

Título: DEFORMIDADES ABDOMINALES

Autores:

Dra. Luz Divina López Cabrera

Especialista de 2º Grado en Cirugía Plástica y Caumatología. Profesora Auxiliar. Investigadora Titular.

MsC. Dra. Heizel Escobar Vega.

Especialista 1er. Grado en Cirugía Plástica y Caumatología. Máster en Urgencias Médicas. Profesora Auxiliar

Dr. Julián Valdivia Llanes,

Especialista de 1er. Grado en Cirugía Plástica y Caumatología .Profesor Asistente

Servicio de Cirugía Reconstructiva y Quemados
Email: cplastica@hha.sld.cu

Introducción

La integridad de una persona se expresa en una relación equilibrada entre los elementos corporales, psicosociales e intelectuales de su vida. Existe un binomio autoimagen-autoestima, cuya integridad es sinónimo de salud.

En el año 1986 se efectuaron 7 248 intervenciones de Cirugía Reconstructiva y Estética a nivel nacional. En el año 2007 el número de intervenciones de Cirugía Plástica se elevó a 17,000 a nivel nacional, mientras que las de nuestro hospital , del total de la especialidad, el 69.3% se relacionan con cirugía estética, lo que coincide con lo reportado en otras naciones. Profundizando en estos aspectos, observamos que el 41,5% correspondió a las intervenciones sobre abdomen, lo que demuestra la actualidad del interés por el tema.

La preocupación sobre la estética corporal abdominal inicialmente se basaba en la utilización de aditamentos externos y posteriormente comenzaron las resecciones parciales de la pared abdominal, hasta llegar a los métodos actuales.

Básicamente, existen tres variantes de deformidades abdominales, que constituyen los principales motivos de consulta.

- Abdomen globuloso
- Abdomen flácido
- Abdomen péndulo

La diversidad de las deformidades abdominales determina que sean numerosas también las técnicas empleadas para corregirlas, por lo que se hace necesario escoger la mas adecuada para cada variante de la deformidad, con la finalidad de obtener los mejores resultados desde el punto de vista estético y funcional, tener un mínimo de complicaciones, reducir la estadía hospitalaria y disminuir los costos relacionados con la aplicación de dichas técnicas.

Objetivos:

- Establecer una Metodología de Trabajo para el Cirujano plástico general en relación a las deformidades abdominales.
- Identificar las características Clínicas de las deformidades abdominales.
- Orientar debidamente los estudios a realizar en estos pacientes.
- Determinar las interconsultas que requieran los pacientes portadores también de otras afecciones.
- Seleccionar y realizar la técnica quirúrgica adecuada a cada paciente.

- Identificar las características Clínicas de las deformidades abdominales.
- Orientar debidamente los estudios a realizar en estos pacientes.

