

# Revista Argentina de Cirugía Plástica



REVISTA ARGENTINA DE CIRUGÍA PLÁSTICA | ENERO - MARZO DE 2018 | VOLUMEN 24 | NÚMERO 1

## MENSAJE DE ASUNCIÓN DEL PRESIDENTE

Esteban H. Elena

## INVITACIÓN DEL EDITOR

Gustavo Grgicevic

## IN MEMORIAM DEL DR. RICARDO BAROUDI

Comisión Directiva de SACPER

## DERMOLIPECTOMÍA EN FLOR DE LIS ASOCIADA A CURA OPERATORIA DE EVENTRACIÓN

Marisela Cemborain Valarino y cols.

## ABDOMINOPLASTIAS SECUNDARIAS. CLASIFICACIÓN DE LOS DEFECTOS Y PROPUESTAS TERAPÉUTICAS

Guillermo Blugerman y cols.

## DERMOLIPECTOMÍA ASOCIADA A DEFECTOS DE LA PARED ABDOMINAL

José María Schiavoni, Selene Falzone

## RINOMODELACIÓN CON HILO - FUNDAMENTO ANATÓMICO

José Durán

## RECONSTRUCCIÓN VULVAR CON COLGAJO FASCIOCUTÁNEO DEL SURCO GLÚTEO

Trabachino B y cols.



**SACPER**

Sociedad Argentina de Cirugía Plástica, Estética y Reparadora



**PUBLICACIONES  
LATINOAMERICANAS S.R.L.**



# SACPER

Sociedad Argentina de Cirugía Plástica, Estética y Reparadora

## COMISIÓN DIRECTIVA ABRIL 2017-ABRIL 2018

### Presidente

Dr. Omar D. Ventura

### Vicepresidente

Dr. Esteban Elena

### Secretario General

Dr. Gustavo J. Marenzi

### Prosecretario

Dr. Oscar Marinacci

### Tesorero

Dr. Sergio Korzin

### Protesorero

Dr. Javier Loro Marchese

### Secretario de Actas

Dr. Juan Ignacio Seiler

### Director de Publicaciones

Dr. Carlos Schreiner

### Subdirector de Publicaciones

Dr. Sergio Polichella

### Vocales Titulares

Dr. Federico Álvarez

Dr. Gaspar Marcello

Dr. Aníbal Obaid

Dr. Antonio Miro

### Vocales Suplentes

Dr. Federico Aldaz

Dr. Guillermo Franze

Dr. Fabián Peláez

Dr. Pablo Reartes

### Presidente anterior

Dr. Rubén E. Rosati

## CAPÍTULOS, COMISIONES Y COMITÉS AÑO 2018

### CAPÍTULOS

#### Cirugía Estética

Cirugía de Rejuvenecimiento Facial:

Dr. Omar Lebus

Cirugía Peri-Orbitaria: Dr. Eduardo Errea

Cirugía Nasal: Dr. Federico Zapata

#### Cirugía de Quemados y Medicina Regenerativa

Dra. Carina Dipasquale

#### Cirugía Maxilofacial

Dr. Eduardo Gallo

#### Cirugía Infantil

Dr. Sebastián Apa

#### Cirugía de Miembros, Mano y Microcirugía

Dr. Ezequiel Escudero

#### Cirugía de Mamas

Dr. Omar Pellicioni

#### Procedimientos complementarios miniinvasivos en Cirugía Plástica

Dr. Cristian Leonhardt

#### Cirugía de Contorno Corporal

Dr. Germán González Vedoya

#### Cirugía Posbriátrica

Dr. Marcelo Cuadrado

#### Cirugía de Calvicie

Dr. Oscar Marinacci

#### Cirugía Genital y Transgénero

Dra. Lucila Mangas

### COMISIONES

#### Comisión de Docencia y Educ. Médica Continua

Coordinadora: Dra. Mirta Moreno

Integrantes: Dr. Guillermo Flaherty, Dr. Enrique Gagliardi, Dr. Ernesto Moretti

#### Comité de Ética

Titulares: Dr. Víctor Vassaro, Dr. Rubén Rosati, Dr. Jorge Buquet

Suplentes: Dr. Ernesto Moretti, Dr. Alfredo Santiago, Dr. Juan Carlos Seiler

#### Comisión Informática

Coordinadores: Dr. Carlos Schreiner, Dr. Miguel

Floria (Director y Subdirector de Publicaciones)

Respuesta de e-mails: Secretaría Sacper, Dr.

Oscar Marinacci

Asesor Página Web: Dr. Sergio Polichella

#### Comisión de Asuntos Legales

Coordinador: Dr. Francisco Famá

Integrantes: Dr. Patricio F. Jacovella, Dr. Carlos Sereyday

#### Junta Electoral

Dr. Manuel Viñal, Dr. Guillermo Flaherty,

Dr. Carlos Zavalla

#### Comisión de Seguridad

Dr. Héctor Llobera, Dr. Antonio Miro, Dr. Oscar

Marinacci, Dr. Gustavo Schenone

#### Comisión Nacional de Seguimiento y Vigilancia del Linfoma Anaplásico de Células Gigantes (ALCL)

Coordinador: Dr. Martín Colombo

Integrantes: Dr. Hugo Loustau, Dr. Enrique Gagliardi

#### Comisión de Estadística

Coordinador: Dr. Juan Ignacio Seiler

Integrantes: Dr. Martín Colombo, Dr. Federico Álvarez

#### Consejo de Relaciones Internacionales de la SACPER

Dr. Guillermo Vázquez (FILACP), Dr. Omar Ventura (Cono Sur), Dr. Juan Carlos Traverso (Cono Sur), Dr. Fabián Cortiñas (ISAPS), Dr. Juan Carlos Rodríguez (ICOPLAS)

#### Comisión de Acreditación de Unidades Docentes

Coordinador: Dr. Ricardo Yohena

Integrantes: Dr. Walter Servi, Dra. Sandra Filiciani

#### Comité de Recertificación

Presidente: Dr. Julio Luis Cianflone

Secretario: Dr. Jorge Alberto Herrera

Vocales: Dr. Jorge Alberto Buquet, Dr. Alfredo J. Pardina, Dr. Manuel Viñal

Rep. de Comisión Directiva: Dr. Oscar Marinacci

#### Comisión del Centro de Referencia y Contra- referencia para el Tratamiento de las Fisuras Labialveolopatínicas

Asesor: Dr. Rodolfo Ramón Rojas

Director General: Dr. Carlos Alberto Perroni

Coordinadora de Campaña: Dra. Martha Mogliani

Coordinadora Científica: Dra. Paulina Iwanyk

Secretaria: Dra. Mirta Susana Moreno

Tesorero: Dr. Javier Loro Marchese (SACPER)

#### Representantes Regionales:

Dra. Mirta Moreno (Buenos Aires)

Dr. Carlos Perroni (La Plata)

Dr. Dante Masedo (Chaco)

Dr. Hugo Vellice (Tucumán)

Dra. Inés Garcés (San Juan)

Dr. Aníbal Ojeda (La Rioja)

Dra. Carolina Cramaro (Santiago del Estero)

Dr. Guillermo Iturraspe (Rosario)

