

Artículos Científicos

ABDOMINOPLASTIA Y LIPOSUCCIÓN O LA BATALLA CONTRA EL SEROMA



Dr. Juan M. Cervilla Lozano

Resumen

En este trabajo se expone la experiencia, tras 22 años realizando abdominoplastia y liposucción. Las principales complicaciones, como evitarlas, las técnicas aprendidas de otros autores y los resultados obtenidos.

En concreto se recogen 46 pacientes intervenidos en los últimos 5 años en los que se aplican diversas técnicas quirúrgicas conjuntas: 1º preservación de linfáticos subfasciales, 2º despegamientos limitados y 3º puntos de anclaje del colgajo a fascia. Para minimizar las complicaciones post-operatorias y en particular la aparición del seroma.

La conclusión de este trabajo es que actualmente el planteamiento de una abdominoplastia sin realización de liposucción simultánea es en muchos casos una intervención incompleta, con resultados insatisfactorios para el paciente. Pudiendo por el contrario ser una técnica segura con un grado de satisfacción alto para el médico y el paciente, si se aplican las técnicas adecuadas.

Introducción

Hace algo más de 25 años cuando las nuevas técnicas de infiltración (Klein) (1) permitieron liposucciones menos agresivas empezamos a tener claras algunas cosas y una de ellas era que si se asociaba la abdominoplastia a la liposucción se podía mejorar el resultado, pero también podía acarrear importantes complicaciones linfo-vasculares, en concreto la aparición del seroma postoperatorio.

Cuando empezamos nuestra práctica como especialista constatamos repetidamente que al realizar esta técnica se solucionaban los problemas de descolgamiento abdominal en el abdomen péndulo, pero en los casos moderados, al no

realizar liposucción los pacientes no quedaban satisfechos.

Por eso la publicación de C. Le Luarn en 1992 "Parcial Subfascial Abdominoplasty" (2) sobre la preservación del tejido graso profundo por debajo de la fascia de escarpa, cuyo objetivo era preservar gran parte del tejido linfático y disminuir la tasa de incidencia en la aparición de seromas fue acogida con entusiasmo.

En mi practica habitual pasé de tener seromas del 50% al 25% de los pacientes en los que realizaba simultáneamente abdominoplastia y liposucción lo cual fue para mí un paso importante. Pero no conseguí una tasa tan baja de seromas como Le Luarn señalaba en su trabajo.

"El caso era que seguía teniendo seromas".

Nueve años después en el 2001 el Dr. Saldanha publicó su técnica de liposucción masiva y abdominoplastia "Lipoabdominoplastia" (3) (con prácticamente 0% de seromas). Me pareció una técnica genial y durante años estuve practicando esta técnica. Con ella aprendí a preservar la vascularización de la pared abdominal mediante despegamientos mínimos. El problema era que a la hora de realizar la plicatura supraumbilical estaba muy limitado, realizando en ocasiones plicaturas incompletas puesto que los despegamientos se minimizan, además se aumentaba el tiempo quirúrgico ya que las liposucciones infraumbilicales han de ser exhaustivas para la realización adecuada de la técnica. Años antes en 1988 el Dr. Baroudi (4) había publicado una técnica mediante anclaje del colgajo a la fascia abdominal mediante unos puntos en "Capitoné" que él aplicaba tras los despegamientos para volver a pegar literalmente los colgajos y que él llamaba los puntos de Baroudi.

Modifiqué la técnica de Saldanha realizando solo liposucción supraumbilical y despegamiento subfascial infraumbilical según Le Luarn respetando los linfáticos subfasciales a la vez que

realizaba un despegamiento estrecho supraumbilical hasta el apéndice xifoides para realizar una buena plicatura y cerrar todo el despegamiento con los famosos puntos de Baroudi. Esto me dio excelentes resultados.

Finalmente hace un par de años en el curso del Dr. Pascal en Lyon constate que este despegamiento lo más estrecho posible no solo era parte de la evolución de la técnica del Dr. Le Luarn (5) sino que además le habían puesto nombre "despegamiento en torre Eiffel".