Desarrollo

CRITERIOS DIAGNÓSTICOS

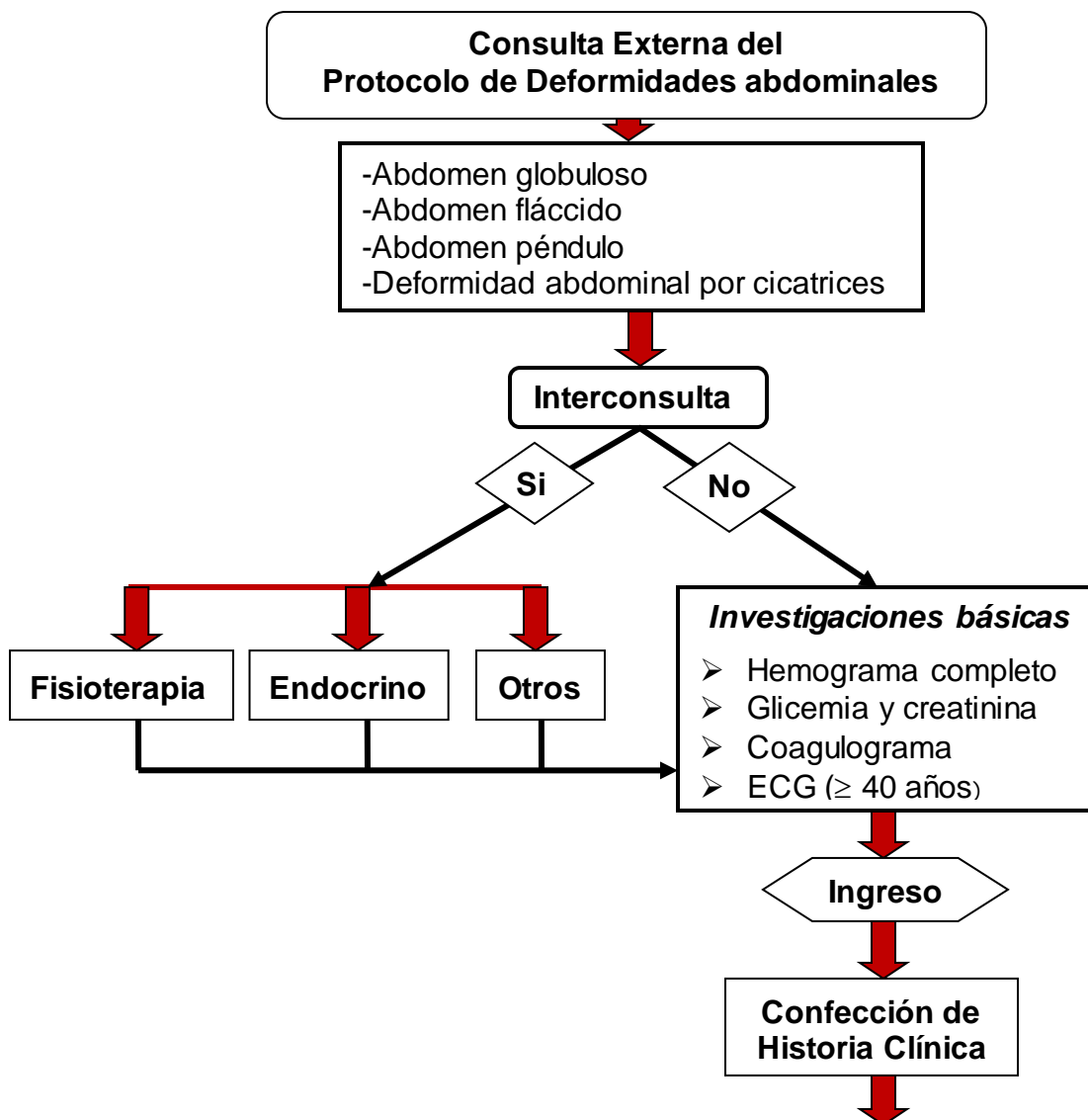
El abdomen globuloso se caracteriza por un aumento de volumen generalizado, con predominio de diámetro anteroposterior, puede haber panículo adiposo aumentado, y observarse piel sana, pero con mayor frecuencia, grietas o verjetures. Es necesario un examen físico cuidadoso para descartar la presencia de masas o tumoraciones intraabdominales que conduzcan a un diagnóstico erróneo.

El abdomen flácido presenta un predominio de piel redundante, generalmente poco aumento del panículo adiposo, piel con signos de envejecimiento dados por la presencia de grietas o verjetures que demuestran el sufrimiento de la misma, lo que ocurre con frecuencia después del aumento brusco de volumen ocasionado por la gestación.

El abdomen péndulo muestra un incremento generalizado de piel y tejido adiposo, formando un delantal que cae sobre el pliegue pubiano, pudiendo llegar hasta las rodillas. La piel puede estar dañada o no, según sus características. Aquí también es necesario un examen cuidadoso con el fin de descartar la presencia de lesiones tumorales intraabdominales o hernias de la pared abdominal.

