadas, pero en la actualidad, al haberse incorporado detalles técnicos, aparatología y maniobras quirúrgicas selectivas, el carácter anatómico tridimensional de la región abdominal puede lograrse de manera segura y consistente.⁽⁶⁾

A nuestro juicio, la ubicación correcta de la incisión en la dermolipectomía abdominal, que es uno de los puntos a tener en cuenta para lograr esa estética ideal postoperatoria, depende de las diferentes maniobras y conceptos que maneja cada cirujano. Creemos que las referencias tradicionales no ofrecen parámetros estables que permitan ubicar esa cicatriz en una posición adecuada en todos los pacientes, ya que las variaciones anatómicas de la región púbica respecto a la horquilla vulvar y a la base del pene, tradicionalmente tomadas como referencia de marcaje, pueden llevar a posiciones inadecuadas en la altura de la incisión suprapúbica. Por ello, al analizar los marcajes que existían tradicionalmente en la literatura, decidimos proponer un nuevo sistema para el marcaje preoperatorio de la dermolipectomía abdominal que toma en cuenta puntos anatómicos que permiten obtener una incisión y una futura cicatriz abdominal con una altura más adecuada, manteniendo de esta manera la armonía y la geometría del pubis.

Con el mismo enfoque que refieren Ballestas-Campos y col. en su publicación,⁽⁷⁾ buscamos estandarizar las medidas para lograr esa posición armónica de la incisión abdominal mediante referencias anatómicas, logrando además que la cicatriz quede cubierta por la ropa interior o la ropa de baño, sobre todo en pacientes femeninas, ya que el diseño de cicatrices altas, visibles y extensas, hace que la cirugía de abdominoplastia sea un reto continuo para el cirujano plástico. El uso del biquini de talle bajo en nuestro medio nos obliga a plantear técnicas con cicatrices bajas, lo más ocultas posible, para lograr un resultado estético favorable sin limitaciones para el uso de este tipo de prendas. Señalar además el incremento constante en los últimos años de los pacientes con grandes pérdidas de peso tras someterse a cirugía bariátrica, lo que conlleva un nuevo componente a la hora de lograr el refinamiento estético de los procedimientos requeridos para la corrección del contorno corporal.

Caldeira y col.⁽⁸⁾ señalan que, para lograr una armonía estética corporal abdominal durante una dermolipectomía abdominal, es importante priorizar el respeto por los límites anatomofisiológicos con una remodelación estética y funcional. La cirugía estética abdominal necesita un enfoque global en relación al contorno corporal. No es razonable abordar el abdomen sin evaluar las regiones y estructuras adyacentes.⁽⁸⁾ Es por ello que, en nuestro es-

tudio evaluamos el abdomen para obtener como meta una armonía geométrica que delimite el triángulo equilátero ideal que representa el pubis, entre el propio abdomen remodelado, el área pubiana y los pliegues inguinales.

Tal y como refiere Villegas,⁽⁹⁾ la ubicación adecuada del ombligo y de la cicatriz son factores clave en la obtención de buenos resultados en abdominoplastia; este autor describe también como mediante la realización de su técnica TULUA, se logra una ubicación baja y estética de la cicatriz.

En resumen, planteamos un marcaje sencillo para la colocación de la incisión abdominal en dermolipectomía abdominal, en el que nuestras referencias anatómicas son el origen del pliegue inguinal, desde el que medimos 3 cm por encima para marcar la incisión suprapúbica horizontal, mientras que las líneas laterales vienen dadas por una línea de referencia en ambos muslos que diseñamos a partir de los deseos del paciente con respecto a su gusto por la altura de su ropa íntima o de baño habituales.

Con el protocolo de marcaje que planteamos, obtuvimos resultados armónicos en la ubicación de la cicatriz de abdominoplastia, logrando un triángulo equilátero invertido entre la incisión suprapúbica del abdomen y ambos pliegues inguinales, y por tanto, una forma geométrica ideal y representativa del pubis.

Además, nuestro marcaje no se ve afectado por las variaciones anatómicas propias de cada paciente, como pueden ser desviaciones de la columna vertebral tipo escoliosis, que colocan ambas espinas iliacas, habitualmente tomadas como referencia, en diferentes posiciones; pacientes postbariátricos, que por el exceso de peso presentan modificaciones óseas; pacientes con pliegue abdominal alto o doble pliegue; o aquellos en los que la zona púbica es más larga o más corta, con exceso de piel o con ptosis.⁽¹⁰⁻¹⁷⁾

Recalcamos siempre la necesidad de personalizar cada incisión para ayudar a ocultarla de acuerdo a las preferencias en el uso de prendas de vestir de cada paciente

En conjunto, y teniendo en cuenta todos los factores mencionados, consideramos que nuestra propuesta permite obtener una cicatriz abdominal con una altura, armonía y geometría del pubis adecuadas, independiente de las variaciones anatómicas y al gusto de cada paciente.