Lo cierto es que la combinación de estas técnicas durante los últimos 5 años me han bajado la incidencia de seromas a 0% realizando liposucciones extensas supraumbilicales de flancos e incluso de espalda en la misma intervención.

Material y métodos

Han sido 46 pacientes operados de abdominoplastia en los últimos 5 años utilizando esta combinación de técnicas, con muy pocas complicaciones y sin seromas.

No se incluyen en este grupo los pacientes intervenidos únicamente con la técnica de Saldanha.

Cada vez que realizo una abdominoplastia se me viene a la cabeza el Dr. Le Luarn y su torre Eiffel y a modo de regla nemotécnica he ido estableciendo analogías morfológicas - anatómicas con este monumento, que paso a describir en 7 puntos.

I. Incisión

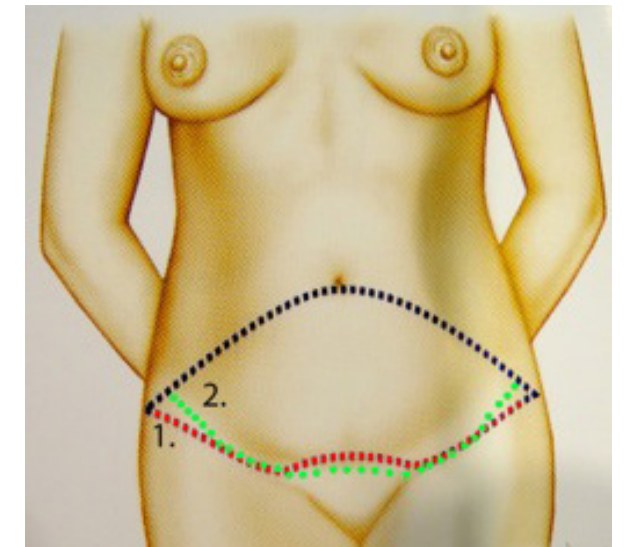
Empecemos por la base.

Realizamos la incisión siempre lo más baja posible a nivel suprapúbico en el pliegue natural que forma el monte de venus en su parte más alta y continuo hacia ambos lados por el pliegue inguinal hasta la espina iliaca antero-superior sin continuar más allá. Es lo más parecido a la incisión de Baker (6) pero más corta y algo más recta en el monte de venus (Fig. 1).

Si no tengo piel suficiente para poder cerrar cuando realizo la exéresis desde el ombligo hasta la incisión, cierro el ombligo, pero nunca elevo la incisión inferior ya que es mucho mejor una incisión vertical en la zona central del monte de venus que será inapreciable a medio plazo que una cicatriz alta, este es uno de los motivos de insatisfacción de muchas pacientes ya que las limita a la hora de utilizar prendas de vestir, principalmente las de playa.

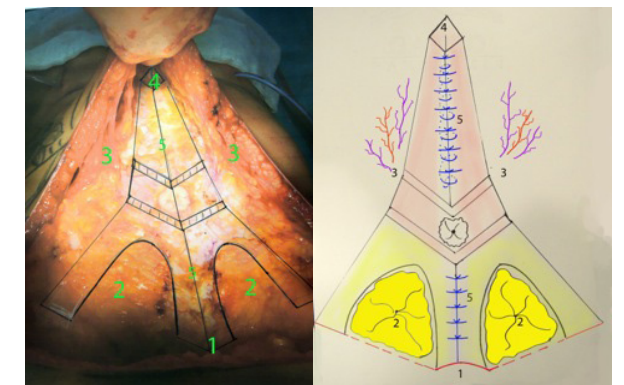
II. Preservación de linfáticos subfasciales.

Si contemplamos la torre Eiffel por la arista de uno de sus lados observaremos dos grandes arcos coronados por el primer piso de la estructura (Fig.2). Esto sería comparable al despegamiento subfascial (fascia de escarpa) realizado para la preservación de los linfáticos superficiales (Fig.3) Le Luarn (2). Quedando a modo



(Fig. 1) 1. Incisión de Baker. 2. Más corta y más aplanada.

de dos rosetones ambos arcos separados por el pie de la arista que corresponde a la fascia alba de donde es retirada la grasa para poder realizar la plicatura infraumbilical (Fig.2).