Dr. Guillermo Franze (Patagonia)

Dr. Gustavo Abrile (Misiones)

Dr. Domingo Hernández (Neuquén)

Dr. Andrés Garramone (Córdoba)

#### Comisión de Admisión de Trabajos a Premio

Dr. Juan C. Rodríguez (Vicepresidente SACPER)

Dr. Oscar Marinacci (Secretario Gral. SACPER)

Dr. Raúl Tolaba (Prosecretario Gral. SACPER)

#### Comisión Permanente de Congresos

Coordinador: Dr. Hugo Bertone

Integrantes: Dr. Juan Carlos Seiler, Dr. Jorge R. Patané, Dr. Enrique Gagliardi, Dr. Horacio García

Igarza, Dr. Néstor Vincent

#### Comisión de Regulación del Ejercicio de la Cirugía Plástica

Dr. Juan Carlos Rodríguez

#### Comisión de Relaciones Institucionales

Represent. frente a la ACAP: Dr. Sergio Korzin

Represent. frente a la ANMAT: Dr. Pedro Bistoletti

#### Coordinador de Regionales

Dr. Carlos Schreiner

#### Comisión de Relaciones Intersocietarias

Dr. Raúl Banegas

#### Departamento de Prensa y Difusión

Dr. Jorge Pedro

#### Comisión de Actividad Solidaria

Dr. Javier Loro Marchese

Dr. Oscar Marinacci



SACPER

Sociedad Argentina de Cirugía Plástica, Estética y Reparadora

Registro de la Propiedad Intelectual en trámite. Reservados todos los derechos. Ninguna parte de esta publicación puede ser reproducida en forma o medio alguno, electrónico o mecánico, incluyendo fotocopias, grabaciones y otros sistemas de información presentes o futuros sin la autorización por escrito del titular del Copyright.

Propietario: Sociedad Argentina de Cirugía Plástica | Viamonte 2146 piso 6º Piso | C1056ABH CABA - Argentina

# Revista Argentina de Cirugía Plástica

## COMITÉ DE REDACCIÓN AÑO 2018

### Editor

Dr. Gustavo F. Grgicevic

### Coeditora

Dra. Georgia Martínez

### Comité Editor

Dr. Alejo Paredes  
Dr. Aníbal Arolfo  
Dr. Gabriel Wexler  
Dr. Ezequiel Picech

### Consejo Consultor Nacional

Prof. Dr. Patricio Jacovella  
Dr. Javier Vera Cucchiaro  
Dr. Gustavo Abrile

## AUTORIDADES DE REGIONALES AÑO 2018

### 1. Región Buenos Aires (Ciudad Autónoma de Buenos Aires y Provincia de Buenos Aires)

Mail Regional: info@scpba.org.ar

Web: www.scpba.org.ar

Presidente: Dr. Justo La Torre Vizcarra

Vicepresidente: Dr. Pedro Bistoletti

Secretario: Dr. Fabián Cortiñas

### 2. Región La Plata (Ciudad de La Plata)

Web: www.cirurgiaplascalp.com.ar

Presidente: Dr. Marcelo Irigo

irigomarcelo@gmail.com

Vicepresidente: Dr. Federico Álvarez

Secretario: Dr. Esteban Spinelli

### 3. Región Mar del Plata (Ciudad de Mar del Plata)

Web: www.cirurgiaplamicamp.com.ar

Presidente: Dr. José Luis Soplan

jlsoplan@gmail.com

Vicepresidente: Dr. Ernesto Parellada

### 4. Región Rosario y Litoral (Provincias de Santa Fe y Entre Ríos)

Mail Regional: sociplasrosalito@gmail.com

Presidente: Dr. Edgardo Bisquert

Vicepresidente: Dr. Alberto Tuninetti

Secretario: Dr. Carlos Arce

### 5. Región Córdoba y Centro (Provincias de Córdoba, San Luis y La Pampa)

Web: www.cirurgiaplasicacba.com.ar

Presidente: Dr. Nicolás Fagalde

nicolas.fagalde1@gmail.com

Vicepresidente: Dr. Paul Nani

Secretario: Dr. Sergio Ledesma

### 6. Región Nordeste (NEA) (Provincias de Chaco, Corrientes, Formosa y Misiones)

sociadadcirugiaplasicaneaarg@gmail.com

Presidente: Dr. Gustavo Abrile

Vicepresidente: Dr. Germán González Vedoya

Secretario: Dr. Alejo Paredes

### 7. Región Noroeste (NOA) (Provincias de Tucumán, Salta, Jujuy, Catamarca y Santiago del Estero)

Presidente: Dr. José Durán

joseduran\_cirugia@hotmail.com.ar

Vicepresidente: Dr. Ricardo Lara

### 8. Región de Cuyo (Provincias de San Juan, Mendoza y La Rioja)

Presidente: Dr. Fabián Peláez

fabianpelaez@hotmail.com.ar

Vicepresidente: Dr. Gustavo Angela

Secretaria: Dra. Florencia Torresi

### 9. Región Patagónica (Provincias de Neuquén, Río Negro, Chubut, Santa Cruz y Tierra del Fuego)

Web: www.sociplasp.com

Presidenta: Dra. Romina Gutiérrez Abril

ayrabril@hotmail.com

Vicepresidente: Dr. Ramiro Esteves

ramiroestev@gmail.com

Secretaria: Dra. Myrian De Rosa

mickyderosa@yahoo.com.ar



### FOTO DE TAPA

#### Leonor Fini (1907-1996)

Las mutantes (1971)

Leonor Fini fue una artista y pintora surrealista argentina. Algunas de sus obras se pueden catalogar como surrealistas, por la mezcla de ensoñaciones y por el montaje de los elementos, que resultan más cercano a la mente inconsciente y a los deseos. Pero la mayor parte de su obra tiene su estilo personal: dulce y colorista. Además, su arte es muy femenino y con ideas centradas en la mujer. Sobre todo, la imaginación y su sensibilidad destacan en muchas de sus obras.



**SACPER**

Sociedad Argentina de Cirugía Plástica, Estética y Reparadora

### Sociedad Argentina de Cirugía Plástica

REGISTRO PROPIEDAD INTELECTUAL

Expediente N° 687144. Inscripta en el Boletín de OPS/OMS. ISSN: 0327-6945. Los trabajos de esta Revista se incluyen en la BASE DE DATOS MÉDICA LILACS, en la SOCIEDAD IBEROAMERICANA DE INFORMACIÓN CIENTÍFICA (Buenos Aires, Argentina). La Revista Argentina de Cirugía Plástica es una publicación de la Sociedad Argentina de Cirugía Plástica, Estética y Reparadora.

Comité de Redacción: Dr. Gustavo Grgicevic | revista@sacper.org.ar



**PUBLICACIONES**

LATINOAMERICANAS S.R.L.

### Producción editorial y gráfica

Publicaciones Latinoamericanas s.r.l.

