

TRATADO DE **CIRUGÍA PLÁSTICA**



AUTORES:

Christian Andrés Lascano Arias
Porfirio Gabriel Flores Herrera
Daniel José Villacrés Sigcha
María Teresa Rosas Romero
Omar Rodrigo Guamán Ordóñez
Lorena Elizabeth Garcés Vaca



Tratado de Cirugía Plástica

Tratado de Cirugía Plástica

Christian Andrés Lascano Arias

Porfirio Gabriel Flores Herrera

Daniel José Villacrés Sigcha

María Teresa Rosas Romero

Omar Rodrigo Guamán Ordóñez

Lorena Elizabeth Garcés Vaca

María Cristina Aumala Barba

IMPORTANTE

La información aquí presentada no pretende sustituir el consejo profesional en situaciones de crisis o emergencia. Para el diagnóstico y manejo de alguna condición particular es recomendable consultar un profesional acreditado. Cada uno de los artículos aquí recopilados son de exclusiva responsabilidad de sus autores.

DOI: 10.56470/978-9942-613-17-2

2022 Cuevas Editores, Editorial Médica

ISBN: 978-9942-613-17-2

Impreso en Ecuador - Printed in Ecuador

Cualquier forma de reproducción, distribución, comunicación pública o transformación de esta obra solo puede ser realizada con la autorización de sus titulares, salvo excepción prevista por la ley.

Tratado de Cirugía Plástica

ÍNDICE DE AUTORES

1. Christian Andrés Lascano Arias

Médico Cirujano General por la Universidad Regional Autónoma de Los Andes “UNIANDES”

Médico en CETCCO

Labio Leporino y Paladar Hendido

2. Porfirio Gabriel Flores Herrera

Título Médico General por la Universidad Central del Ecuador

Cirugía Reconstructiva de Orejas

3. Daniel José Villacrés Sigcha

Especialista en Gerencia de Salud. Universidad San Francisco de Quito

Médico General. Universidad de Guayaquil.

Médico Consulta Externa. Centro Clínico Quirúrgico, Hospital del Día Sur Valdivia I.E.S.S.

Liposucción

4. Maria Teresa Rosas Romero

Médico por la Universidad Católica de Cuenca

Médico Residente Hospital Vicente Corral Moscoso

Gluteoplastia

5. Omar Rodrigo Guamán Ordóñez

Título Médico Universidad Central del Ecuador

Médico Residente Clínica de Heridas Quito

Manga Gastrica

6. Lorena Elizabeth Garcés Vaca

Graduada de la Universidad Central del Ecuador

Médico General

Abdominoplastia

7. María Cristina Aumala Barba

Título de Médico Cirujano General Universidad de las Américas

Reconstrucción del Seno

Tratado de Cirugía Plástica

ÍNDICE DE CAPÍTULOS

1. <i>Labio Leporino y Paladar Hendido</i> <i>Christian Andrés Lascano Arias</i>	11
2. <i>Cirugía Reconstructiva de Orejas</i> <i>Porfirio Gabriel Flores Herrera</i>	21
3. <i>Liposucción</i> <i>Daniel José Villacrés Sigcha</i>	31
4. <i>Gluteoplastia</i> <i>Maria Teresa Rosas Romero</i>	41
5. <i>Manga Gastrica</i> <i>Omar Rodrigo Guamán Ordóñez</i>	53
6. <i>Abdominoplastia</i> <i>Lorena Elizabeth Garcés Vaca</i>	63
7. <i>Reconstrucción del Seno</i> <i>María Cristina Aumala Barba</i>	73

Tratado de Cirugía Plástica

CAPÍTULO 1

Labio Leporino y Paladar Hendido
Christian Andrés Lascano Arias

Tratado de Cirugía Plástica

La cirugía reconstructiva, es una rama de la cirugía plástica que se efectúa sobre estructuras anormales del cuerpo causadas por problemas congénitos, del desarrollo, de crecimiento, traumatismos, infecciones, tumores o enfermedades.

La Cirugía reconstructiva para el labio y paladar leporino en el cuidado de un infante con labio y paladar leporino empieza desde su nacimiento con un diagnóstico acertado y una monitorización constante, por parte de diversos especialistas, para así determinar el tratamiento adecuado. En muchos de los casos el tratamiento incluirá la cirugía reconstructiva, por lo cual el cirujano considerará la edad del bebé, su estado general de salud, su historial médico, las cualidades específicas de la anomalía, la tolerancia del bebé a ciertos medicamentos, y también la opinión de los padres (1)

La cirugía para corregir el labio leporino se realiza por lo general en los primeros meses de vida y se recomienda dentro de los primeros 12 meses. La cirugía para corregir el paladar hendido se recomienda en los primeros 18 meses de vida. Muchos niños necesitarán más de una cirugía a medida que crezcan.



La cirugía puede modificar la apariencia de la cara del niño y también mejorar la respiración, la audición, el habla y el lenguaje. Los niños que nacen con hendiduras orofaciales, también pueden necesitar distintos tipos de tratamientos y servicios, como tratamientos dentales o de ortodoncia y terapia del habla. Los mismos tratamientos que están a disposición a los niños con labio y paladar leporino también están a disposición a los adultos con hendiduras; y aunque la cicatriz del labio arreglado es permanente, es posible que se pueda mejorar la calidad de esa cicatriz, mejorando la apariencia del labio y de la nariz, su habilidad de hablar con claridad, la calidad de su audición, la apariencia y función de los dientes. Además, para este tipo de cirugía no es necesaria la hospitalización.(1)

Tratado de Cirugía Plástica

Embriología

En el aspecto embrionario se conoce gran parte del tejido facial proviene desde la cresta neural embrionaria, la cual está regida por genes posicionales, estructurales y reguladores. El labio leporino, donde normalmente los procesos frontales se forman alrededor de la 5ta y 7ma semana del embarazo, pero estos no logran fusionarse. (2)

El cierre completo del labio debe ser un proceso de fusión entre el mesodérmico lateral, medio y maxilar, la falla de uno de ellos produce hendiduras labiales de aspecto unilateral, bilateral o medianas. En este caso, esta malformación puede estar asociada a grupos genéticos o ambientales.

El cierre del labio se da a partir de los 35 días luego de la concepción, esto originando la hendidura labial de un solo lado, de ambos lados o hacia medial, de más común, menos común, e infrecuente respectivamente. También podemos tener una variante en la cual solo ve afecta el labio superior a la cual llamamos incompleto, y la variante cuando la extensión va hacia la nariz, que sería completo.

Epidemiología en Ecuador

El Ecuador el segundo país de Latinoamérica con una frecuencia de 14,96 por cada 1000 nacidos vivos. En un estudio realizado en la ciudad de Guayaquil se encontró que el 54.5% de la población analizada en el Hospital Enrique Sotomayor fueron varones. (Benítez, 2014)

Clasificación

Tabla 1 Clasificación de labio leporino

Anomalías del labio		Anomalías del paladar	
Labio hendido completo	Cuando no ha habido fusión del proceso maxilar superior con el filtrum labial y el piso de la nariz no se ha formado	Tipo I	Hendidura del paladar blando
Labio hendido incompleto	Cuando hay fusión parcial del proceso maxilar con el filtrum labial, el piso de la nariz está cerrado, pero el músculo orbicular de los labios no está debidamente orientado en forma circular	Tipo II	Hendidura de paladar blando y duro que compromete sólo el paladar secundario
Labio hendido cicatricial	Cuando hay fusión completa del proceso maxilar con el filtrum labial, pero hay una pequeña hendidura en forma de cicatriz en el rollo rojo labial	Tipo III	Hendidura completa unilateral desde la úvula pasando por el agujero incisivo y llegando hasta uno de los lados de la premaxila
Labio hendido bilateral	Cuando no hay fusión del filtrum labial con los dos procesos maxilares superiores	Tipo IV	Hendidura completa bilateral desde la úvula pasando por el foramen incisivo y llegando hasta ambos lados de la premaxila

Fuente: Thongrong C, Sriraj W, Rojanapithayakom N, Bunsangjaroen P, Kasamsiri P. Cleft lip cleft palate and craniofacial deformities care: an anesthesiologist's perspective at the Tawanchai Center. *J Med Assoc Thai.* 2015; 98 (7): 33-37.

Diagnóstico:

el diagnóstico prenatal puede aumentar la posibilidad de identificar precozmente algunos síndromes genéticos relacionados. El diagnóstico se suele sospechar a partir de las 12 semanas.

Tratado de Cirugía Plástica

Ecografía 3D: Los cortes coronal y axial son los más útiles.

Resonancia magnética. Un 8% de LP y un 20% LP+HP asocia anomalías siendo fundamental el estudio morfológico exhaustivo y amniocentesis(4)

Presentación de Caso:

En la ecografía morfológica (semana 20+2) se diagnostica de labio leporino bilateral con sospecha de hendidura palatina (figuras 1 y 2). Se ofrece diagnóstico genético prenatal invasivo y se deriva a consulta de Genética Médica. En la semana 20+5 se realiza ecocardiografía, con hallazgos normales, y amniocentesis que cursa sin incidencias con los siguientes resultados:

QF-PCR: dotación diploide para cromosomas 13, 18, 21. XX. Normal.
ArrayCGH: duplicación completa del brazo corto del cromosoma 10 con un perfil femenino, correspondiente con Trisomía 10p. Cariotipo fetal: anomalía estructural desequilibrada translocación cromosomas 10 y 14. Cariotipo materno: anomalía estructural aparentemente equilibrada translocación recíproca de cromosomas 10 y 14.



Figura 1: de labio leporino bilateral



Figura 2: hendidura palatina

Técnicas quirúrgicas

Técnica de Millard

Está enfocada en ocultar la incisión de la columna del filtro en la raíz de la nariz, pero debido a los trazos que se utilizan tiene la posibilidad de una cicatrización vertical retráctil con un migración de la porción roja labial hacia arriba o una migración de la región baja del cartílago lateral inferior hacia abajo, así como la formación de una cicatriz retráctil horizontal que termina en una narina angosta. Inicialmente esta técnica se realizaba en dos tiempos quirúrgicos: primero con una adhesión labial entre el primer y el segundo mes de edad; posteriormente la queiloplastia entre los 3 a 4 meses. Para de esta manera lograr atenuar la deformación nasal y maxilar relacionada con el defecto al realizar una previa aproximación de ambos extremos.(5) Técnica quirúrgica La técnica de Millard se basa teniendo en cuenta el filtro, donde se conservan los cuatro puntos cardinales marcados

Tratado de Cirugía Plástica

en el diseño antes de la cirugía: el arco de Cupido, que sería el vértice del área roja labial; el vértice de la cresta del filtro del lado sin defecto; el punto de simetría en el vértice del arco de Cupido; y el punto labial lateral situado equidistante entre la comisura y la cresta del filtro del lado no afectado. Esta técnica provee una incisión curvilínea y un colgajo triangular de avance y rotación. El colgajo C, es el colgajo en forma de triángulo de la narina hendida (6).

Desarrollo de la intervención

Después de realizar la anestesia con la infiltración de lidocaína al 0,5-1% con epinefrina, la disección con bisturí empieza en la cara interna labial, incidiendo en la piel y mucosa. Se localizan los músculos para disecarlos progresivamente de sus puntos de inserción anormales alrededor del hueso maxilar. Posteriormente, el colgajo se rota hacia abajo, para horizontalizar el arco de Cupido. Luego el colgajo C se disecciona del plano muscular. A nivel mucoso, la disección con bisturí frío se extiende hasta 2-3 mm superior al límite donde está adherida la mucosa gingival. La incisión se continúa de manera paralela a la línea gingival. A nivel mucoso se separa del nivel muscular en su porción profunda. El colgajo de mucosa debe facilitar una rotación del colgajo muscular de manera relajada, ayudándose de una incisión relajante por lado.

Millard aprovecha este tiempo quirúrgico para realizar una septorinoplastia. La disección con bisturí frío de la cara interna ayuda a localizar la espina nasal anterior y la disección subpericóndrica del tabique en sus dos lados hasta los cartílagos laterales inferiores. Logrado la disección hasta el pilar lateral del cartílago lateral inferior, hacia el pie del orificio piriforme. El cartílago lateral inferior se disecciona superficialmente 20 hacia el plano del lateral superior, sin separarlo de la parte mucosa de la nariz. El septum se mueve y se centra según el eje medial después de realizar un decolamiento subpericóndrico (7).

Sutura El domo de la nariz del lado anormal se posiciona a la misma altura que del lado no afectado. Las hebras musculares nasolabiales, del músculo orbicularis, se unen con su homólogo opuesto con sutura no reabsorbible, monofilamento 4/0. La hebra marginal del músculo orbicularis se disecciona a lo largo de 1-2 mm en un plano debajo de la piel en los márgenes externos e internos, y se unen mediante el hilo de sutura mencionado. La mucosa se sutura con puntos reabsorbibles 5/0 o 6/0 en las planos labial y vestibular, luego de realizar la exéresis del tejido sobrante. La sutura cutánea es con uniones piel a piel con puntos invaginantes no reabsorbibles 6/0 o con suturas no reabsorbibles dérmicos del hilo mencionado.