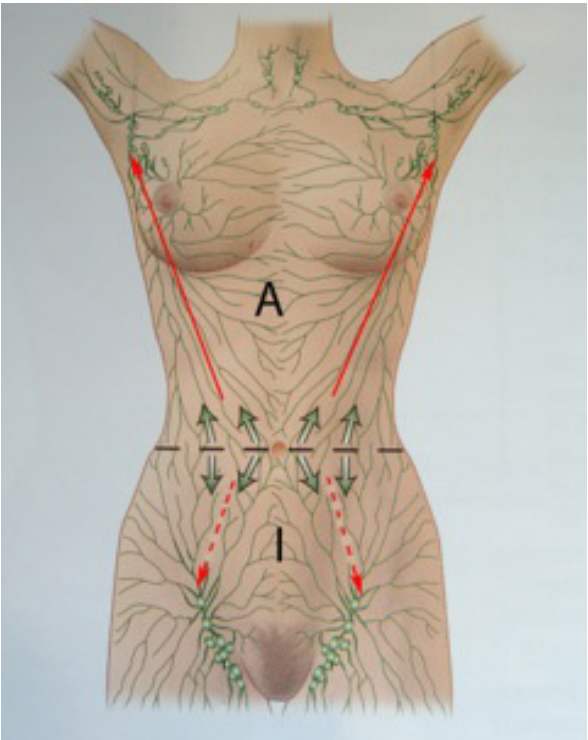
(Fig. 2). Despegamiento del colgajo con la torre Eiffel superpuesta:

1. Base: Incisión. 2. Grasa subfascial para la preservación vasos linfáticos
3. Preservación vascular de perforantes 4. Apéndice xifoides límite del despegamiento sup 5. Plicatura supra e infraumbilical.

III. Disección Umbilical

Antes de la disección umbilical profundizamos hasta la fascia abdominal. Quedaría por tanto el ombligo situado entre el primer y el segundo piso de la torre de manera figurada (fig. 2). A medida que estrechamos el despegamiento para preservar la vascularización del colgajo supraumbilical. Respetamos la perforantes provenientes de la musculatura de los rectos tributarias de la arcada epigástrica profunda así como la epigástrica superficial superior tributaria a su vez del plexo vascular de la arteria inframamaria (Fig. 4). De esta manera aseguramos la alimentación del colgajo mediante una disección supraumbilical lo más estrecha posible (7). Este paso para

preservar la alimentación del colgajo lo relacionamos con el segundo piso del monumento y hablando de alimentación allí se encuentra uno de los mejores restaurantes de París. (Fig. 2).



(Fig. 3) Drenaje linfático abdominal tras abdominoplastia. A: Axilar I: inguinal preservamos parte de éste mediante la conservación de linfáticos subfasciales (Tec. de Le Luarn).

IV. Límite superior de la disección

Seguimos ascendiendo y estrechando la zona a despegar hasta el apéndice xifoides, que coincidiría con el faro de dicha torre, señal inequívoca de que el despegamiento ha sido correctamente completado (Fig. 2) y señal inequívoca a su vez de la noche parisina.