Piedras 1333 2do C | (C1240ABC)

Ciudad Autónoma de Buenos Aires | Argentina

Tel/fax (5411) 4362-1600 | info@publat.com.ar

www.publat.com.ar

## Sumario

## Summary

REVISTA ARGENTINA DE CIRUGÍA PLÁSTICA | ENERO - MARZO DE 2018 | VOLUMEN 24 | NÚMERO 1

CARTA DEL PRESIDENTE   LETTER FROM THE PRESIDENT		20
<b>MENSAJE DEL PRESIDENTE DE SACPER</b> Message from the President of SACPER Esteban H. Elena	7	<b>ABDOMINOPLASTIAS SECUNDARIAS. CLASIFICACIÓN DE LOS DEFECTOS Y PROPUESTAS TERAPÉUTICAS</b> Secondary abdominoplasties. Classification of defects and therapeutic proposals Guillermo Blugerman, Francisco Villegas, Diego Schavelzon, Miguel Mussi, Victoria Schavelzon, Guido Blugerman
<b>INVITACIÓN DEL EDITOR</b> Gustavo Grgicevic	7	28
<b>REGLAMENTO DE PUBLICACIONES</b>	8	<b>DERMOLIPECTOMÍA ASOCIADA A DEFECTOS DE LA PARED ABDOMINAL</b> Dermolipectomy associated with abdominal wall defects José María Schiavoni, Selene Falzone
OBITUARIO   OBITUARY	10	33
<b>IN MEMORIAM DEL DR. RICARDO BAROUDI</b> In memoriam of Dr. Ricardo Baroudi Comisión Directiva de SACPER		<b>RINOMODELACIÓN CON HILO - FUNDAMENTO ANATÓMICO</b> Nasal modelling with thread - Anatomical basis José Durán
ARTÍCULOS ORIGINALES   ORIGINAL ARTICLES	11	39
<b>DERMOLIPECTOMÍA EN FLOR DE LIS ASOCIADA A CURA OPERATORIA DE EVENTRACIÓN</b> Fleur de lis abdominoplasty combined with incisional hernia repair Marisela Cemborain Valarino, Linda Rincón Rubio, Bernardette Gil Masroua, Angelique Bookaman Salazar, Katiana Gutiérrez Barroso		<b>CASO CLÍNICO   CLINICAL CASE</b> <b>RECONSTRUCCIÓN VULVAR CON COLGAJO FASCIOCUTÁNEO DEL SURCO GLÚTEO</b> Vulvar reconstruction with fasciocutaneous flap of the gluteal fold Trabachino B, Etcheverry M, Filicani S, Siemienczuck G

# Sumario analítico

## Analytic Summary

REVISTA ARGENTINA DE CIRUGÍA PLÁSTICA | ENERO - MARZO DE 2018 | VOLUMEN 24 | NÚMERO 1

### ARTÍCULOS ORIGINALES | ORIGINAL ARTICLES

#### DERMOLIPECTOMÍA EN FLOR DE LIS ASOCIADA A CURA OPERATORIA DE EVENTRACIÓN

Marisela Cemborain Valarino, Linda Rincón Rubio, Bernardette Gil Masroua, Angélique Bookaman Salazar, Katiana Gutiérrez Barrozo

**Antecedentes y objetivos.** Las deformidades de la pared abdominal representan un motivo de consulta frecuente en cirugía general y cirugía plástica. En los pacientes con pérdida masiva de peso, la deformidad del contorno abdominal puede ser consecuencia tanto de la flaccidez y exceso cutáneo como de eventraciones abdominales secundarias a cirugía bariátrica o de otro origen. Determinar si el tratamiento combinado de dermolipsectomía abdominal en flor de lis con cura operatoria de eventración representa una opción segura, efectiva y con mayores beneficios tanto desde el punto de vista estético como funcional.

**Materiales y métodos.** Se incluyeron 38 pacientes posbariátricos con diagnóstico de eventración abdominal que acudieron a la Unidad de Cirugía Plástica y Postbariátrica en Caracas, Venezuela, en el período 2009-2015, para reconstrucción de la pared abdominal. A todos los pacientes se les realizó una dermolipsectomía abdominal en flor de lis asociada en el mismo tiempo quirúrgico a una cura operatoria de eventración. Se determinó el tipo de complicaciones y su frecuencia.

**Resultados.** Las complicaciones fueron dehiscencia (23,68%) e infecciones (21,05%). No se presentó seroma, necrosis grasa, hematoma, extrusión de la malla ni recidiva de la hernia incisional.

**Conclusiones.** La asociación de dermolipsectomía abdominal en flor de lis con cura operatoria de eventración representa una opción segura y efectiva.

#### DERMOLIPECTOMÍA ASOCIADA A DEFECTOS DE LA PARED ABDOMINAL

José María Schiavoni, Selene Falzone

La abdominoplastia según la técnica de resección en bloque exhibe uno de los resultados más naturales, con menor morbilidad y resulta una técnica de ejecución rápida, con lo que reúne lo mejor de las técnicas tradicionales y nuevas. A su vez, permite asociarse a otros procedimientos quirúrgicos, como en el caso de la reparación protésica de la pared abdominal, de forma segura y eficiente. En el presente trabajo se exponen 102 casos tratados con dermolipsectomía en bloque asociada a reparación quirúrgica de la pared abdominal empleando malla protésica de polipropileno en plano preperitoneal. No se observaron en el posoperatorio inmediato ni en el tardío recidivas de los defectos parietales presentes en el inicio ni de otros secundarios a dichos procedimientos.

#### RINOMODELACIÓN CON HILO - FUNDAMENTO ANATÓMICO

José Durán

Este trabajo está enfocado en pacientes que presentan una rinodeformidad mínima, en quienes creo, como cirujanos plásticos, que podemos realizar una intervención quirúrgica mínimamente invasiva mediante una rinodelación simple con hilo (vicril - mononylon).

Para casos de mayor rinodeformidad (giba ósea y cartilaginosa de cualquier tipo) podemos realizar una rinodelación combinada (resección de giba) con hilo.

Existen varias técnicas descritas de rinodelación. Esta técnica se basa en la esquelización de los cartílagos alares con transección lateral, disección limitada del dorso, miotomía del musculo depresor, preservando el ligamento suspensor de la punta a través de incisiones mínimas colocando un hilo, que actúa como tutor y no tensor, desde la columela al ródix nasal, por lo que se obtiene un refinamiento de la punta nasal proyectando la misma y acortando la longitud nasal. También indicada en casos de resección de giba ósea y cartilaginosa realizando una rinodelación combinada.

#### CASO CLÍNICO | CLINICAL CASE

#### RECONSTRUCCIÓN VULVAR CON COLGAJO FASCIO-CUTÁNEO DEL SURCO GLÚTEO

Trabachino B, Etcheverry M, Filicani S, Siemienczuck G

**Introducción.** La reconstrucción inmediata de la región vulvar posterior a vulvectomía radical por patología oncológica representa un desafío para el cirujano plástico dado el tamaño del defecto que genera dicha cirugía, en relación con la complejidad que posee la región anatómica a tratar.

**Material y métodos.** Se presenta el caso de una paciente de sexo femenino de 74 años de edad con antecedentes de resección local de tumor vulvar asociado a radioterapia adyuvante en otra Institución, 5 años previos a la consulta. Actualmente presenta recidiva de su enfermedad. Se aborda de forma multidisciplinaria y se realiza vulvectomía radical más reconstrucción inmediata del defecto con dos colgajos del surco glúteo.