Técnica de Tennison-Randall

Esta técnica se basa en el alargamiento de la cara interna labial a través de

Tratado de Cirugía Plástica

una contraincisión ubicada en la parte superior de la unión de la piel con la mucosa. Esta incisión ayuda a crear un triángulo equilátero diseñado en el margen externo labial. De esta manera, el final estético de la intervención es condicional a cálculos matemáticos y de las proporciones del colgajo. En este trazado no hay versatilidad quirúrgica ó de improvisación. El valor positivo de este trazado es la elongación del labio entre el arco de Cupido y la base del cartilago lateral inferior. La mayor desventaja de esta técnica es la alteración del tercio inferior del filtro. Entrecruzando las hebras musculares se equilibra la forma plana del filtro. Se prefiere esta técnica, si la diferencia entre la altura del ala nasal y el vértice de los labios es mayor de 2-3 mm (8).

Técnica cutaneomucoso

Los márgenes cutáneos a considerar son: Margen nasal, la base de la columna del filtro y la del cartilago lateral inferior no alterado y del lado anómalo. Para alcanzar la simetría, los 2 márgenes deben posicionarse de manera parecida en ambos lados. Estos márgenes deben situarse cercanos al cartilago lateral inferior para traccionar su base. En el área blanca labial del lado sin alteraciones, el tamaño de la base del triángulo necesario marcado en el margen anómalo y que se reposicono de manera perpendicular al vértice del arco de Cupido del lado comprometido. Al realizar el triángulo de esta manera se asemeja a la disección con bisturí frío por arriba de la intersección de las áreas rojas y blancas labiales en el vértice del arco de Cupido.

Alternativas quirúrgicas

El trazado Veau, técnica pionera en reconstrucción de fisura labial. Se reavivan los extremos de la fisura reconstruyéndola en tres planos (mucoso, muscular y cutáneo). Pero, la hipoplasia del área blanca labial no se reconstruye, teniendo como resultado un labio asimétrico y más angosto. Esta puede corregirse con un diseño oblicuo (9).

Queiloplastia de Onizuka (A, B), con amputación parcial del area blanca labial y/o del arco de cupido. De esta manera, el labio queda anclado, dando como consecuencia hipoplasia maxilofacial. La técnica de Onizuka se basa en una asociación Tennisson (colgajo de interposición) y Millard (rotación y avance). El diseño se interrumpe por un trazo oblicuo, el back cut (incisión de descarga), cuya distancia es condicional del déficit de altura. Ayudando a mejorar la proyección del labio en su parte inferior. En el labio fisurado, el diseño continúa la línea de la intersección de la piel con la mucosa y se detiene a 1 mm superior del margen del proyectado punto externo del arco de Cupido (10).

Técnica de reconstrucción labial bilateral

La reconstrucción de una fisura labial bilateral se sustenta en la creación

Tratado de Cirugía Plástica

del arco de Cupido y una plastia de filtro bilateral. Existen diversos diseños cutaneomucosos semejante a las fisuras unilaterales, se basan en los principios de Tennison o Millard. En Millard las Z plastias son labiales superiores bilaterales y en los diseños inspirados de Tennison son inferiores; ambas pueden asociarse. La técnica de Manchester modificada, se base en emplear la mucosa del prolabio, para formar el fondo de un neovestíbulo. En la fisura unilateral, el plano muscular es liberado bilateralmente a la fisura afrontándolos mundialmente (11).

Diseño cutaneomucoso.

En el prolabio, el arco de Cupido se marca en la intersección del área blanca labial y la mucosa; el diseño se continúa lateralmente hacia el borde inferior de la columna del filtro bilateralmente para definir el mismo. De esta manera se consigue liberar dos colgajos cutáneos de forma triangular (A). En los márgenes externos, los puntos de referencia son la base del cartílago lateral inferior y el vértice del área roja labial; la distancia entre estos dos puntos debe coincidir con la medida vertical del prolabio desde el vértice del arco de Cupido. La disección con bisturí frío se continúa perpendicular a través del labio en dirección al plano mucoso para, después, horizontalizarse en el plano de la mucosa vestibular a 1 mm superior del plano mucoso adherido, y librerar en el plano cutáneo externo los colgajos (B).

Técnica quirúrgica. En los márgenes laterales, posterior al decolamiento subperióstico en la pre maxila, se debe identificar y conservar el nervio infraorbitario derecho e izquierdo. Para reposicionar de manera horizontal el hemilabio y la hemimejilla, de esta manera se obtiene una sutura relajada. El colgajo medial del pedículo superior se decola en un solo bloque a nivel del prolabio, conjuntamente con el tejido subcutáneo y la piel, hasta el hueso 23 de la espina nasal. A continuación, se ingresa al cartílago septal por una incisión interseptocolumelar. El cartílago septal se decola en un plano subpericóndrico hasta los cartílagos laterales inferiores, facilitando su disección en su cara superior. El decolamiento se logra desde el orificio piriforme, identificando el margen inferior. Posteriormente, se localizan las hebras del músculo transverso y el fascículo nasolabial. Primero se sutura el plano mucoso para lograr una buena posición del vestíbulo. En relación al prolabio, su colgajo debe posicionarse con una sutura al periostio localizado vertical al hueso (espina nasal). Los colgajos (B) se entremezclan en las contraincisiones a nivel nasal y vertical de los cornetes inferiores, entretanto los colgajos (A) se fijan a la espina nasal.

Los fascículos nasolabiales del músculo orbicular de ambos lados se fijan con hilo no reabsorbible, a veces inclusive con el periostio. Reposicionar el neofiltro y los umbrales de la nariz. Los puntos en la piel se hacen con hilo 6/0 con suturas piel a piel invertidos en el margen de la cresta del

Tratado de Cirugía Plástica

filtro. Los puntos de piel con mucosa se dan con sutura 6/0 reabsorbible.

Bibliografía

1. Río JAO del, Moreira-García KM, Tovar-Moreira EM, Bohórquez-Valdivieso AA. *Influencia de la cirugía plástica reconstructiva en niños y niñas con labio y/o paladar hendido*. Polo del Conocimiento [Internet]. 2018 Sep 15 [cited 2022 Jun 24];3(9):24. Available from: <https://polodelconocimiento.com/ojs/index.php/es/article/view/704/html>
2. Amador, T., & Madera, A. (2016). *Interacciones genéticas y epigenéticas relacionadas con fisuras de labio y paladar no sindrómicas*. *AVANCES EN ODONTOESTOMATOLOGÍA*, 32(1), 21-34.
3. Benítez Ormazá, Y.C. (2014). *Prevalencia y factores asociados a labio leporino y paladar hendido en el Hospital Gineco obstétrico Enrique Sotomayor durante de enero a diciembre del 2013*. <http://repositorio.ucsg.edu.ec/bitstream/3317/3364/1/T-UCSG-PRE-MED>
4. Campaña G. *DIAGNÓSTICO PRENATAL DE LABIO LEPORINO* [Internet]. Available from: <http://ginecologicamurciana.es/files/XXIX/Poster%20XXIX/HCUVA%2024.pdf>
5. Teissier N, Bennaceur S, Van Den Abbeele T. *Tratamiento primario del labio leporino y del paladar hendido*. *EMC - Cirugía Otorrinolaringológica y Cervicofacial* [Internet]. Disponible en: <http://www.sciencedirect.com/science/article/pii/S1635250516777036>
6. Wagner W, Harrison MR. *Fetal operations in the head and neck area: current state*. *Head Neck*. mayo de 2020;24(5):482-90.
7. Cockell A, Lees M. *Prenatal diagnosis and management of orofacial clefts*. *Prenat Diagn*.
8. Stal S, Brown RH, Higuera S, Hollier LH, Byrd HS, Cutting CB, et al. *Fifty years of the Millard rotation-advancement: looking back and moving forward*. *Plast Reconstr Surg*.
9. Van de Ven BD, Defrancq E. *Cleft lip surgery: a practical guide*. Zgierg, Poland: Agave Clinic;
10. Onizuka T. *A new method for the primary repair of unilateral cleft lip*. *Ann Plast Surg*
11. Pavy BV, Vendroux J, Smarrito S. *Fentes labiales et palatines: traitement primaire*. *EMC (Elsevier Masson SAS, Paris), Techniques chirurgicales - Chirurgie plastique reconstructrice et esthétique*, 45-580,

Tratado de Cirugía Plástica

CAPÍTULO 2

Cirugía Reconstructiva de Orejas
Porfirio Gabriel Flores Herrera

Tratado de Cirugía Plástica

El pabellón auricular es una importante unidad estética en el ser humano. Las anomalías de malformación pueden ocurrir de forma aislada o como parte de un síndrome, y pueden ir desde la microtia en distinto grado hasta la anotia. Se ha reportado una prevalencia que va desde un 0,8 a 2,4 por 10.000 nacidos vivos, siendo menor en población europea y negra que en hispanos y asiáticos(1)

Características morfológicas

Las orejas prominentes se caracterizan por presentar un ángulo céfalo-auricular mayor a 30°, coincidente con una distancia aumentada entre el hélix y la mastoides. Estas modificaciones conllevan a la apreciación de las orejas como si estuvieran despegadas o más salientes con respecto a la cabeza, aspecto más notorio cuando se examina al paciente desde adelante o desde atrás (ver figura 1).

La mayoría de las veces la oreja prominente presenta su típico aspecto debido a un defecto de plicatura del antehélix, a una hipertrofia conchal o a la asociación de ambas condiciones. El antehélix, relieve cartilaginoso resultante del doblez hacia atrás del cartílago de la escafa, pareciera estar ausente en menor o mayor medida, condición anatómica conocida como defecto de plicatura. En este caso aumenta el ángulo escafo-conchal, acrecentando también el ángulo céfalo-auricular. Esto genera el aspecto de oreja en pantalla.(2)



Fig. 1. Oreja prominente típica.

Técnica quirúrgica

Realizamos el procedimiento bajo anestesia general o con bloqueo local con Xilocaina al 2% con Epinefrina al 1:200000.(3)

Comenzamos marcando en la piel la futura zona anatómica que corresponderá al neantihélix, creado mediante una ligera presión digital a nivel del tubérculo de Darwin hacia el cráneo (Fig 2,3)(3)

Tratado de Cirugía Plástica



Fig. 2-3. Marcación del neoantihélix.

Realizamos una transfixión empleando Azul de Metileno con aguja N° 24G a nivel del borde de la marcación del neoantihélix, para imprimir sobre el plano auricular posterior la marcación del neoantihélix (Fig 4,5)



Fig. 4-5. Transfixión con Azul de metileno para imprimir en el plano posterior auricular el marcado del neoantihélix.

Marcamos los puntos en el borde externo posterior, respetando la piel propia del hélix (Fig. 6, 7). Seguidamente marcamos también el borde interno posterior a 5 mm del vértice del ángulo mastoideo-conchal (Fig. 8).



Fig. 6-7. Marcaje del borde externo posterior sobre la piel del hélix.



Fig. 8. Marcaje del borde interno posterior a 5 mm del vertice del ángulo mastoideo-conchal.

Realizamos un hidrodecolamiento con Xilocaína al 2% con Epinefrina al 1:200000 dentro del área marcada en el pabellón auricular posterior (Fig. 9) y procedemos con bisturí N° 15 a incidir en la marcación interna. A continuación trazamos la incisión en la marcación externa del pabellón auricular (Fig.10) y resecamos piel y tejido celular subcutáneo en forma de huso en las áreas delimitadas hasta llegar al pericondrio (Fig. 11). Realizamos hemostasia cuidadosa en el pericondrio-cartílago auricular posterior expuesto (Fig. 12).



Fig. 9. Hidrodecolamiento con anestésico local.



Fig. 10. Incisiones sobre las marcas.



Fig. 11. Resección cutánea y de celular subcutáneo hasta pericondrio.



Fig. 12. Pericondrio expuesto.

Tratado de Cirugía Plástica

Seguidamente procedemos nuevamente a una infiltración subcutánea con Xilocaína al 2% con Epinefrina al 1:200000 para producir hidrodecolamiento también en el espacio cutáneo-pericondrial correspondiente al área del antihélix en el pabellón auricular anterior, lo que nos facilita la separación de la piel anterior del pabellón auricular del cartílago (Fig. 13).



Fig. 13. Infiltración con anestésico local para decolamiento del antihélix anterior.

Nuestro abordaje mínimo lo realizamos de la siguiente manera. Sobre una aguja N° 21 G de 1.5 pulgadas realizamos una angulación de 45° a 50° en la punta de su bisel (Fig. 14 y 15) y una vez visualizada el área que hemos de despegar, procedemos al despegamiento mediante disección en el espacio piel-cartílago con el bisel paralelo al cartílago del pabellón auricular y después hacemos cortes-incisión en el cartílago del pabellón auricular anterior, en el área marcada para la formación del neoantihélix, utilizando la aguja con el bisel perpendicular al plano cartilaginoso (Fig. 16).