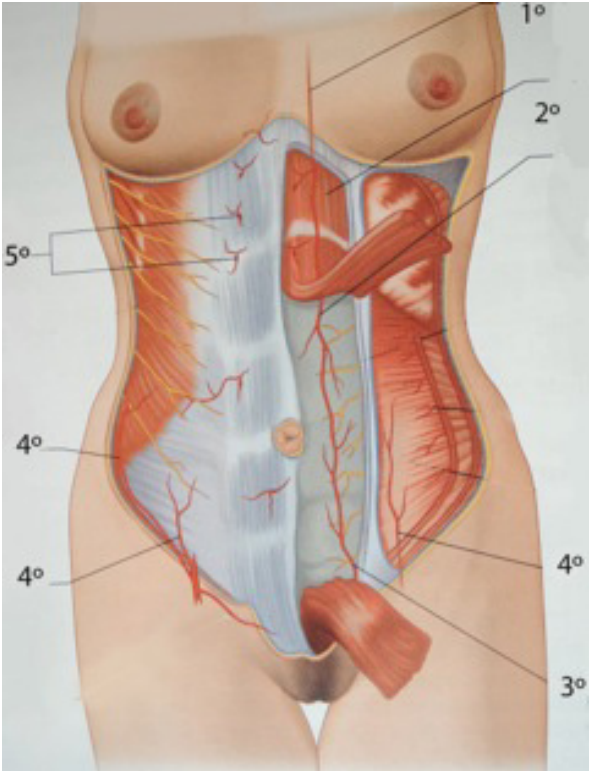
V. Plicatura supraumbilical

La realizamos con más tensión que la infraumbilical a puntos sueltos ambas y posteriormente reforzamos la plicatura superior con una continua de Vicryl del 1. Preferimos que la protusión visceral proyecte la zona infraumbilical antes que la supraumbilical (las pacientes odian esta protusión por encima del ombligo) (Fig. 5) una cierta proyección infraumbilical es más estética y fisiológica que al contrario.

VI. Puntos en Capitoné o de Baroudi

Finalmente suturamos todos los espacios de la plicatura

supraumbilical y del despegamiento infraumbilical con puntos de Baroudi con Vicryl del 2. o para evitar espacios muertos. Además tiene la ventaja que nos permite un cierre sin tensión ya que toda la tensión del colgajo queda recogida en estos puntos mejorando enormemente el resultado de la cicatriz. Sobre la re-inserción del ombligo existen muchas maneras diferentes yo realizo la incisión en "saddle mouth" o boca triste angulando el pediulo ligeramente hacia arriba pero en esto, creo que cada uno tiene sus preferencias.



(Fig. 4) Vascularización arterial pared abdominal. 1º Epigástrica superior tributaria de mamaria interna. 3º Epigástrica inferior. 2º De la arcada epigástrica parten los vasos perforantes. 5. Circunfleja superficial.

VII. Cierre

Finalmente cerramos frunciendo la piel del colgajo superior hacia la zona central. Esto nos permite no prolongar la incisión más allá de la espina iliaca antero superior evitando las orejas de perro. Este fruncido inicial desaparece por completo en mes y medio.

El 99% de los pacientes intervenidos en los últimos 20 años son anestesiados mediante anestesia intra-dural, infiltración local tumescente y sedación. El tiempo quirúrgico se estima en una media de 150min. Dejamos drenajes 24-48 h y los retiramos antes del alta hospitalaria. Las colecciones obtenidas son tan pequeñas que a veces dudamos sobre la necesidad de su utilización.



(Fig. 5) Aparición de la proyección supraumbilical por plicatura incompleta superior o excesiva tensión inferior.

Practicamos movilización precoz de todos los pacientes operados a las 6-12 horas de la intervención. En los pacientes que lo requieren anticoagulamos con heparinas de bajo peso molecular (Hibor a las 6 horas de la intervención y Clexane durante 5 días). Siempre aplicamos antibioterapia intraoperatoria 2gr Cefuroxima Axetilo iv.

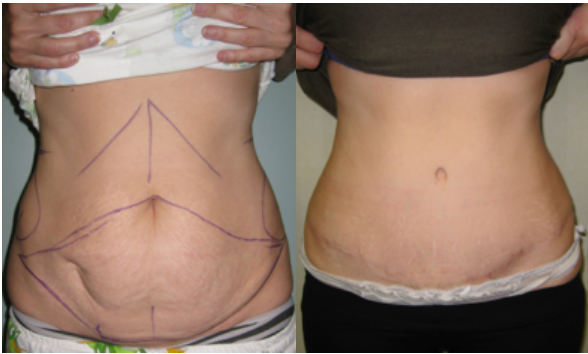
Se aconseja presoterapia un mes a todos los pacientes.