**Resultado.** Una vez realizada la cirugía, la paciente fue dada de alta de la Institución al séptimo día posoperatorio y fue instruida para evitar sentarse durante 7 días más. Al 12 día posoperatorio presentó unadehiscencia parcial de la herida en región subglútea derecha, la cual se resolvió suturándola nuevamente. Al cumplirse 1 mes de la cirugía, la paciente se encontró satisfecha con el resultado estético y en condiciones de volver a su vida normal desde el punto de vista funcional y estético.

**Conclusión.** El presente trabajo confirma que la utilización del colgajo fasciocutáneo del surco glúteo es una buena elección para la reconstrucción de la región vulvar, tanto estética como funcional.

# Mensaje del Presidente de SACPER

## Message from the President of SACPER

---

REVISTA ARGENTINA DE CIRUGÍA PLÁSTICA | ENERO - MARZO DE 2018 | VOLUMEN 24 | NÚMERO 1 | PÁGINAS 7-9

Estimados colegas:

Asumo la enorme responsabilidad de presidir la Comisión Directiva de la Sociedad Argentina de Cirugía Plástica, Estética y Reparadora para el período 2018-2019.

Estamos comprometidos con el crecimiento sostenido de nuestra querida SACPER.

El entusiasmo y las propuestas de los miembros más jóvenes tienen que ser escuchadas, así como el consejo y experiencia de aquellos que ya dirigieron los destinos de nuestra entidad.

La discusión debe darse de manera respetuosa y constructiva; solo así lograremos los consensos que permitan marcar un camino de crecimiento y superación donde todos estemos alineados.

Las propuestas deben ser acompañadas con participación, para lo cual invito a todos aquellos que quieran sumarse a trabajar dedicando parte de su tiempo. Sepan que las puertas están abiertas.

Quiero felicitar al Dr. Gustavo Grgicevic en su tercer año como editor de nuestra revista y resaltar el importante trabajo que realiza junto a sus colaboradores.

La *Revista Argentina de Cirugía Plástica* se nutre de los trabajos científicos de sus miembros, así como de todos aquellos que compartan sus ideas innovadoras para nutrirla de conocimiento, que es el fin principal de nuestro órgano de difusión.

Invito a todos a enviar sus trabajos para que la revista siga creciendo.

Saludo a todos, con afecto.

**Esteban H. Elena**

Presidente de la Comisión Directiva 2018-2019

## INVITACIÓN DEL EDITOR

Estimados colegas de SACPER:

Los invitamos cordialmente a publicar sus trabajos científicos en la *Revista Argentina de Cirugía Plástica*.

La *Revista Argentina de Cirugía Plástica* se encuentra inscripta en el Registro de la Propiedad Intelectual, bajo el expediente N° 687.144 y en el Boletín de OMS/OPS.

Los trabajos publicados en esta Revista, están incluidos en la base de datos médicos LILACS y de la Sociedad Iberoamericana de Información Científica.

El Número Internacional Normalizado de Publicaciones Seriadas (ISSN) es 0327-6945

El correo institucional para el envío de trabajos es [sacper@sacper.org.ar](mailto:sacper@sacper.org.ar)

El reglamento de publicaciones puede consultarse en las páginas siguientes.

Los saludamos cordialmente.

**Gustavo Grgicevic**

Editor de la Revista Argentina de Cirugía Plástica

# Reglamento de Publicaciones de la *Revista Argentina de Cirugía Plástica*

## Publications rules *Argentine Journal of Plastic Surgery*

---

### INTRODUCCIÓN

La *Revista Argentina de Cirugía Plástica* es el instrumento oficial de comunicación de la Sociedad Argentina de Cirugía Plástica, Estética y Reparadora. Es la forma documental de relacionamiento de los socios que integran SACPER, destinada a fortalecer el rol integrador de SACPER, a través de la Revista. SACPER es la entidad científica rectora única de la especialidad, y el principio básico de la ciencia académica es que los resultados de la investigación deben hacerse públicos y ser sometidos a la opinión de los socios, a los que va dirigida la comunicación académica. La *Revista Argentina de Cirugía Plástica* ofrece a los autores socios de SACPER, el aseguramiento de la propiedad de sus ideas (registro público). La frecuencia de publicación será trimestral y considerará para la publicación, artículos relacionados con diversos aspectos de la Cirugía Plástica, Estética y Reparadora.

### INSTRUCCIONES A LOS AUTORES PARA LA PRESENTACIÓN DE ARTÍCULOS

Los artículos estarán divididos en secciones (introducción, material y métodos, resultados, discusión, conclusiones y bibliografía). Deben ser enviados en archivo de Microsoft Word, con páginas numeradas, en formato A4, con letra 12, con fotos y gráficos numerados e insertos en el trabajo. Los artículos deberán ser enviados al correo [sacper@sacper.org.ar](mailto:sacper@sacper.org.ar)

### TÍTULO Y AUTORES

1. El título del trabajo a publicar debe ser conciso e informativo. En lo posible que no exceda los 100 caracteres (dos líneas de 50 caracteres cada una).
2. Se debe consignar el nombre, inicial y apellidos de cada uno de los autores, con el grado académico (médico, residente, máster, magister, doctor, otros)
3. También se debe informar el status de cada autor con SACPER (adherente, Titular, Honorario, Cirujano Maestro, otros).
4. Debe establecerse la dirección de correo del autor, a quien deben dirigirse las respectivas correspondencias. Es aconsejable una foto actualizada del autor principal.

### RESUMEN DEL TRABAJO Y PALABRAS CLAVES:

1. El resumen debe informar los propósitos y objetivos del estudio, los procedimientos utilizados, métodos de

observación y estadísticos. Datos de los principales hallazgos, la significación estadística y las principales conclusiones. Debe enfatizar los aspectos importantes del estudio.

2. Al pie del resumen, los autores deben proporcionar de 3 a 7 palabras claves, para facilitar la indexación del artículo.

### RESUMEN EN INGLÉS: (ABSTRACT)

- Debe representar una traducción fiel del resumen en español y debe ser congruente con el resumen y con el trabajo en sí.
- En caso de no contar con la asistencia de un traductor profesional con experiencia en redacción científica médica, la Dirección de la Revista, pone a disposición de los socios un servicio de traducción de resúmenes.

### CONFLICTOS DE INTERESES

Al comienzo del texto, bajo el subtítulo “Declaración de conflicto de intereses” los autores deben explicitar si tienen relación con cualquier tipo de organización con intereses financieros, directos o indirectos, en los temas, asuntos o materiales discutidos en el manuscrito, si es que lo tuviesen. Si no hay conflicto de intereses, los autores deben declarar por escrito que no tienen conflictos de intereses.

### TEXTO

El texto se divide en secciones: **introducción, materiales y métodos, resultados, discusión, conclusiones.** Se presentan lineamientos básicos para estructurar el texto.