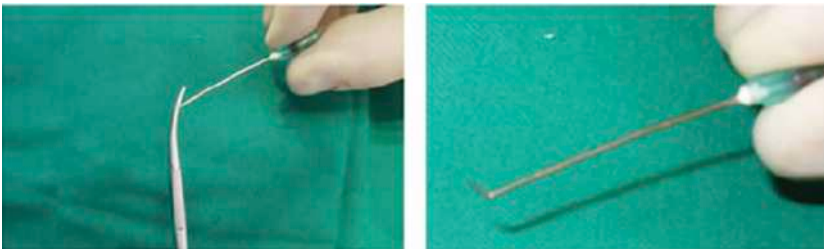


Fig. 14-15. Manipulación de una aguja n° 21 G de 1.5 pulgadas para angular 45-50° la punta en bisel.

Tratado de Cirugía Plástica



Fig. 16-17. Abordaje mínimo: disección del espacio piel-cartilago con la aguja angulada con el bisel paralelo al cartilago auricular y cortes-incisión en la superficie anterior del cartilago, en dirección vertical y con el bisel perpendicular al plano cartilaginoso.

A continuación flexionamos el cartilago auricular con una ligera presión sobre el tubérculo de Darwin para comprobar que con los cortes de relajación realizados se obtiene la flexibilidad y la forma natural del neoantihélix que deseamos (Fig. 17).

Finalmente, colocamos de 2 a 3 puntos simples en el pericondrio del pabellón auricular posterior con monofilamento absorbible 4/0, formando la curvatura anatómica del neoantihélix (Fig. 18) y suturamos la piel con monofilamento no absorbible de nylon 4/0.



Fig. 18. Presión sobre el tubérculo de Darwin para comprobar flexibilidad del cartilago y forma del neoantihélix.

El resultado es inmediato (Fig. 19, 20): un neoantihélix y simetría entre los dos pabellones auriculares. Curamos con ungüento antibiótico y ferulizamos con tiras de algodón húmedo que se mantienen durante 72 horas.

Tratado de Cirugía Plástica

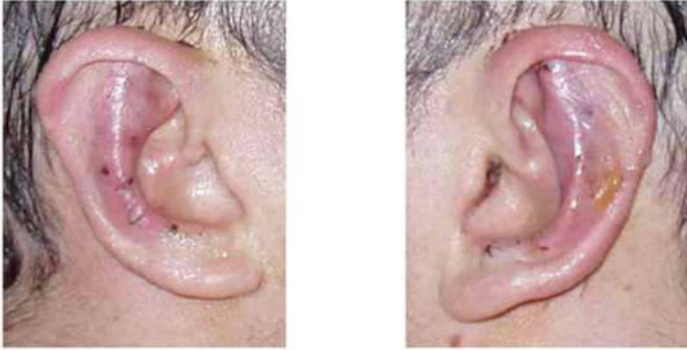


Fig. 19-20. Resultado inmediato.

Puntos Interés

- La mayoría de las deformidades auriculares no suelen resolverse espontáneamente con el crecimiento, y la deformidad se mantiene a lo largo de los años.
- Las orejas prominentes son la deformidad auricular más frecuente: aproximadamente el 45% de todas las deformidades auriculares. Son las más difíciles de identificar en el periodo neonatal.
- La ferulización precoz, antes de las 2 semanas de vida, de las deformidades auriculares puede evitar el 90% de las cirugías futuras.
- Se recomienda posponer el tratamiento quirúrgico de las deformidades auriculares a que el niño alcance la madurez suficiente, generalmente a partir de los 6 años.(4)

Bibliografía

1. Aldana C. Cirugía plástica Corrección de orejas prominentes mediante otoplastia. *Tendencias en Medicina* • Septiembre [Internet]. 2021 [cited 2022 Jun 24];16:134–8. Available from: http://tendenciasenmedicina.com/Imagenes/imagenes16p/art_24.pdf
2. Aldana C. Cirugía plástica Corrección de orejas prominentes mediante otoplastia. *Tendencias en Medicina* • Septiembre [Internet]. 2021;16:134–8. Available from: http://tendenciasenmedicina.com/Imagenes/imagenes16p/art_24.pdf
3. Dávalos Dávalos P, Ramírez Rivera JI, Dávalos Dávalos PA. Otoplastia en orejas prominentes: alternativa quirúrgica. *Cirugía Plástica Ibero-Latinoamericana* [Internet]. [cited 2022 Jun 24];35(2):107–14. Available from: https://scielo.isciii.es/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0376-78922009000200004
4. Carrera EM, Sedano JR, Longo AM, Merino-Mateo L, Muñoz MDD. Deformidades auriculares. Otoplastias. *FMC - Formación Médica Continuada en Atención Primaria* [Internet]. 2021 Oct 1 [cited 2022 Jun 24];28(8):426–31. Available from: <https://www.sciencedirect.com/science/article/abs/pii/S1134207221001146>

Tratado de Cirugía Plástica

CAPÍTULO 3

Liposucción

Daniel José Villacrés Sigcha

Tratado de Cirugía Plástica

Desde su descubrimiento en los años ochenta, la liposucción se ha convertido en uno de los procedimientos más realizados en el área de cirugía estética.

La liposucción es un procedimiento quirúrgico en el que se usa una técnica de succión para eliminar la grasa de áreas específicas del cuerpo. Con la liposucción también se da forma (moldea) a estas áreas. La liposucción también se denomina «lipoescultura» y «moldeado corporal».(1)

Zonas donde se realiza

La liposucción se usa para retirar grasa de áreas del cuerpo que no han respondido a la dieta ni el ejercicio, como las siguientes:

- Abdomen
- Extremidades superiores
- Glúteos
- Pantorrillas y tobillos
- Tórax y espalda
- Caderas y muslos
- Barbilla y cuello

Además, la liposucción a veces se puede usar para la reducción mamaria o el tratamiento de ginecomastia.

La lipectomia asistida por succión, lipoplastia, o más comúnmente conocida como liposucción, introducida por Illouz en los años ochenta continúa siendo una de las opciones más utilizadas para el contorno corporal y el segundo procedimiento estético más realizado, además que se ha convertido en una herramienta indispensable en otras áreas de la cirugía plástica como reconstrucción de mama y como apoyo para la cirugía de reconstrucción de extremidades (2). Con el paso del tiempo, el desarrollo de tecnologías como la liposucción asistida por ultrasonido, por poder o por laser han mejorado la seguridad y eficiencia de este procedimiento quirúrgico (3)

Tipos de liposucción

Liposucción tumescente. Este es el tipo más común de liposucción. El cirujano inyecta una solución estéril (una mezcla de agua salada que ayuda a remover la grasa, un anestésico [lidocaína] para aliviar el dolor y un medicamento [epinefrina] que hace que los vasos sanguíneos se contraigan) en el área a tratar. La mezcla líquida hace que el área afectada se hinche y se endurezca.

Luego, el cirujano realiza pequeños cortes en la piel e inserta una sonda delgada llamada cánula debajo de la piel. La cánula se conecta a una aspiradora que succiona grasa y líquidos del cuerpo. Tu líquido corporal puede reponerse a través de una vía intravenosa (IV).

Tratado de Cirugía Plástica

Liposucción asistida por ultrasonido. Este tipo de liposucción se usa a veces junto con la liposucción tradicional. Durante la liposucción asistida por ultrasonido, el cirujano inserta una varilla metálica que emite energía ultrasónica debajo de la piel. Esto quiebra las paredes de las células de grasa y rompe la grasa para extraerla con mayor facilidad. En una nueva generación de liposucción asistida por ultrasonido, llamada liposucción asistida por VASER, se usa un dispositivo que puede mejorar el contorno de la piel y reducir la posibilidad de lesiones cutáneas.

Liposucción asistida por láser. En esta técnica, se usa luz láser de alta intensidad para romper la grasa y así extraerla. Durante la liposucción asistida por láser, el cirujano inserta una fibra láser por medio de una pequeña incisión en la piel y emulsiona los depósitos de grasa. Luego, se extrae la grasa a través de una cánula.

Liposucción asistida mecánicamente. En este tipo de liposucción, se usa una cánula que tiene un movimiento rápido hacia adelante y hacia atrás. Esta vibración le permite al cirujano extraer grasa dura de forma más fácil y rápida. A veces, la liposucción asistida mecánicamente puede causar menos dolor e hinchazón y puede permitir que el cirujano extraiga la grasa con mayor precisión. Tu cirujano puede seleccionar esta técnica si es necesario extraer grandes volúmenes de grasa o si has tenido un procedimiento de liposucción anterior.

FACTORES DE RIESGO

- Los pacientes con enfermedad cardiovascular, enfermedad pulmonar, diabetes y enfermedad vascular enfrentan un mayor riesgo con este procedimiento.
- El consumo de tabaco es un factor de riesgo de complicaciones quirúrgicas(4)
- Infecciones en curso antes del procedimiento, particularmente cerca del área del sitio de la liposucción (p. ej., celulitis), requeriría tratamiento con
- antibióticos y resolución de la infección antes cirugía.
- Tromboembolismo venoso previo, ej., embolia pulmonar, también puede aumentar el riesgo de complicaciones quirúrgicas.

COMPLICACIONES

Las complicaciones son relativamente poco frecuentes en liposucción y de bajo riesgo en relación con otros procedimientos. En un estudio, la tasa general de complicaciones fue del 2,4%. La tasa de complicación fue mayor (3,5%) cuando la liposucción fue combinada con otros procedimientos, mientras que la liposucción como procedimiento único tuvo una tasa de complicaciones de solo 0,7%.

Tratado de Cirugía Plástica

Las complicaciones incluyen equimosis, edema, infección del sitio quirúrgico, seroma, hematoma y tromboembolismo venoso.

La complicación más común de la liposucción es la deformidad del contorno. Tanto como el 9% de los pacientes pueden informar depresiones de los tejidos blandos o elevaciones, panículo de la piel, pliegues o arrugas.

Las deformidades del contorno se pueden prevenir utilizando cánulas de menor diámetro, evitando aspirando desde las capas superficiales, empleando una técnica de “entrecruzamiento”, y permitiendo ligeras subcorrección por lisis de grasa postoperatoria.

Complicaciones de la liposucción

Complicaciones a corto plazo

- Infección en la herida
- Hematoma, seroma
- Edema
- Equimosis
- parestesia
- Embolia grasa, embolia pulmonar
- necrosis de la piel

Complicaciones a largo plazo

- Deformidad del contorno
- Hiperpigmentación
- Cicatrización hipertrófica
- linfedema

Indicaciones

Al discutir las indicaciones para la liposucción, se debe tener en cuenta que la liposucción se considera con mayor frecuencia un procedimiento estético y, como tal, es completamente electiva. Por lo tanto, la carga de la prueba para demostrar que el paciente es un candidato viable para el procedimiento recae en el cirujano.

El paciente debe demostrar desviaciones del contorno corporal normal causadas por exceso de adiposidad en la región.

El paciente debe estar dentro del 30% de su índice de masa corporal (IMC) normal. (5)

Un candidato ideal no es obeso, con una laxitud mínima de la piel y un exceso de tejido adiposo de mínimo a moderado.

El peso de un paciente debe ser estable durante seis a doce meses antes de la cirugía.(6)

Tratado de Cirugía Plástica

Preparación

Como es estándar con los procedimientos estéticos, las fotografías preoperatorias son imprescindibles para la planificación quirúrgica, así como para aliviar cualquier insatisfacción percibida por el paciente con sus resultados.

Se debe marcar al paciente en el área preoperatoria para identificar las áreas de exceso de tejido adiposo que se tratarán durante el procedimiento. Básicamente, se debe confirmar que todo el equipo esté en la habitación y funcione correctamente antes de que comience el procedimiento.

Todas las inquietudes deben abordarse durante un tiempo de espera quirúrgico estándar antes del comienzo del procedimiento, independientemente de si se utilizará anestesia general o solo anestesia local.

Luego se administra la solución humectante, dejando pasar de 15 a 30 minutos para lograr la máxima vasoconstricción y anestesia.

Se prepara al paciente y se lo cubre de la manera estéril habitual.

Además, en los casos de liposucción de gran volumen, se debe comunicar cómo se deberá colocar al paciente durante las distintas etapas de la cirugía (p. ej., en decúbito supino, prono, lateral).

Muchos cirujanos colocan al paciente en una sutil posición de navaja cuando realizan la liposucción del área del tronco para evitar perforaciones traumáticas.

Técnica

Hay una variedad de técnicas preferidas para el procedimiento real de liposucción, aunque los principios básicos incluyen:

Por lo general, los sitios de entrada de la cánula lo suficientemente grandes para que entre la cánula se hacen en la piel con un bisturí de 15 hojas.