Conclusiones

En la simbología ideal, el pubis se asemeja a un triángulo equilátero, y en nuestro concepto, al realizar la incisión suprapúbica propia de la dermolipectomía abdominal en esta zona, debemos procurar mantener siempre esa geometría.

Determinando un punto de referencia anatómica 3 cm por encima del pliegue inguinal, como punto anatómico de referencia constante en todos los pacientes para posicionar la altura de la incisión suprapúbica, establecemos una posición más aceptable y mejor relacionada con las áreas vecinas. El deseo del paciente sobre la posición en la que prefiere ubicar lateralmente su línea de la ropa interior o de baño, especialmente en las pacientes de sexo femenino en cuanto a la ubicación de la línea del bikini, nos ayuda a determinar la altura lateral de la cicatriz en la prolongación lateral de la misma, y extrapolar contralateralmente esas medidas, nos ayuda a eliminar en cierta medida el factor humano subjetivo y los condicionamientos que una asimetría postural o anatómica del paciente pudieran suponer sobre el resultado final.

Consideramos que la técnica de marcaje para dermolipectomía abdominal que proponemos facilita la confección armónica y simétrica del área púbica en pacientes que se someten a cirugía de remodelación del contorno abdominal, tanto estético como postbariátrico, siendo estos últimos aún más difíciles por la pérdida que habitualmente presentan de las unidades estéticas.

Dirección del autor

Dra. Marisela Cemborain Valarino
Unidad de Cirugía Plástica y Postbariátrica
Centro Diagnóstico Docente Las Mercedes
Caracas 1080, Venezuela
Correo electrónico: tudocora1@gmail.com

Bibliografía

1. **Sanabria J.** Dermolipectomía abdominal. En: Coiffman. Texto de Cirugía Plástica, Reconstructiva y Estética. Tomo II. España: Salvat Editores; 1986. Pp. 1058-1062.
2. **Baroudi RA.** Bicycle-handlebar type of incision for primary and secondary abdominoplasty. *Aesth Plast Surg.* 1995;19:307-320.
3. **Pitanguy I.** Abdominal lipectomy: An approach to it through an analysis of 300 consecutive cases. *Plast Reconstr Surg.* 1967;40(4):384-391.
4. **Regnault P.** The History of Abdominal Dermolipectomy. *Aesth Plast Surg.* 1978; 2:113-123.
5. **Matarasso A, Matarasso D, Matarasso E.** Abdominoplasty Classic Principles and Technique. *Clin Plastic Surg.* 2014; 41: 655-672.
6. **Patronella, C.** Redefining Abdominal Anatomy: 10 Key Elements for Restoring Form in Abdominoplasty. *Aesth Surg J.* 2015;35(8):972-986.
7. **Ballestas-Campo O, Pomerane A.** Abdominoplastia y pexia de pubis: estandarización de medidas. *Cir:plast.iberolatinoam.* 2014;40(2):149-158.
8. **Caldeira A, Carrión K, Jaulis J.** Conceptos prácticos para el tratamiento de las deformidades abdominales complejas. *Cir:plást. Iberolatinoam.* 2018;44(3):269-279.

9. **Villegas F.** TULUA: lipoabdominoplastia de plicatura transversa sin despegamiento supraumbilical. Serie de 176 pacientes. *Cir. plást. Ibero-latinoam.* 2020; 46(1):7-24.
10. **Testut L, Jacob O.** Anatomía topográfica. Tomo II. 8ª edición. España: Salvat Editores; 1982, Pp. 3-4.
11. **Matarasso A.** Abdominoplasty. In: Guyuron B, Achauer BM, Eriksson E, et al, Eds. *Plastic Surgery: Indications, Operations, Outcomes.* Vol. 4. 1ª ed. Philadelphia: Mosby-Yearbook; 2000. Pp. 111-119.
12. **Gonzalez-Ulloa M.** Beltlipectomy. *Brit J Plast Surg.* 1960;13:179-186.
13. **Baroudi R. A Frankplasty:** A specific treatment to improve body contouring. *Ann Plast Surg.* 1991;27:404-420.
14. **Saldanha O, Federico R, et al.** Lipoabdominoplasty. *Plast. Reconstr. Surg.* 2009;124: 934-940.
15. **Nahai F.** Anatomic Considerations in Abdominoplasty. *Clin Plastic Surg.* 2010;37:407-414.
16. **Gutowski K.** Evidence-Based Medicine: Abdominoplasty. *Plast. Reconstr. Surg.* 2018;141: 286e.
17. **Saldanha O, Ordenes A, et al.** Lipoabdominoplasty with Anatomical Definition. *Plast. Reconstr. Surg.* 2020; 146: 766-777.