- **Introducción:** consolida los antecedentes, el propósito del artículo, el marco teórico de los fundamentos lógicos para el desarrollo del estudio. Proporciona las referencias pertinentes. Claramente debe consignar el o los objetivos principales del trabajo.
- **Materiales y métodos:** describe explícitamente la selección y el tamaño de la muestra utilizada para la observación y experimentación.
  - o Identificación de edad, sexo y características de la muestra (tipo de animales utilizados para la investigación; tipo de material cadavérico usado).
  - o Identificación de las especificaciones técnicas de los aparatos, de los métodos y procedimientos.

- tos, que permitan a otros investigadores reproducir resultados
- o Identificación de fármacos, dosis, vías de administración, implantes o elementos biotecnológicos.
  - o Identificación de los métodos estadísticos utilizados
  - **Resultados:** los resultados relatan, pero no interpretan las observaciones realizadas. Se presentan en una secuencia lógica con el apoyo de tablas y figuras, explican las observaciones y valoran su respaldo.
  - **Discusión:** enfatiza los aspectos novedosos e importantes del estudio. Incluye hallazgos, implicaciones, limitaciones y otros aspectos. Relaciona las observaciones a los objetivos del estudio.
  - **Conclusiones:** cuando sea pertinente, es aconsejable realizar conclusiones acerca del trabajo realizado.
  - **Bibliografía:** las citas bibliográficas deben numerarse en el orden en el cual se mencionan por primera vez en números arábigos entre paréntesis en el texto, tablas y leyendas.
    - o El estilo recomendable es APA y los basados en los formatos usados por el Index Medicus. La bibliografía debe ser verificada y controlada en los artículos originales por los autores.

#### ADDENDUM:

Las tablas, gráficos y figuras, deben estar insertados en el trabajo, con su respectivo número y aclaratorias.

**Tablas:** son instrumentos que mejoran la comprensión del trabajo científico. Deben ser enumerados en forma consecutiva, con un título conciso para cada tabla, en letra cursiva, tamaño de letra recomendado: 10. Cada columna y fila debe tener un encabezamiento, claro y conciso. Las notas aclaratorias se ubican al pie de la ta-

bla. Las medidas estadísticas (desvío y error estándar del promedio) deben estar identificados.

**Figuras:** incluye esquemas, dibujos, fotografías, diagramas de flujo etc. Los títulos y explicaciones deben ir en el texto de las leyendas. En el caso de presentar fotografías de pacientes, deben utilizarse artilugios para evitar la identificación de la persona. La iconografía de pacientes, debe presentarse en forma secuencial y claramente diferenciada, seleccionando solo las más representativas. No es recomendable enviar fotos con tratamientos de photoshop u otros instrumentos electrónicos de mejoramiento artificial de imágenes.

En el caso de presentar fotografías microscópicas, se debe consignar la magnificación y la tinción utilizada. Las estructuras que los autores deben identificar, se marcarán con una flecha negra y sus respectivas variables. Se aconseja no utilizar asteriscos, estrellas, círculos u otros símbolos no convencionales.

**Unidades de medidas:** las medidas de longitud, peso, altura y volumen deben figurar en unidades del sistema métrico decimal, la temperatura en grados Celcius (°C), la presión arterial en mm de Hg (mmHg) y los volúmenes en centímetros cúbicos. Las mediciones clínicas, hematológicas y químicas deben expresarse en unidades del sistema métrico y/o UI. Es recomendable la mayor exactitud posible.

**Abreviaturas y símbolos:** es recomendable utilizar abreviaturas estandarizadas, y en lo posible en español. No se deben utilizar abreviaturas en el título ni en el resumen. Cuando se utilicen en el texto, debe citarse la palabra completa antes de ser abreviada, a menos que se trate de una unidad estándar de medida. Todos los valores numéricos deben estar acompañados de su unidad. Los decimales se separarán con coma. Los años se escribirán sin separación, puntos ni comas.

# In memoriam del Dr. Ricardo Baroudi

## In memoriam of Dr. Ricardo Baroudi

---

REVISTA ARGENTINA DE CIRUGÍA PLÁSTICA | ENERO - MARZO DE 2018 | VOLUMEN 24 | NÚMERO 1 | PÁGINA 10

Dr. Ricardo Baroudi (29 de abril de 2018)

El Dr. Ricardo Baroudi se graduó en la Facultad de Medicina de la Universidad de São Paulo en el año 1957. Descendiente de libaneses, de aquellos que ayudaron a construir y desarrollar São Paulo. Gracias a sus antecedentes siempre creyó que el éxito y el bienestar se derivan de trabajo arduo y disciplinado. El hombre que hoy recordamos representa una figura gentil que siempre estuvo dispuesto a ayudar a los demás en un clima de cordialidad y respeto. Gran diseñador, hizo las explicaciones sencillas y fáciles de entender.

Tal vez un poco decepcionado con prácticas quirúrgicas de la época que proponían operaciones muchas veces mutilantes, movido por gran sensibilidad, se sintió atraído por la cirugía plástica. En este afán, gracias a enormes esfuerzos, frecuentó y se extendió en servicios de diversos cirujanos plásticos - nacionales y extranjeros - aprendiendo y desarrollando técnicas gracias al talento natural y las habilidades manuales que solo los iluminados poseen. Desde entonces, realizó más de 600 conferencias, con gran capacidad de comunicación y una didáctica inigualable, tanto en eventos nacionales como extranjeros. Constan en su currículum más de 140 publicaciones en revistas nacionales y extranjeras. Escribió numerosos capítulos en libros nacionales y extranjeros y publicó un libro puntual sobre cirugía del contorno corporal divulgando técnicas personales con maniobras tácticas que facilitan abordaje quirúrgico y cuidados con los pacientes.

En 1969 creó el servicio de Cirugía Plástica de la Universidad de Campinas, que dirigió hasta 1973.

Fue secretario y presidente de la Sociedad Brasileña de Cirugía Plástica dirigiendo y presidiendo diversos eventos, el más importante de los cuales fue tal vez el Congreso Mundial realizado en Río de Janeiro.

Político hábil y con amplia visión, supo hacer concesiones sin transgredir cualquier norma ética o moral y así mantener la SBCP unificada.

En la SBCP entre sus grandes contribuciones esta la Revista de la SBCP.

A partir de 2008 se convirtió en editor de la revista hasta 2015, elevando el nivel científico de la misma.

Desde la Sociedad Argentina de Cirugía Plástica, Estética y Reparadora; rendimos nuestro homenaje al "Maestro Ricardo Baroudi."

Que en paz descanse.

**Comisión Directiva de SACPER**

# Dermolipectomía en flor de lis asociada a cura operatoria de eventración

## Fleur de lis abdominoplasty combined with incisional hernia repair

Marisela Cemborain Valarino, Linda Rincón Rubio, Bernardette Gil Masroua, Angelique Bookaman Salazar, Katiana Gutiérrez Barrozo

### RESUMEN

Antecedentes y objetivos. Las deformidades de la pared abdominal representan un motivo de consulta frecuente en cirugía general y cirugía plástica. En los pacientes con pérdida masiva de peso, la deformidad del contorno abdominal puede ser consecuencia tanto de la flaccidez y exceso cutáneo como de eventraciones abdominales secundarias a cirugía bariátrica o de otro origen. Determinar si el tratamiento combinado de dermolipectomía abdominal en flor de lis con cura operatoria de eventración representa una opción segura, efectiva y con mayores beneficios tanto desde el punto de vista estético como funcional.