La mano dominante controla la cánula o la jeringa (si se emplea succión manual), mientras que la mano no dominante se extiende ampliamente sobre la piel, sintiendo constantemente la presencia de la cánula distal. La mano no dominante proporciona dos funciones importantes, palpar ligeramente las áreas de adiposidad y monitorear constantemente la profundidad de la cánula.

La succión debe ocurrir justo debajo de la capa de grasa superficial. La presencia de hoyuelos en la piel es un indicador de que la cánula reside en una ubicación demasiado superficial, lo que puede provocar irregularidades obvias en el contorno.

La liposucción tradicional asistida por succión con cánulas es la técnica más utilizada; sin embargo, existen avances tecnológicos recientes que han

Tratado de Cirugía Plástica

llevado a nuevas técnicas que merecen ser discutidas.

La liposucción asistida por energía utiliza una cánula que tiene un pequeño motor que hace oscilar la cánula de un lado a otro, lo que se cree que hace que el proceso sea más eficiente(7)

La liposucción asistida por ultrasonido utiliza una cánula de ultrasonido, que provoca la descomposición de las células adiposas, que luego se pueden succionar con una cánula estándar, nuevamente con el objetivo de aliviar la fatiga del cirujano y aumentar la eficiencia del procedimiento(8)

La liposucción asistida por láser utiliza una cánula equipada con láser para ayudar a descomponer el tejido adiposo objetivo, que luego se puede succionar, lo que también demuestra una mayor eficiencia en términos de reducción de grasa. (9)

Independientemente de la tecnología empleada, el punto final de la liposucción se basa en el juicio clínico del cirujano basado en la falta de tejido adiposo palpable en el área objetivo.

Complicaciones

Se debe advertir a los pacientes antes del procedimiento que definitivamente se esperan algunas complicaciones, como hematomas posoperatorios. Las siguientes son algunas complicaciones comunes que el paciente y el equipo deben tener en cuenta:

La complicación más común de la liposucción es la presencia de hematomas y deformidades en el contorno. Los pacientes deben saber que ciertamente se esperan hematomas postoperatorios y pueden tardar de 1 a 2 semanas en desaparecer; sin embargo, el edema posterior al procedimiento puede tardar varias semanas en desaparecer y, por lo tanto, es posible que la forma y el contorno finales no sean evidentes hasta que se resuelva la inflamación.

- Seroma
- Aumento de peso temporal
- parestesias

Las complicaciones más desastrosas pero también menos comunes de la liposucción incluyen embolia grasa (presente con dificultad para respirar y disnea), TVP (dolor en el área de la pantorrilla e hinchazón de las piernas) y embolia pulmonar (signos de disnea y taquicardia).

La atención médica de emergencia para estas afecciones es de suma importancia porque el resultado puede ser fatal(10)

Como se indicó anteriormente, la autorización médica y la revisión de la medicación pueden ayudar a prevenir la formación de TVP, al igual que la

Tratado de Cirugía Plástica

profilaxis anticoagulante y el uso de dispositivos de compresión secuencial en las piernas bilaterales, y alentar la deambulacion tan pronto como el paciente pueda tolerar el posoperatorio(11)

Toxicidad de la lidocaína: se ha demostrado en la literatura que cuando se usa en soluciones humectantes, la inclusion del anestésico local de lidocaína se puede usar de manera segura por encima de las dosis comúnmente recomendadas cercanas a los 35 mg/kg.(12) Sin embargo, la toxicidad anestésica ciertamente aún puede ocurrir. El peligro de tal toxicidad radica en un paciente bajo los efectos de la anestesia general, donde los efectos iniciales de entumecimiento perioral y tinnitus no pueden ser provocados. Como resultado, es posible que la toxicidad de la lidocaína no se note hasta que se presenten anomalías cardiovasculares.

El manejo de la toxicidad del anestésico local incluye el cese del anestésico local y la administracion de oxigenación, medicamentos para prevenir y/o controlar las convulsiones (p. ej., benzodiazepinas) y una infusion de emulsion de lípidos al 20 %, comenzando con un bolo de 100 ml durante 2 a 3 minutos y luego 200 a 250 ml infundidos durante los siguientes 15 a 20 minutos.(13)

Bibliografía

1. Liposucción - Mayo Clinic [Internet]. www.mayoclinic.org. [cited 2022 Jun 24]. Available from: <https://www.mayoclinic.org/es-es/tests-procedures/liposuction/about/pac-20384586>
2. Illouz YG. History and current concepts of lipoplasty. *Clin Plast Surg*. 1996;23:721
3. García O Jr, Nathan N. Comparative analysis of blood loss in suction-assisted lipoplasty and third-generation internal ultrasound-assisted lipoplasty. *Aesthet Surg J*. 2008;28:430-435.
4. Hawn MT, Houston TK, Campagna EJ, et al. The attributable risk of smoking on surgical complications. *Ann Surg* 2011; 254(6):914-920. doi:10.1097/SLA.0b013e31822d7f81
5. Chia CT, Neinstein RM, Theodorou SJ. Medicina basada en la evidencia: liposucción. *Cirugía Plast Reconstr: ene*; 139 (1):267e-274e. [PubMed]
6. Méndez BM, Coleman JE, Kenkel JM. Optimización de los resultados y la seguridad del paciente con la liposucción. *Aesthet Surg J*. 2019 01 de enero; 39 (1): 66-82. [PubMed]
7. Abboud MH, Dibo SA, Abboud NM. Liposucción y lipofilling asistidos por potencia: técnicas y experiencia en injertos de grasa de gran volumen. *Aesthet Surg J*. 2020 29 de enero; 40 (2): 180-190. [PubMed]
8. Zocchi ML. Física básica para la lipoplastia asistida por ultrasonido. *Clin Plast Surg*. 1999 abril; 26 (2):209-20; vii. [PubMed]
9. Pereira-Netto D, Montano-Pedroso JC, Aidar ALES, Marson WL, Ferreira LM. Liposucción asistida por láser (LAL) versus liposucción tradicional: revisión sistemática. *Cirugía Estética Plástica*. 2018 abril; 42 (2):376-383.
10. Ginggrass MK. Complicaciones de la lipoplastia y su prevención. *Clin Plast Surg*. 1999 julio; 26 (3):341-54, viii.
11. Swanson E. Reconsideración del papel de la anticoagulación de rutina para la prevención de la tromboembolia venosa en cirugía plástica. *Ann Plast Surg*. 2020 agosto; 85 (2):97-99.
12. Klein JA. La técnica tumescente para anestesia regional permite dosis de lidocaína de 35 mg/kg para liposucción. *J Dermatol Surg Oncol*. 1990 marzo; 16 (3): 248-63.
13. Gitman M, Fettiplace MR, Weinberg GL, Neal JM, Barrington MJ. Toxicidad sistémica por anestésicos locales: una revisión de la literatura narrativa y una actualización clínica sobre prevención, diagnóstico y manejo. *Cirugía Plast Reconstr*. 2019 septiembre; 144 (3):783-795. [PubMed] [Lista de referencias]

Tratado de Cirugía Plástica

CAPÍTULO 4

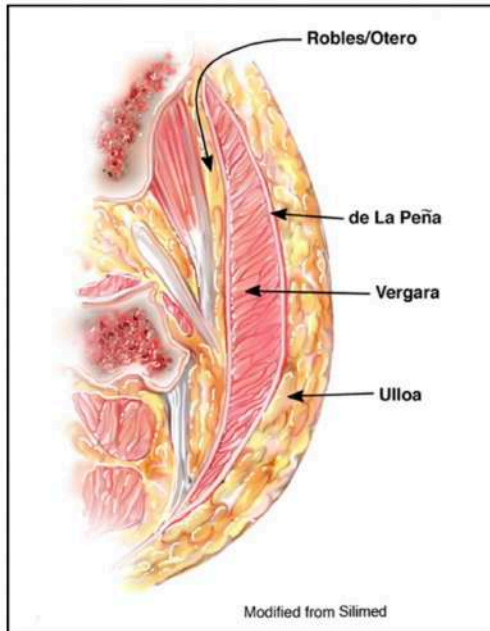
Gluteoplastia

Maria Teresa Rosas Romero

Tratado de Cirugía Plástica

Históricamente, se han colocado varios implantes para aumentar la región de los glúteos. Bartels et al.(1) en 1969, fueron los primeros autores en describir la reconstrucción de glúteos con implantes mamarios. El procedimiento obtuvo una mayor aceptación después de que Cocke y Ricketson describieran la colocación de una prótesis de panqueque silastic para corregir la depresión lateral de los glúteos en la década de 1970, después de que González-Ulloa popularizara y refinara la técnica como un procedimiento cosmético con un bolsillo subcutáneo en 1991, y después de que se colocaran implantes. desarrollado específicamente para la zona de los glúteos. (1)(6) Desde entonces, se han propuesto varias técnicas para la implantación de glúteos, que difieren principalmente con respecto a la ubicación del implante. González-Ulloa (4),(7) aumento descrito debajo de la capa subcutánea. De la Peña (7),(8) emplean un abordaje subfasial, Vergara y Marcos (7),(9) intramuscular y Robles et al (7),(10) submuscular (Figura 1). Sin embargo, muchos cirujanos plásticos son reacios a realizar un aumento de glúteos con implantes debido al riesgo de problemas y complicaciones como la lesión del nervio ciático.

Figura 1.



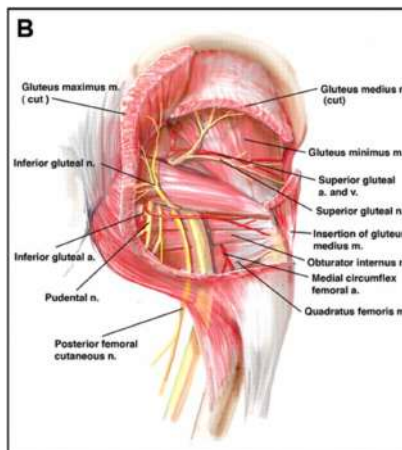
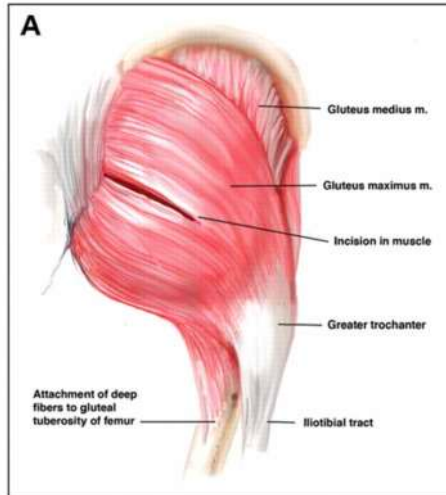
Anatomía

El músculo glúteo mayor es el músculo más grueso del cuerpo humano, con un tamaño de 4 a 7 cm. Se origina en la cresta ilíaca, íleon, sacro, coxis y ligamento tubérculo sacro, con inserciones en la línea rugosa y

Tratado de Cirugía Plástica

y tuberosidad glútea del fémur y el tracto ileotibial de la fascia lata. (11) (16) El músculo actúa como un poderoso extensor del muslo y estabiliza la pelvis durante los movimientos que requieren fuerza, como sentarse y correr. (5), (12) Está vascularizado por dos grandes pedículos (tipo III, según Mathes y Nahai), las arterias glúteas superior e inferior (Figura 2). (13),(14) El músculo piriforme se origina en el sacro y se inserta en el borde superior del trocánter mayor del fémur. (12),(14),(15) Es muy importante porque divide el agujero ciático superior, con el nervio ciático pasando inferiormente (Figura 2B). (12),(15),(16)

Figura 2.



Tratado de Cirugía Plástica

Nervio ciático

El nervio ciático es el nervio más grande del cuerpo humano, comprende los nervios tibial y fibular, y sale de la pelvis por debajo del músculo piriforme (Figura 3). Se encuentran variaciones anatómicas en alrededor del 30% de los casos, como cuando el nervio se encuentra por encima oa través del músculo piriforme o el paso de los nervios fibular y tibial por separado por encima y por debajo del músculo. Sin embargo, con la técnica intramuscular, el nervio siempre estará protegido por una capa muscular, incluso en casos de variaciones anatómicas (Figura 4). (12) , (14) ,(15)

Figura 3.

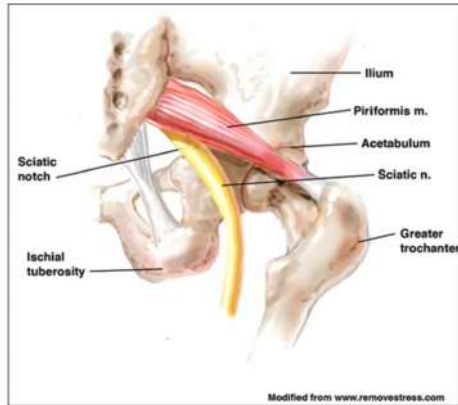
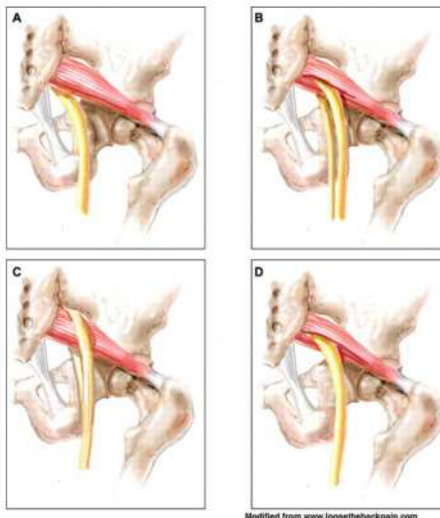


Figura 4.