Las deformidades abdominales se tratan utilizando diversas técnicas quirúrgicas, de acuerdo a las mismas, por lo que aplicamos las que consideramos de mejores resultados tanto como funcionales como estéticos como son las técnicas escisionales y la liposucción o la combinación de estas, además de tratar patologías asociadas como por ejemplo las hernias abdominales

ALGORITMO DE LA ATENCIÓN DE PACIENTES CON DEFORMIDADES ABDOMINALES





RECOMENDACIONES TERAPÉUTICAS

Tratamiento higiénico dietético

- Dieta libre
- Rasurar pubis
- Colocar vendaje elástico en miembros inferiores.

Tratamiento médico medicamentoso

- Tratamiento de enfermedades crónicas que no contraindiquen la operación
- Cefazolina 1 g IM 6:00 AM y 1 g EV transoperatorio y postoperatorio 1g EV
- Diazepam 1 tab a las 9pm

TERAPIA OPERATORIA

Procedimiento quirúrgico

- Dermolipectomía abdominal con plicatura de la fascia del recto abdominal, con o sin liposucción de flancos.

Indicaciones específicas

- Lipodistrofia abdominal con piel redundante.

Indicaciones

- Paciente con abdomen péndulo y panículo adiposo grosor normal o > 3 cm
- No fumadores
- Índice de masa corporal (IMC) entre 25 y 30.
- Ausencia de patología psiquiátrica
 - Enfermedades crónicas que contraindiquen el tratamiento quirúrgico

Planificación preoperatorio

- Fotografía del tronco de frente, perfil y oblicuo.
- Paciente en bipedestación.
- Marcaje del surco suprapúbico.
- Determinación de la ubicación de espinas ilíacas ántero-superiores y periferia umbilical.
- Determinación de la línea alba del apéndice xifoides a la sínfisis del pubis.
- Paciente en decúbito supino y piernas en semiflexión.
- Si panículo adiposo mayor de 3 cm de grosor: señalamiento de las zonas donde se realizará lipoaspiración.
- Se realiza deslizamiento de tejido redundante sobre surco suprapúbico.
- Determinación de tejido a resecar.
- Marcaje a todos los puntos señalados con tinta indeleble.

Técnica quirúrgica

- Asepsia y antisepsia de la piel
- Colocación de paños de campo.
- Paciente en decúbito supino con ligera flexión de miembros inferiores.
- Paciente bajo anestesia peridural alta, raquídea o general endotraqueal.

- Incisión periumbilical.
- Liberación del ombligo.
- Incisión en línea de surco suprapúbico.
- Decolamiento hasta apéndice xifoides y arcos costales inferiores.
- Hemostasia por electrocoagulación.
- Plicaturas de fascia de rectos abdominales y/u oblicuos según requerimientos con sutura sintética no absorbible 1-0 ó 0.
- Resección de exceso de piel.
- Exteriorización umbilical en su nueva ubicación.
- Colocación de drenaje aspirativo.
- Cierre por planos

TCS con sutura sintética absorbible 0 , 2-0, 3-0

.Piel con sutura sintética no absorbible 2-0 ó 3-0

.Colocación de faja abdominal.

- Si panículo adiposo con grasa > 3 cm:

Se inicia proceder quirúrgico realizando infiltración de solución de Klein en zonas a lipoaspirar y posteriormente se procede a la lipoaspiración de las diferentes áreas a tratar, utilizando como vía de abordaje la incisión de piel.

Cuidados postoperatorios (común para todas las técnicas quirúrgicas)

.Cefazolina 1 g EV a las 9:00 PM.

- Analgesia .
- Reposo en decúbito supino, posición de William (flexión ligera de rodillas)
- Vigilar contenido de depósito de drenajes.
- Retirar drenaje según contenido de reservorios.