Materiales y métodos. Se incluyeron 38 pacientes posbariátricos con diagnóstico de eventración abdominal que acudieron a la Unidad de Cirugía Plástica y Postbariátrica en Caracas, Venezuela, en el período 2009-2015, para reconstrucción de la pared abdominal. A todos los pacientes se les realizó una dermolipectomía abdominal en flor de lis asociada en el mismo tiempo quirúrgico a una cura operatoria de eventración. Se determinó el tipo de complicaciones y su frecuencia.

Resultados. Las complicaciones fueron dehiscencia (23,68%) e infecciones (21,05%). No se presentó seroma, necrosis grasa, hematoma, extrusión de la malla ni recidiva de la hernia incisional.

Conclusiones. La asociación de dermolipectomía abdominal en flor de lis con cura operatoria de eventración representa una opción segura y efectiva.

**Palabras clave:** dermolipectomía, hernia incisional, complicaciones, pérdida de peso.

### ABSTRACT

Background and objectives. The abdominal wall deformities are a frequent reason for consultation in general and plastic surgery. In patient with massive weight loss, the abdominal contour deformities are secondary to both flaccidity and cutaneous excess, and also to incisional hernias secondary to bariatric surgery or from another origin. To determine if the combined treatment of Fleur de Lis abdominoplasty and incisional hernia repair is a safe and effective option with more aesthetic and functional benefits. Materials and methods. 38 postbariatric patients diagnosed with incisional hernia who consulted to the Postbariatric and Plastic Surgery Unit in Caracas, Venezuela, between 2009-2015 were included for abdominal wall reconstruction. A combined procedure of fleur de lis abdominoplasty with incisional hernia repair was performed in all patients. The complications of the procedure were determined. Results. The complications were: suture dehiscence (23,68%) and infections (21,05%). Seroma, fat necrosis, hematoma, mesh extrusion nor incisional hernia recurrence were present. Conclusions. The combination of a fleur de lis abdominoplasty with an incisional hernia repair in a single surgical time is a safe and effective procedure.

**Keywords:** abdominoplasty, incisional hernia, complications, weight loss.

REVISTA ARGENTINA DE CIRUGÍA PLÁSTICA | ENERO - MARZO DE 2018 | VOLUMEN 24 | NÚMERO 1 | PÁGINAS 11-19

### INTRODUCCIÓN

Las deformidades de la pared abdominal son frecuentes en nuestro medio. Causan serios trastornos funcionales, morfológicos y psicológicos y constituyen un motivo de consulta en los servicios de Cirugía Plástica y Cirugía General.

Las descripciones de los defectos o deformidades de pared abdominal pueden resultar de utilidad para la categorización de los pacientes coincidiendo muchos cirujanos en que la pared abdominal debe ser vista en términos de los elementos que la componen: piel, grasa y músculos. Existen múltiples clasificaciones de estos defectos como la descrita por González Ulloa, Sheldon y Lewis<sup>1,2</sup>, pero hasta el momento no se cuenta con un esquema universal para la clasificac-

ción de las deformidades abdominales. Se puede deducir que la tétrada deformante de la pared abdominal está constituida por la obesidad, distensión intestinal, la gravedad y la diástasis muscular<sup>3</sup>.

La abdominoplastia o dermolipectomía abdominal fue descrita por primera vez por Dermars y Marx en 1890, aunque otros autores se la atribuyen a Kelly en 1889<sup>4</sup>. No fue sino hasta la segunda mitad del siglo XX, a finales de la década de los años 60, cuando emergió el concepto de abdominoplastia estética<sup>5</sup>. Pitanguy<sup>6</sup> en 1967 describe las abdominoplastias como el procedimiento quirúrgico que involucra suturas en la pared abdominal y resección de piel. Las combinaciones de abdominoplastia y otras cirugías a nivel abdominal han sido controversiales a lo largo del tiempo. Las asociaciones quirúrgicas de gran amplitud surgieron en la década de los 70 con mejoría de las condiciones técnicas e instrumentales y del propio conocimiento médico, que posibilitan someter a los pacientes a procedimientos quirúrgicos más prolongados sin riesgos considerables<sup>7,8</sup>.

En personas obesas cuyos tegumentos están flácidos después de uno o más tratamientos quirúrgicos para

1. Unidad de Cirugía Plástica y Postbariátrica, Caracas, Venezuela

✉ Correspondencia: revista@sacper.org.ar

Los autores no declaran conflictos de intereses



Figura 1. Eventración abdominal en pacientes posbariátricos. Fuente: Archivo fotográfico de la Unidad de Cirugía Plástica y Postbariátrica.

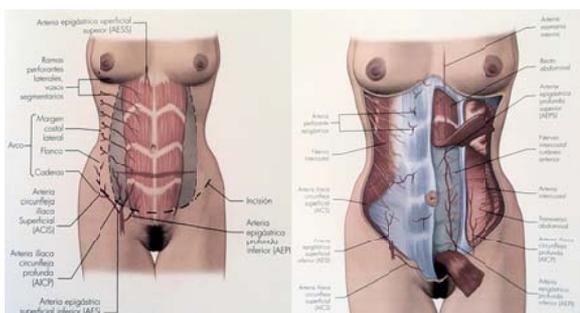


Figura 2. Vascularización de la pared abdominal (a y b) (21).

adelgazar se les añade la posibilidad de sufrir una eventración concomitante. Estos procesos alteran el balance fisiológico y anatómico del organismo, afectando así las actividades y la autoestima del paciente. Por lo tanto, la idea de reconstruir las deformidades de los tejidos, corregir las distorsiones corporales y reparar los defectos de la pared abdominal en un mismo tiempo quirúrgico provee la posibilidad de estabilizar la integridad emocional, funcional y social del individuo<sup>9,10</sup> (Figura 1).

Para la pared abdominal, la corrección de la diastasis media a moderada con la aproximación mediante suturas de los bordes del recto anterior provee excelentes resultados. Sin embargo, cuando existen hernias, el consenso es repararlas mediante la colocación de mallas protésicas. En los pacientes posoperados se ha llegado a reportar hasta un 100% del retorno de la laxitud del músculo luego de la plicatura de los rectos<sup>11-13</sup>. En la combinación de dermolipsectomías ab-



Figura 3. Malla Proceed. Fuente: Archivo de fotografías de la Unidad de Cirugía Plástica y Postbariátrica.

dominales con cura operatoria de eventración con colocación de malla protésica, las infecciones del sitio operatorio están reportadas en la literatura entre un 14 hasta 43%, por lo que no recomiendan combinar estos dos procedimientos quirúrgicos; no obstante, algunos autores sí recomiendan la colocación de malla protésica en los casos de diastasis severa de los rectos, llamándola la “hernia sin defecto”, y en hernias ventrales<sup>14-17</sup>. El desplazamiento lateral de los músculos rectos anteriores, la disminución de la presión intraabdominal, el desconfort local del paciente, el aumento del trabajo muscular y el dolor posterior es lo que acompaña a una hernia ventral o eventración. La mayor diferencia entre una diastasis de los rectos y