Tratado de Cirugía Plástica

Marcado de puntos de referencia anatómicos

A través de la disección de siete cadáveres frescos y formalizados y una revisión de trabajos publicados previamente, (4),(5),(7),(10),(13), (17), (18) desarrollamos lo siguiente basado en puntos de referencia óseos que podían fijarse y eran fácilmente identificables: sacro, cóccix , espina iliaca posteroinferior, cresta iliaca y trocánter femoral mayor. Hemos observado que el límite lateral del glúteo mayor puede identificarse mediante una línea que une el tercio medial de la cresta iliaca y el gran trocánter femoral. Se puede palpar durante la contracción voluntaria (Figura 5). El tercio medio de la distancia entre la espina iliaca posterosuperior y el coxis corresponde a los límites superior e inferior del músculo piriforme (inserción en el trocánter femoral mayor). El nervio ciático emerge justo debajo de este músculo, en la línea media del muslo al nivel del cóccix (Figuras 5 y 6).

Figura 5.

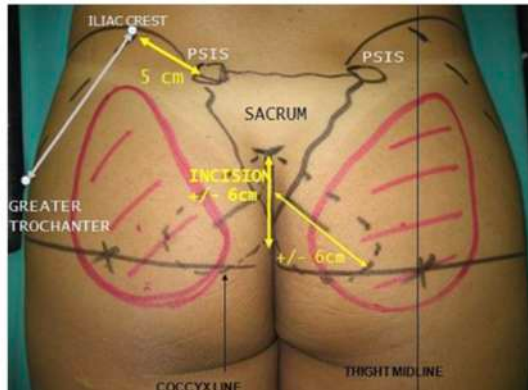
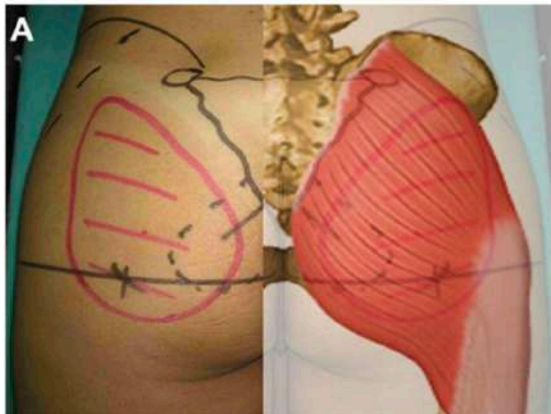


Figura 6.

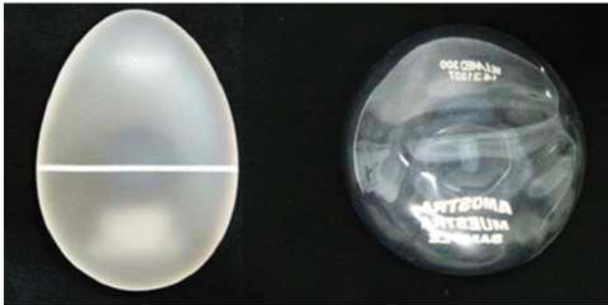




Implantes

A lo largo de los años, se han utilizado diferentes tipos de implantes para el aumento de glúteos, ya sea de base redonda o anatómica y de superficie lisa o texturizada, como los implantes propuestos por Hidalgo, Vergara y De la Peña. 5 Hemos utilizado implantes de glúteos de gel cohesivo con base esférica o anatómica (modelo de cuarzo/Silimed, Río de Janeiro, Brasil) y con una superficie lisa debido al bajo riesgo de contractura capsular con colocación intramuscular (Figura 7). Empleamos análisis fotográficos para determinar el tamaño y tipo de implante que obtendría la mejor proyección de glúteos para cada caso. (7) , (19) , (20)

Figura 7.



Técnica

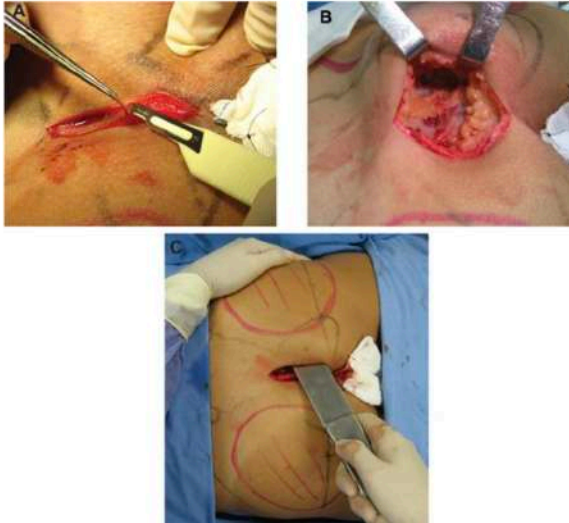
La capa subcutánea se infiltró con solución de epinefrina 1:200.000. Se realizó una incisión en la piel de 6 cm posicionada dentro de la zona de 5 mm de ancho en el surco interglúteo. Se realizó disección subcutánea a 45 grados, preservando así el ligamento sacro y extendiendo hasta la

Tratado de Cirugía Plástica

a aponeurosis del músculo glúteo máximo. Por encima de este plano, la disección prosiguió a lo largo de las fibras musculares, midiendo 6 cm de longitud.

Mediante disección roma, se abrió un sitio de colocación intramuscular a una profundidad de 3 cm y 1 cm más ancho que la base del implante, para asegurar que el implante quedara completamente cubierto por el músculo glúteo mayor, evitando así lesionar el nervio ciático que está debajo y protegido por el músculo. La profundidad de la bolsa intramuscular es un tema crítico debido al riesgo de hernia del implante y lesión del nervio ciático si la disección es demasiado superficial o demasiado profunda, respectivamente. Esta disección se inició cranealmente para evitar la ruptura involuntaria del músculo y la posterior herniación del implante (Figura 8).

Figura 8.

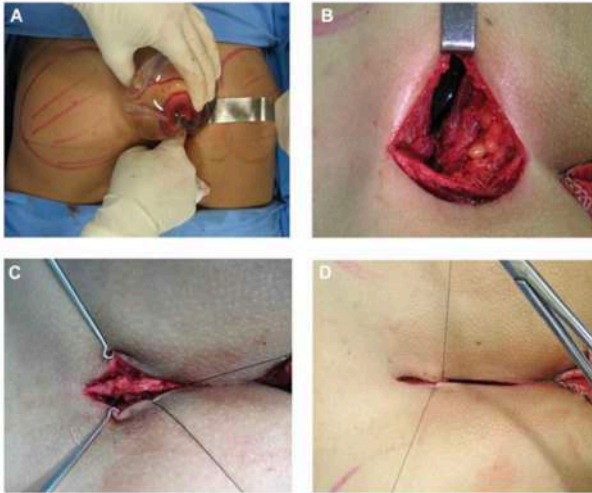


Tras introducir el implante en la posición más adecuada a cada caso concreto, de forma que el implante quedara cubierto por la superficie del músculo glúteo mayor (Figura 9), se procedió al cierre muscular con mononylon 2-0 fascia incluida. Se colocó una sutura quirúrgica en el desprendimiento subcutáneo uniéndolo a la fascia del músculo glúteo mayor para evitar el seroma. El surco interglúteo se reconstituyó con una sutura de mononylon 3-0 uniendo la capa celular subcutánea profunda al ligamento sacro, seguida de una sutura subdérmica (incluyendo la dermis decorticada) y finalmente una sutura intradérmica (Figura 10).

Figura 9.



Figura 10.



Cuidado Postoperatorio

Se aconsejó a los pacientes que descansaran en decúbito prono durante siete días después de la operación. Se les indicó que evitaran sentarse y, si fuera necesario sentarse, hacerlo flexionando el tronco. El vendaje se cambió diariamente y se mantuvo una faja durante un mes.

Creemos que la técnica descrita ofrece la opción óptima para el aumento estético primario. En algunos casos secundarios y secuelas de

Tratado de Cirugía Plástica

poliomielitis, el grosor del músculo puede ser insuficiente para soportar el implante, lo que requiere una técnica alternativa, como la colocación de un implante submuscular o subfascial.

Bibliografía

1. Bartels RJ O'Malley JE douglas WM wilson RG .Uso inusual de la prótesis mamaria Cronin.Cirugía plástica de reconstrucción1969;44:500.
2. Gallo WM Ricketson GRAMO .Aumento de glúteos.Cirugía plástica de reconstrucción1973;52:93.
3. Peña JA rubio VO cano JP Cedillo MC Garcés MONTE .Historia del aumento de glúteos.Cirugía Plástica Clin2006;33:307-319.
4. González-Ulloa METRO .Gluteoplastia: un informe de diez años.Cirugía plástica estética1991;15:85-91.
5. Mendieta C.G. .Gluteoplastia.Cirugía Estética J2003;23:441-455.
6. Nahai F .El Arte de la Cirugía Estética: Principios y Técnicas.San Luis, MO:Publicaciones médicas de calidad;2005.
7. Melega JM .Cirugía Plástica Fundamentos y Arte—Cirugía Estética.Rio de Janeiro:Medsj;2003.
8. de la peña JA Monjardín LH Gamboa LF .Gluteoplastia de aumento: consideraciones anatómicas y clínicas.Cirugía Plast Cosmet2000;17:1-12.
9. Vergara R marcos METRO .Implantes de glúteos intramusculares.Cirugía plástica estética1996;20:259-262.
10. Robles JM Tagllapertra JC Grandl YMA .Gluteoplastia de aumento: Implante submuscular.Cir Plástica IberoLatinoamericana1984;10:365-375.
11. Centeno RF Joven VL .Anatomía clínica en cirugía estética de contorno corporal de glúteos.Cirugía Plástica Clin2006;33:347-358.
12. Garden Gris DJ O'Rahilly R .Anatomía—Estudo regional do corpo humano. 4ª ed.Rio de Janeiro:Guanabara Koogan;1988.
13. matemáticas sj .Cirugía plástica. 2ª ed.Filadelfia:Elsevier;2006.
14. matemáticas sj Nahai F .Clasificación de la anatomía vascular de los músculos: correlación experimental y clínica..Cirugía plástica de reconstrucción1981;67:177-187.
15. L Latarjet A .Tratado de Anatomía Humana. 8ª ed.Barcelona:salvat;1929.
16. williams ES Warnick R Dyson METRO barandilla LH .Gris Anatomía Humana. 37ª edición.Rio de Janeiro:Guanabara Koogan;1995.
17. Camarena LG Lentejuela JC .Gluteoplastia combinada: liposucción e implantes de glúteos.Cirugía plástica de reconstrucción1999;104:1524-1531.
18. gonzales R .Gluteoplastia de aumento: el método XYZ.Cirugía plástica estética2004;28:417-425.
19. Aiaché A .Recontorneado de glúteos con tratamientos combinados: implantes, liposucción y transferencia de grasa.Cirugía Clin Plast2006;33:295-403.
20. Guerra RC Quezad j .¿Qué hace que las nalgas sean hermosas? Una revisión y clasificación de los determinantes para lograrlos.Cirugía plástica estética2004;28:340-347.