Comentario al artículo “Propuesta de modificaciones en el marcaje preoperatorio para dermolipectomía abdominal”

Francisco VILLEGAS

Cirujano Plástico, Profesor Universidad del Valle, Tuluá, Colombia.

Felicito a las doctoras Cemborain-Valarino, Rincón-Rubio, Gil-Masroua y Bookaman-Salazar, por su empeño en enseñar a la comunidad médica su propuesta del uso de puntos anatómicos constantes para obtener una cicatriz abdominal ocultable que mantenga la proporcionalidad humana y la anatomía púbica durante la abdominoplastia.

Su argumento del triángulo equilátero invertido como simbología primitiva de feminidad y relacionada con la forma del *mons veneris* de manera ancestral e intercultural, es interesante. La necesidad de tener un área genital frontal de mejor forma y parecida a esa semiótica triangular invertida, puede tener algún valor en nuestros tiempos donde según las autoras “...vemos también una mayor preocupación por lucir esa área con mayores criterios estéticos” ...

Un poco en contradicción, el artículo también pone de manifiesto su desacuerdo con las maneras de planeación de las incisiones que utilizan los pliegues abdominales inferior y pliegue infraumbilical, porque llevarían a la ubicación final de la cicatriz muy alta y difícil de ocultar, dejando a la vista por encima de la cobertura de la ropa interior o traje de baño, además de la cicatriz, la zona pilosa del pubis o área genital que muchas personas consideran impúdicas y no desean que sean vistas.

Por otro lado, la simetría humana, es imperfecta, el eje medio del cuerpo y el ombligo frecuentemente no coinciden con la línea que marca una plomada de albañil.⁽¹⁾ Tampoco coinciden los ejes horizontales que marcan los pliegues inframamarios, los bordes de las crestas ilíacas, o los pliegues inguinales, con el nivel de burbuja que marca un maestro constructor.

La búsqueda de puntos anatómicos constantes que permitan planear y predecir la ubicación de la cicatriz y la forma deseada del pubis parece muy acertada. En su

anatomía de superficie, el muslo se separa de los glúteos, de la zona perianal, del periné, de la zona genital y del abdomen, por un pliegue continuo glúteo-genitocrural-inguinal. El “origen” del pliegue inguinal en el área medial del muslo pareciera difícil de determinar y podría ser dudosa su característica de “constante”, ya que la subjetividad aparece al momento de determinar cuando el pliegue deja de ser genitocrural para convertirse de manera indiscutible en el inicio del inguinal. Pregunto si ¿tienen una manera incuestionable de determinar ese punto de inicio del pliegue inguinal? ya que en él se fundamenta la marcación que dejaría el triángulo púbico de lados y ángulos iguales al final de la cirugía.

Aunque la posición de la horquilla vulvar anterior o la raíz del pene puede variar en cada individuo y el trabajo no los considera adecuados para localizar la altura de la futura cicatriz, su papel protagónico en la genitalidad humana no debería ser ignorado en la planeación de la incisión, ya que la distancia desde ellos hasta la nueva cicatriz puede jugar un papel preponderante en la proporción posquirúrgica obtenida; pregunto si la tracción ejercida hacia arriba sobre el abdomen para determinar la marca superior a 3 cm desde el punto original inguinal, ¿no es similar a la propuesta de Baroudi o de otros autores que realizan tracción hacia arriba en la línea media para ubicar la cicatriz entre 5 y 7 cm del origen de los genitales?

Será interesante saber qué distancias se obtuvieron en esta serie de casos, de la cicatriz a los genitales, del punto de planeación en el origen del pliegue inguinal a la incisión, y sobre todo cuáles son las medidas absolutas logradas en las dimensiones triangulares de los pubis operados. Una adición de estos datos va a engrandecer la calidad del escrito y despejará dudas.

El trabajo recalca la necesidad de personalizar cada incisión para ayudar a ocultarla de acuerdo a las prefe-

rencias en el uso de prendas de vestir de cada persona y es el paciente quien la determina, señalando con el dedo, la altura de la incisión en la parte lateral. De acuerdo a los métodos descritos, el trazado de una línea horizontal en los muslos sirve de referencia para establecer la simetría de las prolongaciones laterales de la incisión que así posiblemente queden alineadas con el horizonte ideal, sobre todo si se usa un nivel de agua, pero ¿podrían estas referencias estar desalineadas de la anatomía individual de cada paciente?

¿De acuerdo al protocolo podrían crearse incisiones bien geo-orientadas, pero, a lo mejor, a distinto nivel de las crestas iliacas o de los pliegues inguinales que son usados por la mayoría de los autores, y serán las referencias que verá cada paciente cuando juzgue sus propios resultados?