Resultados

El total de pacientes operados fue de 46 en los últimos 5 años. (2011-2015) El seguimiento se hizo durante 12 meses mínimo en la totalidad de los pacientes. Hemos de destacar la ausencia de seromas.

Las complicaciones fueron una necrosis de la porción central de la herida de 2cm de anchura por 7 de longitud en una de las pacientes que se resolvió mediante exéresis de los bordes (Friederich) y sutura. Es de señalar que esta paciente había sido intervenida previamente de dos cirugías con afectación de la pared abdominal. Dos casos de cicatrización deficiente que se resolvieron mediante re-extirpación de la herida pasados el año y medio. Pérdidas de sensibilidad en la porción infraumbilical intermedia que es casi inherente a este tipo de cirugía, pero que mejoran con el tiempo.

La satisfacción de los pacientes a medio largo plazo fue de más del 95% de los pacientes operados siendo mayor para este tipo de intervención si la comparamos con otras intervenciones de cirugía estética.



(Fig. 7) Caso 3 pre y postoperatorio "siempre incisión lo más baja posible".



(Fig. 8) Caso 1 pre y postoperatorio "obsérvese la ligera proyección infraumbilical más estética y fisiológica."

Discusión

Creo que es importante comentar las diferentes técnicas que se aplican a la hora de realizar esta técnica.

Empecemos por la técnica de Le Luarn.

Este autor lo que propone es preservar la porción más profunda del sistema linfático superficial que se encuentra por debajo de la fascia de escarpa y por encima de la fascia muscular (2). Este sistema es tributario de los ganglios linfáticos inguinales (Fig. 2 y 3). De esta manera el drenaje linfático del colgajo no queda únicamente a merced de los linfáticos axilares. Mediante la preservación de la grasa abdominal profunda que es una fina capa de grasa bajo la fascia de escarpa protegemos la porción más profunda de los vasos linfáticos superficiales que van inmersos en ella. Los vasos linfáticos actúan como una esponja que drena la linfa extravasada responsable del seroma. Si bien esta técnica aislada puede reducir la aparición de un seroma postoperatorio hasta en un 30%-40% en nuestra experiencia no es eficaz por sí sola para impedir que aparezca del todo dicha complicación, es por lo tanto necesaria aplicarla junto a otras técnicas que vamos

a exponer a continuación.

Para realizar la plicatura abdominal infraumbilical es necesario extirpar la grasa de la zona intermedia "fascia alba" sin que este hecho reste funcionalidad al colgajo graso, ni afecte al drenaje linfático profundo que es intramuscular.

Técnica de Saldanha

Es la combinación de una liposucción abdominal masiva y el cierre de la zona supraumbilical por deslizamiento una vez extirpada la piel de la porción infraumbilical (3). La ventaja de esta técnica es la seguridad en la preservación del tejido vascular y linfático, al no haber despegamientos o estos ser mínimos. En este sentido es muy poco frecuente con esa técnica la necrosis cicatricial o aparición de seromas. La principal limitación se centra a la hora de realizar una buena plicatura, Ya que los despegamientos son nulos o muy limitados (8). En mi práctica habitual sigue siendo la técnica de elección cuando no tengo que realizar plicatura: Hombres, mujeres con sobrepeso o cirugía post-bariátrica que no han tenido hijos. La he realizado durante años con excelentes resultados y sin complicaciones en aquellas personas que no presentan diástasis de rectos abdominales ni hernias umbilicales o de la fascia alba.

Puntos de Baroudi

Hay pocas cosas en cirugía tan sencillas y tan eficaces como los puntos en capitoné del Dr. Baroudi (4). Como técnica aislada en cualquier dermolipectomía es suficiente para evitar el seroma en casi el 100% de los casos, pero es que además al fijar el colgajo a la pared subyacente disminuye la tensión en el cierre hasta el punto de anularla completamente y mejorar enormemente la calidad de la cicatriz ya que cerramos sin tensión. Por referir algún inconveniente de esta práctica diremos que a veces los pacientes refieren alguna molestia por la tensión de los puntos internos que son pasajeras en los primeros días. Siempre aplicamos los puntos de Baroudi hasta anular los espacios muertos entre la fascia y el colgajo.