Tratado de Cirugía Plástica

CAPÍTULO 5

Manga Gastrica

Omar Rodrigo Guamán Ordóñez

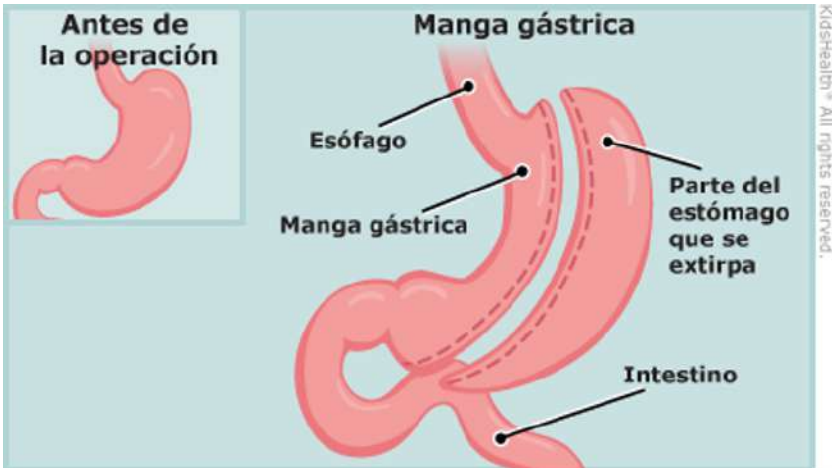
Tratado de Cirugía Plástica

Introducción

En esta operación, un cirujano extrae parte del estómago y construye un tubo estrecho o "manga" con el resto. El nuevo estómago en forma de plátano es mucho más pequeño que el estómago original. Al reducir el tamaño del estómago se reduce la cantidad de hormonas encargadas de controlar el apetito y la insulina. Por lo tanto, después de la operación, disminuirá el apetito de la persona y mejorará su resistencia a la insulina. La persona comerá menos cantidad de alimentos, se sentirá más satisfecha que antes y tendrá menos hambre. El procedimiento de la manga gástrica es irreversible. (1)

Definición

La manga gástrica es una cirugía mínimamente invasiva para la pérdida del exceso de peso. Se realiza cuando la dieta y el ejercicio no han funcionado o cuando tienes problemas de salud debido al sobrepeso. El objetivo del procedimiento es reducir el volumen del estómago, logrando que el paciente se sienta satisfecho con una cantidad menor de alimentos. Adicionalmente, el estómago no podrá segregar tantas hormonas inductoras de hambre. Una hormona que se ve reducida es la Grelina. Esta hormona se produce en la sección del estómago que se retira. Y, como resultado, los pacientes sienten menos impulsos por comer (ansiedad).(2)



Fuente: Cirugía de manga gástrica (para Adolescentes) - Nemours KidsHealth [Internet].

Es la primera opción para pacientes con obesidad, con un IMC superior a 50, que no han conseguido perder el peso necesario mediante otros métodos como una dieta saludable y ejercicio. Esta técnica está indicada tanto para pacientes con obesidad extrema, es decir, que poseen un índice de masa corporal (IMC) mayor a 40; pero también pueden someterse a ella

Tratado de Cirugía Plástica

pacientes que evidencian grados de obesidad menor. También se pueden incluir aquellos pacientes que poseen un IMC superior a 30 y que cuentan con una enfermedad asociada, como presión alta, diabetes, apnea del sueño o síndrome metabólico.

La obesidad es una patología que conlleva muchas enfermedades asociadas graves, hasta el punto de poner en riesgo la vida del paciente. Una persona con obesidad presentará con facilidad problemas respiratorios y cardiovasculares.(3)

Indicaciones

A partir de las recomendaciones del panel de consenso del National Institute of Health de los EE.UU., que datan de 1991, se produjo una rápida difusión del tratamiento quirúrgico de la obesidad. Sus ya conocidas recomendaciones de indicar el tratamiento quirúrgico para pacientes portadores de Índice de Masa Corporal (IMC) > a 40 kg/m² y para pacientes que tienen un IMC > a 35 kg/m², pero con comorbilidades asociadas a la obesidad, han sido la referencia desde entonces. Sin embargo, en los últimos años y debido a factores como: buenos resultados del tratamiento quirúrgico, disminución importante de la morbimortalidad, aplicación de la técnica laparoscópica con todos sus beneficios, pobres resultados de la terapia médica y difíciles de mantener al largo plazo; en la práctica clínica son cada vez más los centros de obesidad que indican el tratamiento quirúrgico para pacientes portadores de IMC entre 30 y 35 kg/m², especialmente sobre 32 kg/m², en la medida que tengan comorbilidades metabólicas y que constituyen parte importante del foco a tratar, como son la diabetes mellitus y dislipidemias severas. (4)

Tabla 1. Indicaciones de Cirugía Bariátrica

• IMC igual o mayor de 40 kg/m ² .
• IMC igual o mayor de 35 kg/m ² con una comorbilidad mayor
• IMC como criterio puede ser el actual o el máximo obtenido previamente.
• Pacientes con DM tipo2 e IMC>35 kg/m ²
• Pacientes con DM tipo2 e IMC >30 kg/m ² : puede ser considerada de forma individualizada.
• Adolescentes: <ul style="list-style-type: none">· centros con experiencia en adultos que dispongan de cirugía pediátrica.· IMC>40 kg/m² y al menos una comorbilidad· 6 meses de seguimiento en un protocolo de pérdida de peso en un centro especializado· mostrar desarrollo óseo· capaz de cumplir la evaluación médica y psicológica previa a la cirugía

Fuente: Indicaciones de Cirugía Bariátrica. guías clínicas del grupo europeo interdisciplinario de cirugía bariátrica y Metabólica.

Tratado de Cirugía Plástica

Contraindicaciones

Las contraindicaciones específicas para realizar cirugía bariátrica están muy acotadas a: alcoholismo, abuso de drogas (activos) y la presencia de patología psiquiátrica no controlada o descompensada. También se considera una contraindicación muy relevante cuando el paciente no es capaz de comprender el procedimiento, sus riesgos, sus beneficios, la evolución esperada; ni será capaz de emprender los necesarios cambios en el estilo de vida que se requieren para el éxito de la intervención. (5)

Evaluación preoperatoria

La evaluación del paciente candidato a cirugía bariátrica involucra a múltiples disciplinas. Tiene por objeto diagnosticar cuál es el estado fisiológico del paciente, identificar objetivamente la presencia de factores que lo convierten candidato a ser tratado quirúrgicamente y pesquisar comorbilidades relevantes que deban ser manejadas para optimizar resultados. Esta optimización puede necesitar especialistas como cardiólogos, pneumólogos, gastroenterólogos, neurólogos, traumatólogos y psiquiatras.

Las evaluaciones iniciales son efectuadas por el cirujano bariátrico y el nutriólogo. La evaluación psicológica, hoy por hoy, es requisito fundamental exigido en EE.UU por compañías aseguradoras y por los Centros de Excelencia. Se ha adoptado hace ya largo tiempo en nuestro país como evaluación indispensable para plantear la cirugía bariátrica.(6)

Elegibilidad: qué técnica quirúrgica para qué paciente

La elección del procedimiento bariátrico es compleja y requiere de un cuidadoso análisis de los riesgos y beneficios específicos para cada paciente. Un aspecto relevante que hay que considerar es la experiencia del cirujano y las preferencias regionales y locales de cada centro quirúrgico para la recomendación de la técnica. De todas formas la elección debe estar basada en el análisis hecho por un equipo multidisciplinario.

Todas las técnicas quirúrgicas tienen sus propios riesgos y beneficios, y no existe información científica concluyente actual que permita recomendar operaciones específicas para cada paciente.

En su revisión de evidencia, la Asociación Europea de Cirugía Endoscópica concluyó que el procedimiento bariátrico de elección depende de factores individuales como el IMC, el riesgo perioperatorio, las variables metabólicas, la presencia de comorbilidades, las competencias del cirujano y, por último, las preferencias del paciente y del cirujano tanto como de su institución. (7)

Tratado de Cirugía Plástica

Técnicas quirúrgicas

Serán descritas las siguientes técnicas:

1. Bay-pass gástrico
2. Banda gástrica (ajustable o no)
3. Manga gástrica (Sleeve gastrectomy).(8)

Bypass Gástrico

El Bypass Gástrico es considerado mundialmente como el tratamiento quirúrgico estándar para la obesidad, por la gran cantidad de información que existe sobre esta operación y los buenos resultados reportados a muy largo plazo, en pacientes portadores de obesidad mórbida.

Técnica

Consiste en la creación de un pequeño reservorio gástrico a expensas de la curvatura menor, de no más de 30 ml. de capacidad, asociado a una gastroyeyunoanastomosis a un asa defuncionalizada en Y de Roux. El estómago distal permanece in situ y queda excluido del tránsito alimentario.(9)

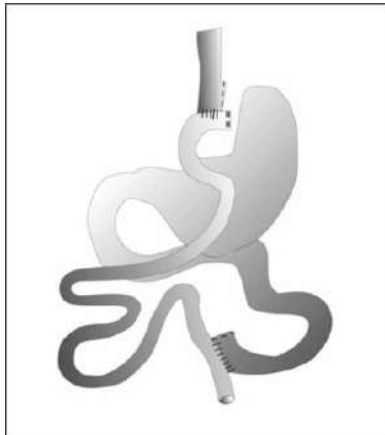


Figura 1. Bypass gástrico

Complicaciones

El desarrollo tecnológico asociado a la experiencia en cirugía mínimamente invasiva de los últimos 20 años, ha permitido que la gran mayoría de la cirugía bariátrica sea desarrollada por vía laparoscópica, incluido el Bypass Gástrico. La conversión a cirugía abierta, sin embargo, existe y está reportada entre 0 a 5,7%.(9)

Banda Gástrica Ajustable

La Banda Gástrica Ajustable es una operación frecuente en el mundo y su

Tratado de Cirugía Plástica

popularidad estaría fundada en su seguridad, eficacia, durabilidad y capacidad de ser ajustada. Ha sido catalogada clásicamente como un procedimiento restrictivo, que limita físicamente la ingesta a pequeños volúmenes, que el paciente debe tragar y esperar que el alimento transite hasta el estómago distal. Sin embargo, el pequeño remanente gástrico (aprox. 15-30 ml.), creado por sobre la banda, parece ser incapaz de acomodarse aún a pequeñas cantidades de comida. (10)

Técnica

Consiste en la instalación, por vía laparoscópica, de un dispositivo de silicona que consta de una banda propiamente tal, que es la que se instala intraabdominal en la parte alta del estómago, a unos 2 cm. por debajo de la unión esófago-gástrica, con una inclinación de unos 45° hacia el ángulo de His. Está conectada en forma hermética a un catéter del mismo material que sale del abdomen y se conecta a un reservorio subcutáneo, a nivel de la pared abdominal por fuera del plano muscular, en la profundidad de la grasa subcutánea a nivel de flanco izquierdo o sobre el recto anterior derecho.(10)

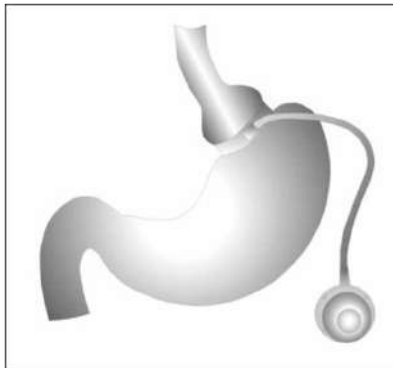


Figura 2. Banda gástrica ajustable

Complicaciones

Están referidas esencialmente a las complicaciones tardías, pues una de las ventajas de este método es que por ser relativamente simple desde el punto de vista técnico quirúrgico, las complicaciones perioperatorias son de 1,6%. Las reales complicaciones aparecen, a largo plazo, como consecuencia de portar un cuerpo extraño aplicando presión anular sobre la porción alta del estómago.(10)

Manga gástrica (Sleeve gastrectomy)

Comúnmente conocida como “gastrectomía en manga”, por la traducción literal al español de “sleeve gastrectomy”, la Gastrectomía Vertical es una técnica relativamente nueva en la cirugía bariátrica. La denominación de

Tratado de Cirugía Plástica

esta técnica en nuestro idioma ha sido controversial, pues de la traducción literal del término inglés resulta un concepto no estrictamente correcto en español, desde el punto de vista gramatical.(11)

Técnica

La GV es un tipo de gastrectomía subtotal que deja un estómago tubular a expensas de la curvatura menor, se extirpa alrededor de un 85 a 90% del estómago y no necesita la creación de anastomosis de ningún tipo. A pesar de que la extensión de la resección gástrica es amplia, el desarrollo de instrumental de sutura mecánica y de selladores vasculares ha permitido que esta técnica se realice por vía laparoscópica en forma expedita.(11)

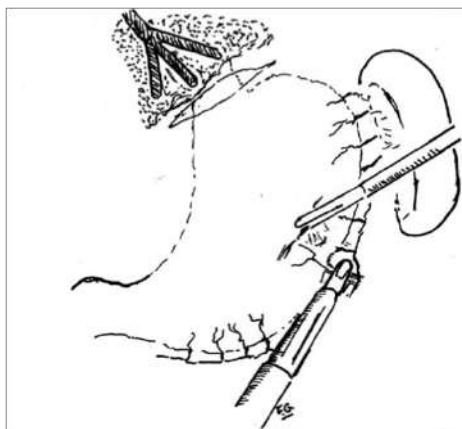


Figura 3. Gastrectomía vertical

Complicaciones

La frecuencia de complicaciones reportadas varía entre 3,4 a 16,2%, siendo la complicación más frecuente el sangrado, expresado como hemoperitoneo en un 0,4 a 8%, y la más temida de todas las complicaciones, la filtración, se ha reportado ocurrir entre un 0 a 4,3%. Recientemente se reporta una revisión sistemática de la literatura (29 trabajos, 4.888 pacientes) con un 2,4% de promedio de filtración. En un 89% de los casos ocurre en el tercio superior gástrico y cuando se utilizó una sonda de calibración de un diámetro 40 Fr. hubo 0,6% de filtración comparado con 2,8% cuando la sonda fue menor.(11)