- Vigilar aumento de volumen de región abdominal.
- Vigilar hemoglobina y Hto postoperatorio según criterio médico.
- Movilización pasiva en cama y levantar al día siguiente de operada.

Mantener vendaje elástico en miembros inferiores.

Seguimiento

- Vigilar estado de la herida y afrontamiento de los bordes.
- Valoración inicial diaria por 72 horas
- Valoración una vez por semana durante un mes, y después cada 3 meses, hasta cumplir 12 meses.

.• Retirar puntos a partir de los 14 días.

.Mantener faja por 6 meses, retirando para el aseo

- Si procedimiento lipoaspirativo:

.Mantener faja compresiva por 72 horas.

.Después retirar solo por aseo y cura local.

.Uso mantenido durante 6 semanas.

.Fisioterapia (fonoforesis, drenaje linfático manual)a partir de los 10 días de realizado el tratamiento quirúrgico.

PROCEDIMIENTO QUIRÚRGICO

- Minidermolipectomía abdominal con o sin lipoaspiración.

Indicación específica

- Lipodistrofia abdominal infraumbilical.

Indicaciones

- Paciente con panículo adiposo > 3 cm y piel normal.
- Paciente con panículo adiposo < 3 cm y piel normal.
- Paciente con condiciones anterior + diastasis de los músculos rectos infraumbilical.
- Pacientes no fumadores.
- Índice de masa corporal (IMC) entre 18 a 30.
- Enfermedades que contraindiquen el tratamiento.

Enfermedades psiquiátricas

Preoperatorio (ver técnica anterior)

Planificación preoperatorio

- Foto preoperatorio de frente, oblicua y perfil.
- Paciente de pie para marcaje de surco suprapúbico.
- Paciente en decúbito supino.
- Determinación de la zona de piel y TCS a resecar.
- Si panículo adiposo >3 cm: marcar zonas a lipoaspirar con tinta indeleble

Técnica quirúrgica

- Paciente en decúbito supino con miembros en ligera flexión.
- Anestesia peridural alta, raquídea o general endotraqueal.
- Asepsia y antisepsia de la piel.
- Colocación de paños de campo.
- Cefazolina 1 g EV transoperatorio.
- Incisión en surco suprapúbico y área a resecar.

- .Si panículo adiposo > 3 cm: lipoaspiración previa de zonas marcadas, previa infiltración de solución de Klein.
- .Decolado del colgajo hasta región umbilical.
- .Hemostasia cuidadosa.
- .Plicatura infraumbilical de la aponeurosis de la fascia de los rectos
- .Resección de exceso de piel y TCS.
- .Colocación de drenajes espirativos.
- .Afrontamiento por planos con sutura sintética absorbible 2-0 y 3-0.
- .Cierre de piel con sutura sintética no absorbible.
- .Si altura del ombligo mayor de 3 cm:
 - .Translocación umbilical con sección de pedículo umbilical.
 - .Reubicación del ombligo en línea media a no menos de 10 cm del surco suprapúbico con sutura sintética no absorbible 2-0 ó 3-0.
- . Faja compresiva en el quirófano.

Indicaciones postoperatorias (ver técnica anterior)

Seguimiento (ver técnica anterior)

PROCEDIMIENTO QUIRÚRGICO

- Dermolipectomía invertida

Indicaciones específicas

- Lipodistrofia y flacidez abdominal supraumbilical.

Indicación

- Paciente con panículo adiposo de \pm 2 cm de grosor, flacidez abdominal supraumbilical con pared muscular normal.

- Paciente con panículo adiposo > 3 cm con flacidez y piel redundante con pared muscular normal.
- Paciente con panículo adiposo de grosor normal o > 3 cm con piel normal y diastasis de los músculos rectos abdominales supraumbilical.
- Paciente con cualquiera de las variantes anteriores y mamas flácidas o hipotrofias.
- Índice de masa corporal (IMC) entre 18 y 30
- Ausencia de patología psiquiátrica.
- Paciente no fumadores.
- Enfermedades que contraindiquen el tratamiento.