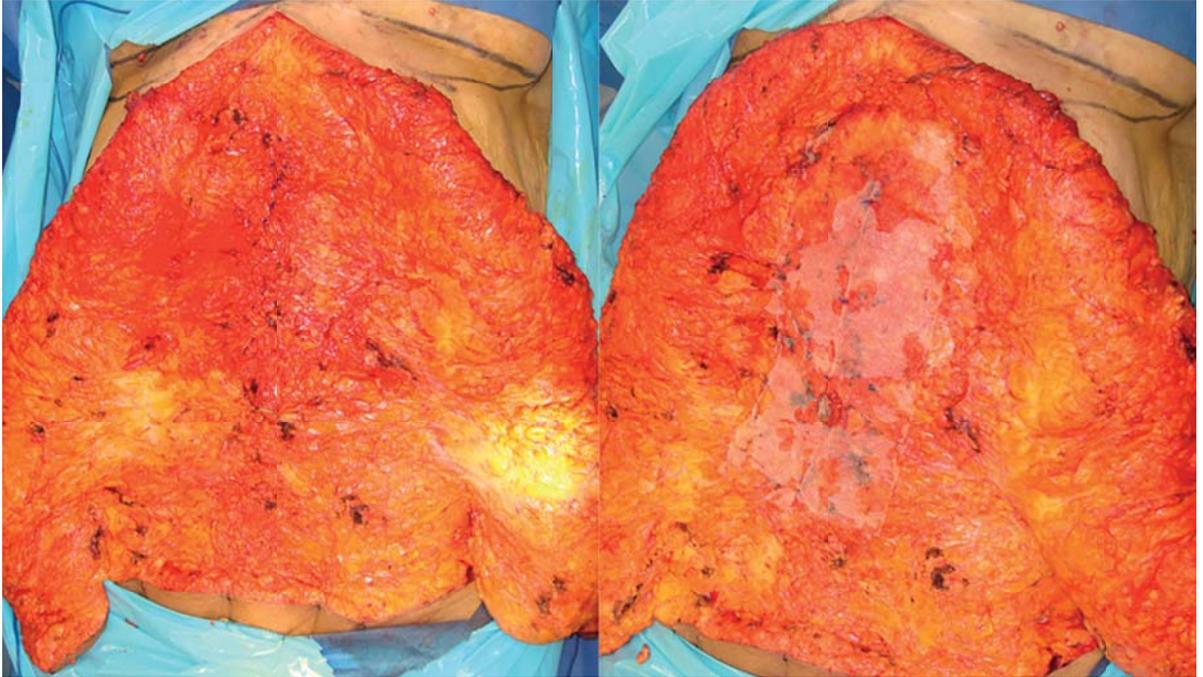


Figura 4. Eventración tipo I: (a) cierre primario del defecto abdominal y (b) colocación de la malla en plano supraaponeurótico. Fuente: Archivo de fotografías de la Unidad de Cirugía Plástica y Postbariátrica.

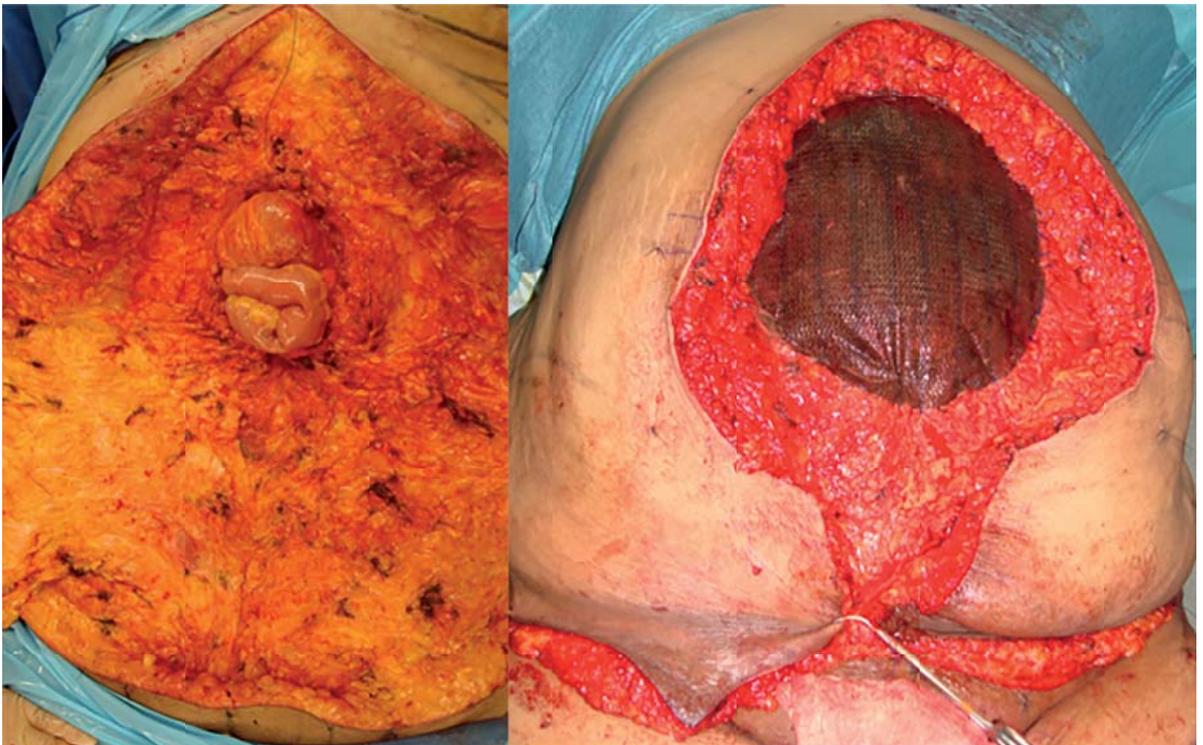


Figura 5. Eventración tipo II: (a) contenido intraabdominal expuesto, (b) fijación de la malla a los bordes de la aponeurosis de los músculos rectos. Fuente: Archivo de fotografías de la Unidad de Cirugía Plástica y Postbariátrica.

una hernia ventral es la cicatriz en piel creada por un acto operatorio previo y la presencia intraoperatoria de un saco de hernia con forma de omega con órganos intraabdominales en su interior y con una superficie peritoneal. Existe el riesgo de encarceración o estrangulación en las eventraciones<sup>18,19</sup>. Las técnicas quirúrgicas de forma general las podemos clasificar en tres

grupos: las técnicas de incisión vertical, las de incisión horizontal y las mixtas. La indicación del tipo de cicatriz depende del componente de la piel más que como una indicación para cura de eventración<sup>20</sup>. Por lo anterior nos preguntamos ¿El tratamiento combinado de dermolipectomía abdominal en flor de lis asociada a cura operatoria de eventración represen-