Bibliografía

1. Cirugía de manga gástrica (para Adolescentes) - Nemours KidsHealth [Internet]. kidshealth.org. [cited 2022 Apr 6]. Disponible en: <https://kidshealth.org/es/teens/gastric-sleeve.html>
2. MangaGastrica [Internet]. doctortrinoandrade.com. [cited 2022 Apr 6]. Disponible en: <https://doctortrinoandrade.com/MangaGastrica>
3. Manga gástrica: qué es, síntomas y tratamiento [Internet]. Top Doctors. [cited 2022 Apr 6]. Disponible en: <https://www.topdoctors.es/diccionario-medico/manga-gastrica#>
4. Fernando Maluenda G. Cirugía bariátrica. Revista Médica Clínica Las Condes [Internet]. 2012 Mar 1 [cited 2020 Nov 2];23(2):180–8. Disponible en: <https://www.elsevier.es/es-revista-revista-medica-clinica-las-condes-202-articulo-cirugia-bariatrica-S0716864012702961>
5. Cirugía bariátrica - Mayo Clinic [Internet]. www.mayoclinic.org. Disponible en: <https://www.mayoclinic.org/es-es/tests-procedures/bariatric-surgery/about/pac-20394258>
6. La importancia de la fase pre-operatoria de la cirugía bariátrica [Internet]. LIMARP. [cited 2022 Apr 6]. Disponible en: <https://www.limarp.com/es/fase-pre-operatoria-cirugia-bariatrica/>
7. Antonio J, Corvalá L, Cordero F, Ortega Pallanez F, Hermosillo Valdez C, Calleja Enríquez C, et al. Manga gástrica laparoscópica como procedimiento bariátrico único CIRUGÍA ENDOSCÓPICA Resumen. Artículo original [Internet]. 2008;9(4). Disponible en: <https://www.medigraphic.com/pdfs/endosco/ce-2008/ce084d.pdf>
8. Brasesco O, As P, Corengia M. II-272 -1 - Cirugía bariátrica: técnicas quirúrgicas [Internet]. 2009. Disponible en: <https://sacd.org.ar/wp-content/uploads/2020/05/dsetentaydos.pdf>
9. BYPASS GÁSTRICO - Técnicas mixtas, restrictivas y malabsortivas [Internet]. Digestivodmq. 2017. Disponible en: <http://digestivodmq.es/bypass-gastrico/>
10. Banda gástrica ajustable [Internet]. Sanitas. [cited 2022 Apr 6]. Disponible en: <https://www.sanitas.es/sanitas/seguros/es/particulares/biblioteca-de-salud/dieta-alimentacion/peso-saludable/banda-gastrica-ajustable.html>
11. Cecilia DDM. Manga Gástrica o Sleeve Gastrectomy [Internet]. Dr. Martínez Cecilia. [cited 2022 Apr 6]. Disponible en: <https://www.drmartinezcecilia.com/manga-gastrica-o-sleeve-gastrectomy>

Tratado de Cirugía Plástica

CAPÍTULO 6

Abdominoplastia

Lorena Elizabeth Garcés Vaca

Tratado de Cirugía Plástica

Introducción

En la estética corporal el abdomen juega un papel principal en la imagen del cuerpo humano, en bipedestación, es de primordial importancia en la definición del contorno general del individuo; ya las formas más delgadas han sustituido las figuras voluptuosas que fueron idealizadas por artistas en el pasado. El abdomen es usualmente visto como parte. (1)



Fuente: Preguntas frecuentes sobre la abdominoplastia o cirugía estética del abdomen | Dr Molto [Internet]. 2018

Definición

La abdominoplastia es un procedimiento quirúrgico que consiste en la reconstrucción de la pared abdominal mediante la extirpación o eliminación del exceso de piel y grasa abdominal de la parte media y baja del abdomen. Permite reforzar la musculatura de la pared abdominal, aumentando tensión de la musculatura.(2)

Indicaciones

Generalmente los pacientes solicitan la corrección del contorno abdominal deformado por excesivo tejido graso acumulado, con flacidez de la piel y estrías cutáneas producidas por rotura de las fibras elásticas en virtud de distensión progresiva del dermis (obesidad, multíparas, ascitis). Es habitual la existencia asociada de diástasis de músculos rectos abdominales.(3)

Contraindicaciones

Incluso si actualmente la abdominoplastia se realiza principalmente con fines estéticos, el procedimiento no es adecuado para todos los pacientes que tienen una zona abdominal de aspecto antiestético. Condiciones tales como, mala circulación sanguínea, trastornos pulmonares o antecedentes de flebitis pueden considerar al paciente como no apto para someterse a

Tratado de Cirugía Plástica

una abdominoplastia. Otras contraindicaciones incluyen:

- La paciente desea tener más hijos en el futuro.
- El paciente no quiere quedar con una cicatriz permanente.
- El paciente no comprende los riesgos y posibles complicaciones involucradas.
- El paciente es fumador y no quiere dejar de fumar antes o después del procedimiento.
- El paciente tiene sobrepeso u obesidad.(4)

Preoperatorio

La etapa preoperatoria de la abdominoplastia y liposucción debe incluir: historia clínica, examen físico minucioso, exámenes de laboratorio. El marcaje preoperatorio debe realizarse con el paciente de pie, se debe evaluar el grado de flacidez y protrusión de la pared abdominal, así como determinar el área donde se efectuará la incisión.(5)

En la primera visita, el cirujano realiza un examen físico y una entrevista personalizada, para conocer las expectativas del paciente. Evalúa tres aspectos fundamentales: la piel, el tejido graso y la pared muscular.

Así mismo, define las características del abdomen, como son la elasticidad, la flaccidez, el grosor, la presencia de estrías, el tipo de piel, la forma del ombligo, acúmulos de tejido graso en algunas zonas y el estado clínico de la pared muscular (su integridad, la existencia de hernias o la «separación» de los músculos centrales (diastasis muscular)

A partir de este primer análisis y de una historia clínica completa, se indicará el tipo de abdominoplastia que requiere cada paciente y la necesidad de utilizar una técnica adicional.(6)



Figura 1. Examen abdominal que muestra flacidez del colgajo



Figura 2. Diseño sobre el colgajo abdominal inferior mostrando los límites anatómicos de la técnica de resección en bloque.

Técnica quirúrgica

En la abdominoplastia asociada a lipedectomía, la técnica más utilizada es con cortes verticales y horizontales. Para este procedimiento específico se usa la técnica de Pitanguy, donde el primer paso es trazar el reparo anatómico con el paciente en bipedestación, el punto medio de la incisión inferior localizado sobre la línea media que une la apófisis xifoides al pubis y 5 a 7 centímetros por encima del límite superior del vello pubiano. A partir de este punto se marca un ángulo de 120° y sus lados se proyectan hacia el pliegue inguinal. La longitud de ese trazo puede variar de 7 a 10 cm, dependiendo de la estatura del paciente; una vez en el pliegue inguinal, paralelo a él y de 1 o 2 cm por encima, se continúa con el trazo hasta llevarlo de 3 a 5 cm por debajo y en posición lateral a la espina iliaca anterosuperior de cada lado. Esta medida oscila generalmente entre los 14 y los 20 cm, elaborando un trazo de la misma longitud en el lado opuesto. Se verifica la línea media xifoides-pubis y se localiza el punto medio sobre el ombligo. Sumando a esto un trazo corto y otro largo y a partir del punto medio supraumbilical se marca esta longitud hasta donde se corta con el trazo inicial, procediendo de la misma manera en el lado opuesto. A partir del punto supraumbilical y sobre la línea anteriormente trazada se marca un punto que tenga la misma longitud del lado corto. Esto servirá para fijar posteriormente el borde superior al inferior en forma simétrica. Las espinas iliacas anterosuperiores quedan dentro del área demarcada. Con estos reparos procedemos a realizar las incisiones con disección cortante hasta encontrar el plano aponeurótico. Se realiza una cuidadosa hemostasia.(7)

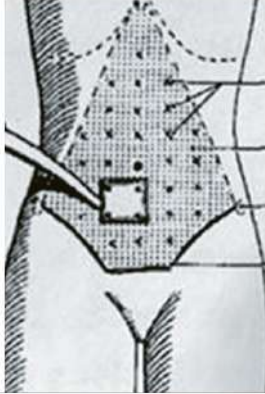


Figura 3a. Sutura acolchada. Técnica Baroudi.

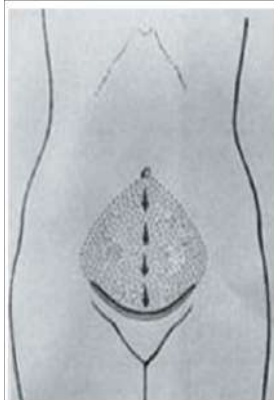


Figura 3b. Sutura de tensión progresiva. Hermanos Pollock

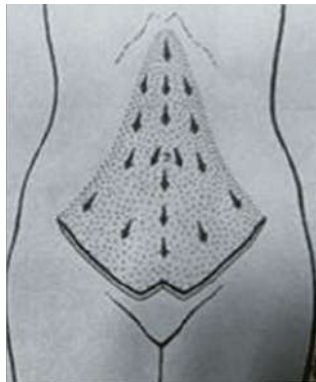


Figura 3c. Manejo de la tensión continua del colgajo abdominal

Tratado de Cirugía Plástica

Es recomendable, que al hacer la disección se deje una pequeña porción de grasa en forma de triángulo, al que se ha denominado «triángulo de seguridad», por encima del punto medio del pubis; sobre esta zona descansará la piel supraumbilical al descender el colgajo superior, siendo esta piel generalmente delgada en esta zona.

Una vez ha llegado la disección al plano aponeurótico, es preferible continuar la disección en forma roma, ya sea con digitodisección o con tijera. El levantamiento de este colgajo no es dificultoso, ya que entre el plano aponeurótico y el grasa existe un tejido laxo que permite y facilita la disección. Es importante, al hacer el despegamiento, ir realizando una perfecta hemostasia. Se recomienda electrocoagulación para los pequeños vasos y ligadura para los grandes vasos o perforantes. Cuando la disección ha llegado a la altura del ombligo, este se separa del colgajo haciendo una incisión triangular alrededor de él (se deja el ombligo fijo al plano aponeurótico). También se puede hacer una incisión circular alrededor del ombligo.(7)

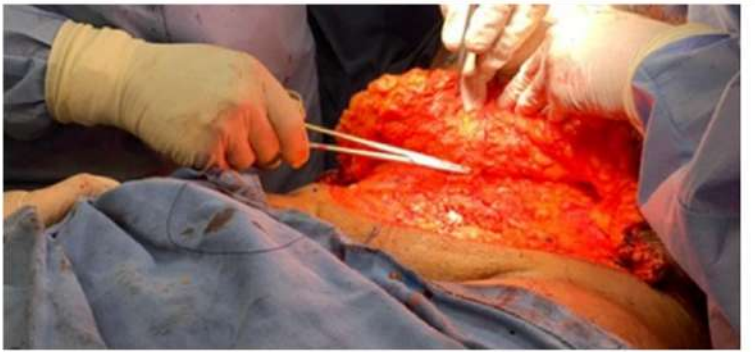


Figura 4. Suturas e infraumbilicales del método de tensión continua modificado



Figura 5. Resultado quirúrgico

Tratado de Cirugía Plástica

Postoperatorio

Es habitual que tras una intervención de este tipo el paciente esté ingresado un día en la clínica.

Es poco frecuente, pero tras la operación pueden aparecer algunas molestias e incluso algo de dolor. Las nuevas técnicas permiten que la intervención sea más rápida y efectiva que antes, por lo que no suele haber ninguna complicación. Si finalmente hubiese algún tipo de molestia, el doctor siempre deja un tratamiento analgésico y no suele presentarse el dolor.

Durante un par de semanas después de la intervención es aconsejable limitar la actividad física, pero se debe movilizar las piernas y el tronco debe permanecer curvado hacia adelante. De este modo se evitarán tensiones en la cicatriz y en el tejido reestructurado tras la operación. Así mismo, han de limitarse los esfuerzos, lo que incluye la práctica de deporte al menos durante cuatro semanas. Caminar con moderación sí está permitido e incluso es recomendable. La vuelta a la normalidad ha de ser progresiva, será unas semanas después y siempre supervisados por el doctor.(8)

Complicaciones

Las complicaciones más frecuentes son:

Respiratorias: Se producen por secreciones bronquiales que pueden provocar atelectasias por falta de expansión pulmonar. Por ello la función pulmonar previa debe ser óptima, la plicatura mesurada y debe hacerse prevención kinésica instruyendo antes de la operación al paciente, instándolo a participar activamente en esta ejercitación.

Tromboembolismo: Es una complicación que debe ser prevenida obligatoriamente en esta operación, es de baja incidencia, sin embargo muy grave.