Indicaciones preoperatorios (ver técnica anterior)

Planificación preoperatorio

- Fotografía de frente, oblicua y perfil.
- Paciente de pie o sentada.
- Marcaje del surco submamario bilateral.
- Marcaje de la línea media del apéndice xifoides al ombligo.
- Paciente en decúbito supino.
- Calculo por desplazamiento superior del tejido en exceso.
- Marcar con tinta indeleble líneas y puntos referencia y/o zonas liposucción.

Técnica quirúrgica

- Paciente en decúbito supino.
- Anestesia regional o GOT.
- Asepsia y antisepsia de la piel.

- Colocación de paños de campo.
- Cefazolina 1 g EV transoperatorio.
- Incisiones bilaterales en surco submamario que se unen la línea media.
- Decolado del colgajo abdominal superior hasta nivel del ombligo o por debajo de este si es necesario.
- Hemostasia cuidadosa.
- . Si diastásis de los músculos rectos: plicatura en línea media con sutura sintética no absorbible 1-0 , 0 y 2-0
- . Si flacidez supraumbilical marcada: liberación y transposición umbilical con cierre directo de la zona de ubicación inicial.
- Cálculo del exceso tejido a reseca, teniendo en cuenta la simetría bilateral.
- Resección del tejido redundante.
- Colocación de drenaje espirativo.
- Cierre por planos de la zona
- Cierre de TCS con material sintético absorbible 0, 2-0 y 3.0
- Cierre de piel con sutura intradérmica de material sintético no absorbible 2-0 o 3-0
- Colocar faja en el quirófano en todos los casos.

Indicaciones postoperatorias (ver técnica de dermolipectomía abdominal)

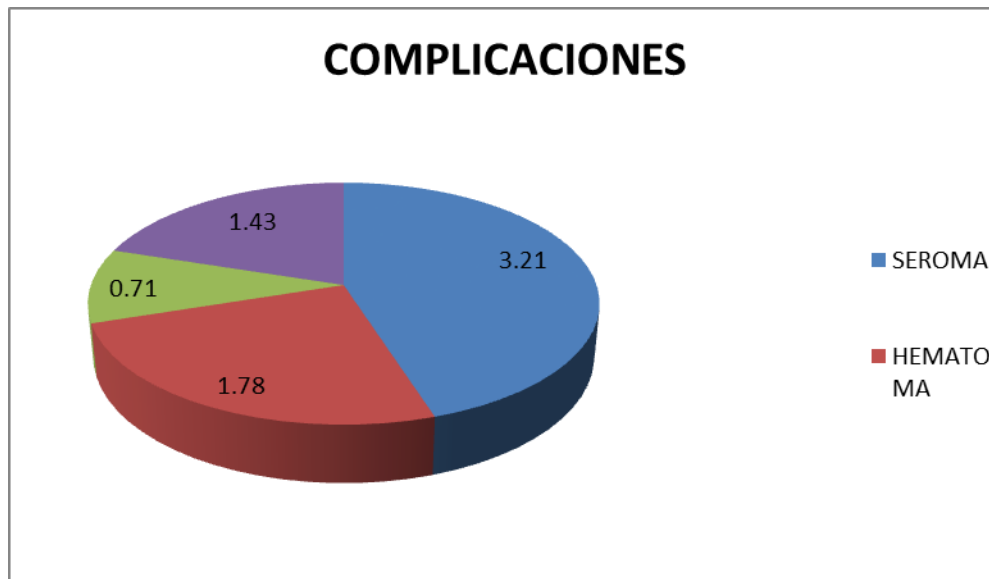
- Reposo en decúbito supino con posición William y Fawler.