Los autores que realizamos la marcación realizando tracción fuerte hacia arriba estamos pensando en la posición definitiva de la cicatriz en el largo plazo, para que esta sea ocultable por la las prendas de vestir. Varias técnicas han permitido mantener la cicatriz baja como una pequeña “T” invertida (igual a la que se ve en la Fig. 9. Caso 2) o usando otras modificaciones que descargan la tensión en otras áreas y tejidos profundos, como la alta tensión lateral y la plicatura transversal TULUA.⁽²⁻⁴⁾

Sin olvidar que la abdominoplastia tiene efectos de elevación, tensión y cambio de forma genital, que pueden ser benéficos en muchos casos, y aunque exista una tendencia a que el área genital sea expuesta, pareciera más importante que ella esté en buena posición y no tenga volumen visible con ropa ajustada, lo cual puede ser previsto y tratado durante la cirugía. De igual manera es importante en el resultado final la proporcionalidad del tamaño y altura púbicas, con respecto a la altura umbilical que en algunas técnicas puede ser ajustada con total

libertad como en las abdominoplastias con neoumbilicoplastia y no dejada al azar como en la mayoría de técnicas de exteriorización umbilical.⁽⁵⁾

La búsqueda de parámetros geométricos y de proporcionalidad corporal pueden ser aplicados a la planeación y ejecución de la mayoría de cirugías plásticas y los conceptos de recuperación de la forma anatómica ideal con cicatrices ocultables y en límites de las unidades estéticas, que bien pueden acomodarse a la figura del triángulo equilátero en *el mons veneris* femenino, reflejan la búsqueda incesante de parámetros para la realización de nuestras cirugías. Agradecería a las autoras la resolución de las inquietudes que seguramente también serán las de los lectores y reconozco su empeño en la publicación de su experiencia en esta indagación continua de nuevas soluciones a viejos problemas comunes.

Bibliografía

1. **Villegas F.** Segundos tiempos quirúrgicos después de abdominoplastia y liposucción *Rev.Col. Cir. Plast. Reconstr.* 2011; 17 (1): 47-58.
2. **Lockwood T.** High-lateral-tension abdominoplasty with superficial fascial system suspension. *Plast Reconstr Surg.* 1995;96:603-615.
3. **Villegas-Alzate FJ, Blugerman G, Vera-Cucchiario J, Cárdenas-Camarena L, Uebel CO, Schavelzon D, Moretti E, Elena E, Elmeligy A, Danilla S.** TULUA Lipoabdominoplasty: Transversal Aponeurotic Plication, No Undermining, and Unrestricted Liposuction. A Multicenter Study of 845 Cases. *Plast Reconstr Surg.* 2021;148:1248-1261.
4. **Hoyos A, Perez ME, Guarín DE, Montenegro A.** A Report of 736 High-Definition Lipoabdominoplasties Performed in Conjunction with Circumferential VASER Liposuction. *Plast Reconstr Surg.* 2018;142:662-675.
5. **Villegas-Alzate FJ.** Umbilicus and Scar Positioning During Abdominoplasty: Main Determinants of Results. Chapter 5 in Murrillo W (ed.), *Omphaloplasty a surgical guide to the umbilicus*, Springer International Publishing AG, part of Springer Nature 2018W Pp. 41-70. ISBN 978-3-319-64312-0.

Respuesta al comentario del Dr. Villegas

Marisela CEMBORAIN VALARINO

Estimado y respetado Dr. Villegas, agradecemos ampliamente sus acertados comentarios, basados además en su amplísima experiencia en el tema.

Nunca vamos a encontrar la manera ideal para obtener resultados perfectos, todos intentamos lograr resultados buenos y aceptables y principalmente armónicos.

La insistencia en lograr un triángulo equilátero para armonizar al pubis resultante de una cirugía abdominal, nos llevó a utilizar como referencia la raíz del muslo; aún sabiendo que puede haber algún grado de subjetivi-

dad en describir con exactitud el parámetro anatómico, nos sirve visualmente para plantear la altura del triángulo que queremos reproducir, pudiendo desplazar un poco ese punto acorde a las dimensiones y anatomía de cada paciente.

Al ubicar esos 3 cm bajo tracción hacia arriba, encontramos en los pacientes diferentes alturas desde el origen de los genitales, variando desde 5 cm hasta 9 cm en diferentes pacientes.

Si por ejemplo, en ese paciente que logramos un triángulo equilátero, con la distancia de 9 cm del origen

de los genitales, hubiésemos colocado 5 cm, ya no hubiésemos obtenido el triángulo deseado.

Encontramos más estable y replicable la ubicación de la altura de la base de nuestro triángulo; proyectando los 3 cm desde la raíz del muslo, logramos de manera más constante la geometría esperada, quizás ciertamente,

aplicando un poco “la mano alzada”, como los artistas plásticos.

Seguiremos todos intentando métodos que nos permitan obtener mejores resultados y complementándonos, que siempre será lo más importante.

Un fuerte abrazo y mi admiración