Dehiscencia de sutura de la herida o de la plicatura: Puede ser por distensión o tracción. Para su prevención es necesario colocar una sonda Foley al paciente para evitar globo vesical en el postoperatorio y mantenerlo fajado y en posición semisentado durante la primera semana de operado. Se deben evitar la tos y el estreñimiento.

Necrosis localizada: Por alteración vascular del colgajo o del ombligo. Para su prevención, a los fumadores se les debe suspender el cigarrillo 15 días antes de operarse, por el poderoso efecto vasoconstrictor de la nicotina.

Infección de herida operatoria: La técnica debe ser muy rigurosa y la profilaxis antibiótica de regla. Lavado pre-quirúrgico del área con antisépticos, cambio de guantes frecuente durante la operación.(9)

Bibliografía

1. Rodríguez-Rodríguez YR, Vega-Rojas M, Batista-Serrano R, Febre-Reygada A. Abdominoplastia asociada al tratamiento quirúrgico de las hernias abdominales externas ventrales. *Revista Electrónica Dr Zoilo E Marinello Vidaurreta* [Internet]. 2019 May 1 [cited 2022 Apr 25];44(3). Disponible en: http://revzoilomarinellosld.cu/index.php/zmv/article/view/1738/pdf_590
2. Abdominoplastia [Internet]. *Salud Savia*. [cited 2022 Apr 25]. Disponible en: <https://www.saludsavia.com/contenidos-salud/otros-contenidos/abdominoplastia>
3. TRABAJOS CIENTÍFICOS [Internet]. [cited 2022 Apr 25]. Disponible en: https://www.cirujanosdechile.cl/revista_anteriores/PDF%20Cirujanos%202002_02/Cir.2_2002%20Abdominoplastia.pdf
4. Contraindicaciones para la abdominoplastia [Internet]. *Spanish Hourglass Tummy Tuck*. 2018 [cited 2022 Apr 25]. Disponible en: <https://spanish.hourglasstummytuck.com/revista/contraindicaciones-para-la-abdominoplastia/>
5. Del Carmen M, Peniche D, Bustamante Leija L. Abdominoplastia y sus complicaciones Caso CONAMED. 2016;59:Noviembre-Diciembre. Disponible en: <https://www.medigraphic.com/pdfs/facmed/un-2016/un166f.pdf>
6. Cirugía del Abdomen (ABDOMINOPLASTIA) [Internet]. Dr Antonio Tapia. [cited 2022 Apr 25]. Disponible en: <https://www.drtaapia.com/cirugia-del-abdomen-abdominoplastia/>
7. Díaz AB, Santos JT, Hemer SB, Hemer VB. Técnica modificada de tensión continua del colgajo abdominal: 29 años de experiencia. *Revista Colombiana de Cirugía Plástica y Reconstructiva* [Internet]. 2020 Dec 14 [cited 2022 Apr 25];26(2). Disponible en: <https://www.ciplastica.com/ojs/index.php/rccp/article/view/150>
8. Postoperatorio de una abdominoplastia [Internet]. Instituto Pérez de la Romana. 2020 [cited 2022 Apr 25]. Disponible en: <https://www.perezdelaromana.com/noticias/postoperatorio-de-una-abdominoplastia/>
9. Abdominoplastia [cited 2022 Apr 25]. Available from: https://www.google.com/url?sa=t&rct=j&q=&esrc=s&source=web&cd=&cad=rja&uact=8&ved=2ahUKEwjHybaY4K_3AhWImOAKHT9BBMoQFnoECAMQAQ&url=http%3A%2F%2Fwww.clc.cl%2Fclcpod%2Fmedia%2Fcontenidos%2Fpdf%2FMED_15_4%2FABdominoplastia.pdf&usq=AOvVaw17DZHP5L7aFB9H-THeDxAV

Cirugía Plástica

CAPÍTULO 7

Reconstrucción del Seno

María Cristina Aumala Barba

Cirugía Plástica

La mama es un símbolo primario de feminidad y forma parte integral de la identidad como mujeres, y por lo tanto es importante recuperarla cuando se ha perdido. La glándula mamaria tiene una localización en el tórax que va desde el segundo al séptimo espacio intercostal, de la línea paraesternal a la línea axilar anterior, y tiene una cola que llega hasta la axila. Además, la mama tiene parámetros considerados normales, como son su tamaño, el tamaño del complejo areola-pezones, la distancia entre la horquilla esternal y el pezón, la distancia entre la línea media y el pezón, y la distancia entre el pezón y el surco inframamario; en el momento de realizar algún tipo de reconstrucción mamaria se debe reformar la mama con dichas medidas o similares.

Las causas de deformidad de la mama pueden ser:

- secundaria a cáncer,
- deformidades congénitas
- trauma
- secuelas de infección
- absceso

Los cambios que se evidencian en la paciente posterior a la pérdida de la glándula mamaria por cualquiera de estas razones son la alteración de la autoimagen corporal y en la autoestima que debe pasar desapercibido, deterioro en la relación sexual, cambios en el comportamiento social y en el ánimo, como depresión o ansiedad.

El objetivo de la reconstrucción mamaria es restaurar el volumen, tamaño y posición dentro de la mama perdida. La reconstrucción mamaria se puede realizar de forma inmediata, es decir, en el mismo tiempo quirúrgico de la mastectomía, o tardía cuando se realiza un tiempo posterior a la mastectomía. La ventaja de realizar una reconstrucción inmediata es que la paciente no va a evidenciar la pérdida de su mama; sin embargo, sufrirá un cambio en su cuerpo e imagen, pero no se va a ver amputada o mastectomizada.

Además, esto trae beneficios tales como conservación de la integridad física, posiblemente mejores resultados estéticos, menor morbilidad y menor tiempo quirúrgico, por lo tanto, menos costo.

La reconstrucción mamaria en forma general no se realiza en un solo tiempo quirúrgico, considerándose cuatro etapas, pero no necesariamente se deben cumplir cuatro tiempos quirúrgicos. La primera etapa sería la reconstrucción de volumen y forma, la segunda etapa es la mamoplastia contralateral que busca tomar la mama sana y alterarla para que sea simétrica y parecida a la reconstruida; y por último reconstruir el complejo areola-pezones, esto se hará en uno o dos tiempos quirúrgicos.

Cirugía Plástica

La reconstrucción mamaria se puede realizar con tejido autólogo, es decir, con tejido propio del paciente, obtenido de otro lugar de la anatomía corporal o heteróloga, la cual incluye el uso de prótesis o implantes mamarios, e incluso, se pueden combinar ambos métodos. La decisión del tipo de reconstrucción depende de diferentes factores como el tipo de mastectomía, conservación de piel, conservación de complejo areola-pezones, conservación del músculo pectoral mayor o serrato anterior y disponibilidad de sitios donantes. Las ventajas de la reconstrucción autóloga son mayor durabilidad y naturalidad de los resultados, recuperación de la sensibilidad en algunos casos, entre otras.

La reconstrucción mamaria empezó a finales del siglo XIX con la transposición de tejido graso únicamente por Czerny. Posteriormente se comenzó a utilizar técnicas con colgajos tubulados, que sirven para reconstruir partes vitales, pero resultaba siendo un método muy complejo y largo. En el siglo XX se desarrollaron los primeros colgajos pediculados para reconstrucción mamaria; Tanzini empezó a utilizar el colgajo dorsal ancho, quien lo levantaba con tejido muscular y cutáneo basado en la arteria toracodorsal, y posteriormente lo rotaba para cubrir los efectos secundarios a mastectomías, pero sin lograr restaurar la forma, volumen o tamaño de la mama. Esta técnica ha venido evolucionando hasta el punto de que se puede crear diferentes diseños para lograr un resultado estético y funcional en la reconstrucción; además, este colgajo se puede combinar con prótesis en los casos que se requiera ganar volumen. En pacientes obesas, con importante panículo adiposo a nivel del dorso y mamas pequeñas, se puede tomar este tejido alrededor de la isla de piel y con el músculo dorsal ancho lograr la reconstrucción sin la necesidad de utilizar implantes.

Las técnicas de reconstrucción han presentado modificaciones a través del tiempo, como las realizadas por Mathes y Nahai, donde se podía mover los músculos sin el riesgo de perder colgajos. Teniendo en cuenta lo anterior, otra área anatómica donante para reconstrucción mamaria es el abdomen, con el colgajo del músculo recto abdominal conocido como colgajo TRAM; este colgajo de piel basado en el músculo recto abdominal, que toma una isla de piel transversal, durante una época fue considerado como la mejor manera y solución para recuperar la anatomía de la mama perdida, además de tener unos buenos resultados en la cicatriz donante, pero con la desventaja de quedar sin el recto abdominal, lo cual puede generar síntomas en el paciente a largo plazo, como pérdida de capacidad para realizar la maniobra de Valsalva o presión positiva en la micción o defecación.

La reconstrucción con prótesis inició con el desarrollo de las prótesis para aumento de volumen mamario en los años 60, pero están evolucionado en

Cirugía Plástica

su diversidad, teniendo en esta época diferentes tipos de prótesis, como redondas o anatómicas, y lisas o texturizadas. Para la reconstrucción mamaria con prótesis, es necesario tener un adecuado tejido de cubrimiento el cual se da generalmente a través del músculo pectoral mayor y serrato anterior, o con un colgajo de músculo dorsal ancho. En los casos que la paciente requiera radioterapia, y se haya realizado una reconstrucción con implantes, aumentarán los riesgos de complicaciones asociadas al implante como contractura capsular o extrusión del implante.

En la actualidad, se puede utilizar prótesis mamarias o expansores-implantes tipo Becker, el cual está constituido por una parte de gel y otra para expandir con solución salina a través de una válvula hasta el tamaño deseado y, posteriormente, retirar la válvula y dejar este tipo de procedimiento como reconstrucción definitiva. La ventaja de la reconstrucción por prótesis es menor tiempo quirúrgico o disminución de costos, pero sus desventajas es la formación de contractura capsular, pérdida de cobertura, extrusión y necesidad de nuevos procedimientos en el momento que se presenten estas complicaciones, para restaurar la anatomía de la mama. Otras complicaciones posibles son hematomas o falla de la válvula.

Otras opciones quirúrgicas de reconstrucción son los colgajos de perforantes. Los colgajos de perforantes son aquellos donde el tejido a transportar está nutrido y soportado por una arteria fuente, y tiene como ventaja que se puede preservar la función muscular; entre estos se encuentra el colgajo de perforantes de la arteria epigástrica profunda, el cual es actualmente el proceso estándar en reconstrucción mamaria. Estos colgajos se movilizan de un lugar como colgajos libres. Otros ejemplos son colgajos de perforantes de la arteria lumbar, colgajo de perforante de la arteria glútea superior o inferior. Dentro del abordaje de la reconstrucción mamaria también se incluye la reconstrucción del complejo areola pezón, donde para su reconstrucción primero se debe definir la posición, tamaño y la forma con base al seno contralateral. Para su reconstrucción se pueden utilizar diferentes técnicas, las cuales incluyen injertos de piel, colgajos locales con un soporte cartilaginoso interno o tatuaje.

La mamoplastia compensadora hace referencia a técnicas de mamoplastia o mastopexia en la mama sana para lograr simetría con la mama reconstruida, pero solamente se debe realizar en los casos que sea necesaria, teniendo en cuenta que habrá pacientes cuya mama sana estará en buen estado. La última etapa de la reconstrucción mamaria son los refinamientos o retoques, donde se incluye los injertos grasos, revisión de cicatrices, reposicionar los implantes, creación de un nuevo surco mamario y restauración del pliegue axilar.

En algunos casos, debido a la complejidad, morbilidad de la paciente o

Cirugía Plástica

patología avanzada del cáncer, el objetivo de la reconstrucción será el cubrimiento del defecto, posterior a la mastectomía; donde se debe realizar el procedimiento con menor morbilidad y menos dispendioso para evitar complicaciones.

En conclusión, la reconstrucción mamaria se puede realizar con tejidos autólogos o heterólogos, o combinación de ambos, de forma inmediata o diferida; y está constituida por diferentes etapas para lograr resultados satisfactorios para la paciente. Dentro este proceso es crucial el manejo por cirugía plástica, donde se debe definir en conjunto con la paciente y el mastólogo, el momento y tipo de reconstrucción a realizar.

Bibliografia

1. *Kaya B, Serel S. Breast reconstruction. Exp Oncol. 2013;35(4):280-6.*
2. *Healy C, Allen RJ Sr. The evolution of perforator flap breast reconstruction: twenty years after the first DIEP flap. J Reconstr Microsurg. 2014;30(2):121-5.*
3. *Zhong T, McCarthy CM, Price AN, Pusic AL. Evidence-based medicine: breast reconstruction. Plast Reconstr Surg. 2013;132(6):1658-69.*

En el presente tratado de cirugía plástica ofrecemos algunos de los procedimientos más relevantes en cirugía plástica y reconstructiva. Ofrecemos los métodos más modernos en esta importante especialidad que ofrece una mejor calidad de vida en los pacientes.



ISBN: 978-9942-613-17-2



9 789942 613172