Seguimiento

- Vigilar estado de la herida y afrontamiento de los bordes.
- Valoración inicial diaria durante 72 horas
- Valoración semanal durante un mes, después cada 3 meses, hasta los 12 meses

- Retirar puntos a partir de los 14 días.
- Mantener faja durante 6 meses en todos los casos.
- Fotografía de control de frente, oblicua y perfil a los 6 meses.

Gráfico 1. Distribución de las complicaciones postoperatorias según número de pacientes. Servicio de Cirugía Plástica. Hospital Hermanos Ameijeiras.2015-2016.



Fuente: Base de datos de protocolización. Servicio de Cirugía Reconstructiva y quemados. Hospital "Hermanos Ameijeiras".

INDICADORES

Indicadores de Estructura	Estándar
Recursos humanos	-
% de personal calificado disponible para la aplicación del PA	>95%
Recursos materiales	
% de disponibilidad de los estudios necesarios en laboratorio, según PA	>90%
% de disponibilidad de equipos médicos para la aplicación del PA	>90%
% de disponibilidad de salón de operaciones	>95%
% de medicamentos, prótesis expansivas y definitivas de mama y otros insumos necesarios para la aplicación del PA	>95%
Recursos organizativos	
% de planillas para la recogida de datos	100%
% de planillas en base de datos electrónica	100%
Indicadores de Procesos	Estándar
% de pacientes diagnosticados en consulta central del Servicio	90%
% de pacientes diagnosticados, operados y remitidos desde otros Centros, para su reconstrucción	<40%
% pacientes con seguimiento en consulta especializada, según plan	>90%
Indicadores de resultados :	
% de pacientes con cumplimiento de la conducta quirúrgica establecida	100%

% de pacientes que cumplieron la estadía <5 días, según fue establecida en el PA	>95%
% de pacientes con resultados estéticos-funcionales satisfactorios	>90%
% de pacientes satisfechos con los resultados estéticos	>95%
% de pacientes que presentaron complicaciones por sepsis	0%
% de pacientes fallecidos en el periodo posoperatorio	0%

Bibliografía

Fakhouri, T. M., Mehregan, D. A. and Barone, F. (2012). Laser-assisted lipolysis: a review. *Dermatol Surg*, 38(2),155-169. doi: 10.1111/j.1524-4725.2011.02168.

Gordon, J. B. (2002). Liposuction trunk. *Med J*, 3, 50-58.

Grazer, F. M. Contorneado del cuerpo. En: McCarthy, J. G. (1994). *Cirugía plástica. tronco y extremidades inferiores*. Buenos Aires: Panamericana. pp.283-346.

Illouz, I. G. (1994). Lipoplastia y cirugía de la silueta. En: Coiffman F. *Cirugía plástica reconstructiva y estética*. 2.da ed. Barcelona: Masson-Salvat. pp. 721-50.

La Trenta, G. S. (1994). Suction asisted lipectomy. In: Rees, T. D, La Trenta G. S. *Aestheticplastic surgery*. New York: Saunders. pp.1179-1204.

Pitman, G. and Holzer, J. (1991). Safe suction: fluid replacement and bloodloss parameter. *Perspect. Plast Surg*, 81-9.

Robles Cervantes, J. A, Castillo Salcedo, T., Guerrerrosantos J, et al. (2010). Behavior of visfatin in nonobese women undergoing liposuction: a pilot study. *Aesthet Surg J*, 30(5), 730–732. doi: 10.1177/1090820X10381990:

Santana, S. y Espinosa, A. (2003). Composición corporal. *Acta Med*, 11(1), 26-37

Tintoré, J. C. (2003). Cirugía del contorno corporal: liposucción. En: *Manual de cirugía plástica*. España: Sociedad Española Cirugía Plástica Reparadora. pp.1-5.

Wells, J. H. and Hurvitz, K. A..(2011). An evidence-based approach to liposuction. *Plast Reconstr Surg*, 127(2), 949-954. doi: 10.1097/PRS.0b013e318204afaf.