Despegamiento supraumbilical en túnel

Es vital si queremos preservar al máximo la vascularización del colgajo. Con esta disección limitada a la anchura mínima para poder realizar la plicatura desde el ombligo hasta el apéndice xifoides aseguramos la integridad de la epigástrica superior tributaria de la inter-mamaria y las perforantes musculares tributarias de la arcada epigástrica profunda en la poción supraumbilical. La epigástrica superficial inferior y las circunflejas superficiales que completan la vascularización de la pared abdominal son sacrificadas.

A veces podemos realizar una suave tracción del colgajo antes del cierre para conseguir una cierta elongación de los vasos perforantes y conseguir una mejor adaptación del mismo sin dañar el aporte vascular. La preservación al máximo de la vascularización redunda en una importante disminución de posibles complicaciones.

Plicatura supra e infraumbilical

Como ya hemos señalado aplicamos mayor tensión en la plicatura supraumbilical para favorecer la expansión visceral hacia la parte infraumbilical , lo cual es más estético y fisiológico. No obstante hay que señalar que en pacientes con sobrepeso y atrofia muscular por falta de ejercicio nos podemos encontrar que a pesar de realizar la plicatura supraumbilical con mayor tensión nos puede aparecer una cierta expansión supraumbilical por incompetencia muscular. Esto puede mejorarse a partir del cuarto mes del postoperatorio con el desarrollo muscular adecuado para dicha zona (ejercicios abdominales). En pacientes con problemas de espalda se pueden sustituir los ejercicios por gimnasia pasiva (mediante electro-estimulación).

Con la aplicación de estas técnicas hemos conseguido minimizar las complicaciones y un 0% de seromas realizando liposucciones extensas de toda la pared abdominal y espalda "circunferenciales".



(Fig. 6) Pre y posoperatorio con liposucción de abdomen y flancos de 1200 ml.

Conclusión

Creo que actualmente es necesario asociar la liposucción a la abdominoplastia si queremos tener resultados cada vez mejores. Es necesario realizar técnicas encaminadas a preservar la vascularización arterio-venosa "disección en túnel" y linfática "preservación de linfáticos superficiales Tec. de Le Luarn" así como medidas a restar tensión y estabilizar el colgajo "Puntos de Baroudi". Con la combinación de estas técnicas la abdominoplastia asociada a la liposucción deja de ser un problema y se convierte en una técnica con un alto índice de satisfacción para el cirujano y el paciente.

BIBLIOGRAFÍA

1. Klein JA. The tumescent technique for liposuction surgery. Am J.Cosmetic Surg 1987; 4:263.

2. Le Luarn C. Parcial subfascial abdominoplasty. Aesthetic Plast Surg 1996 Mar-April; 20 (2): 123-7.

3. Saldanha OR Souza Pinto EB Matos WN Jr. Et al Lipoabdominoplasty without undermining. Aesthetic Surg J 2001;21:518-26.

4. Baroudi R. Ferreira Ca. Seroma: how avoid it and how to treat it Aesthetic Surg J 1988;18 439.

5. Le Luarn Claude and Pascal J F Prevention of seroma after abdominoplasty Aesthetic Plast Surg 2010 Dic 34 (6) 773-781.

6. Baker TI, Gordon H L, Mosienko P. (1977) A template (patern) method of abdominal lipectomy Aesthet Plast Surg 1:167.

7. Joseph P.Hunstad and Remus Repta Atlas of Abdominoplasty. Chapter 2 Anatomic Considerations Pg. 5-13.

8. Saldanha. OR Lipoabdominoplasty with selective and safe undermining. Aesthetic Plast Surg 2003 22(4) :322-7.

9. Le Luarn Claude and Pascal J.F Reducing seroma in outpatient abdominoplasty: analysis of 516 consecutive cases.

Dr. Juan M. Cervilla Lozano
Clínica Cermar
Av. de Cádiz, nº 29 41004 Sevilla
Tlfn. 0034954 535896
Correo: info@clinicacermar.com