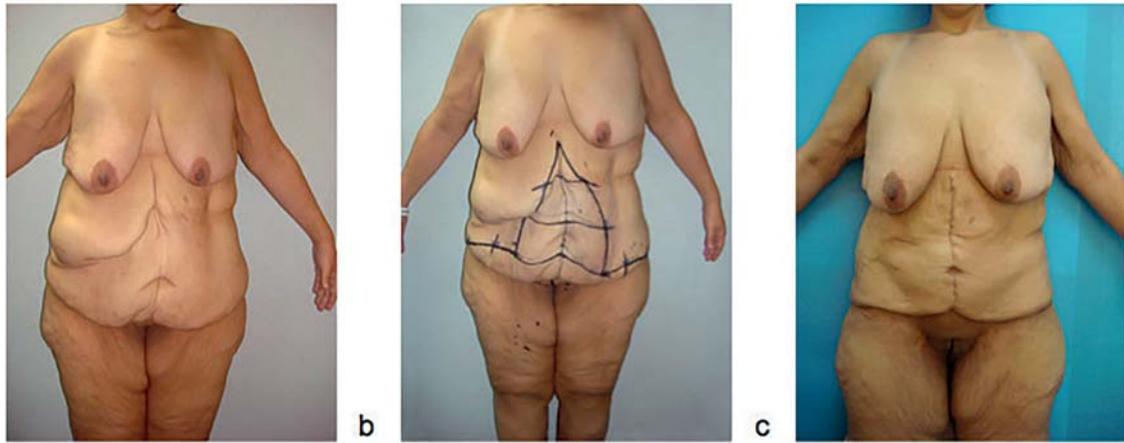


Figura 6

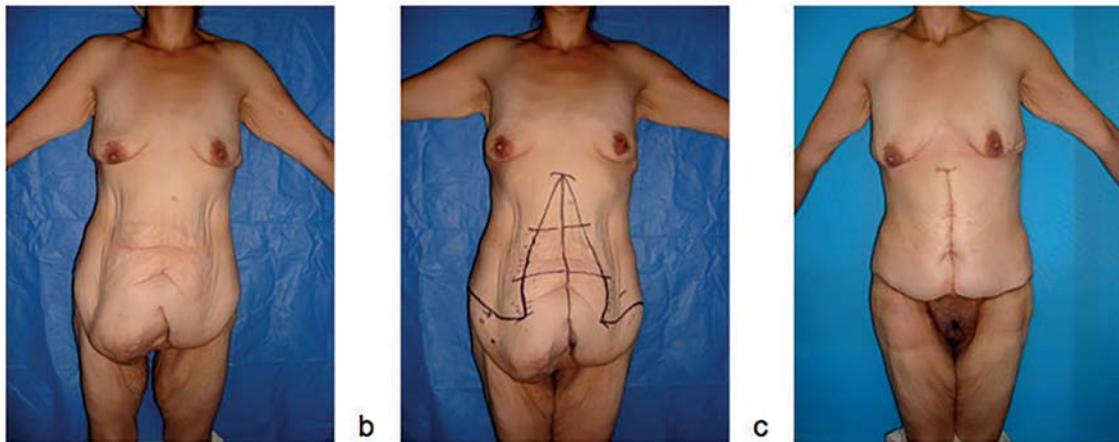


Figura 7.

ta una opción segura, efectiva y con mayores beneficios tanto desde el punto de vista estético como funcional?

El plexo vascular del tejido blando abdominal es extenso y está interconectado<sup>21</sup>. Es de gran importancia el conocimiento amplio del aporte vascular de los tejidos blandos del abdomen, ya que los procedimientos de abdominoplastia involucran socavamiento del tejido con división de, al menos, una o más de estas fuentes vasculares, y por ende preservar de una manera más eficaz la irrigación disminuyendo el riesgo de complicaciones asociadas a alteraciones en la perfusión sanguínea (Figura 2). Es importante mencionar desde el punto de vista quirúrgico que, tal y como se observa en la Figura 2 a, el calibre de los vasos perforantes es mayor por fuera de ambas líneas semilunares, lo que nos lleva a cuidar este detalle anatómico durante la disección de los colgajos abdominales para preservar, de una manera más eficaz, la irrigación de los mismos y, de esta manera, disminuir el riesgo de complicaciones asociadas a alteraciones en la perfusión sanguínea.

Los pacientes con pérdida masiva de peso posterior a *bypass* gástrico abierto son propensos al desarrollo de hernias incisionales. Shermak<sup>22</sup>, en el 2006, en su es-

tudio *Hernia Repair and Abdominoplasty in Gastric Bypass Patients* concluye que la reparación de eventraciones simultáneamente a la paniclectomía posterior a pérdida masiva de peso por *bypass* gástrico es segura y con resultados aceptables.

En la actualidad, los cirujanos plásticos se han enfrentado con problemas complejos de reconstrucción de la pared abdominal. La obesidad, la cirugía bariátrica, o la falla de herniorrafias primarias contribuyen con la aparición o recurrencia de hernias o eventraciones. Davinson<sup>23</sup>, en el 2009, en su estudio *A "buttressedmesh" technique for fascial closure in complex abdominal wall reconstruction*, concluyó que colocar una malla es el mejor procedimiento y que el realizar la cirugía de contorno corporal no le añade beneficios funcionales al paciente, solamente aporta beneficios estéticos. Por su parte, Ciro Braulio<sup>24</sup> realizó en el 2013 un estudio en el que observó la evolución de la dermolipsectomía abdominal asociada con herniorrafia incisional. Se incluyeron 67 pacientes. Solo 11 pacientes, que representaron el 16,4%, presentaron alguna complicación posoperatoria y a los 6 meses se evidenció una buena evolución, desde el punto de vista estético. Koolen y cols.<sup>25</sup>, en el 2014, realizó un estudio titulado *Patient Selection Optimization fo-*

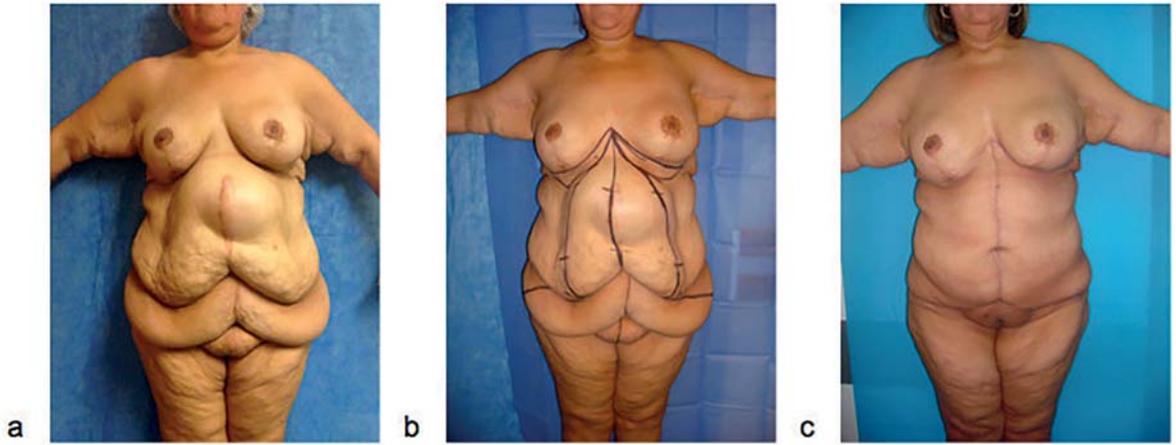


Figura 8.

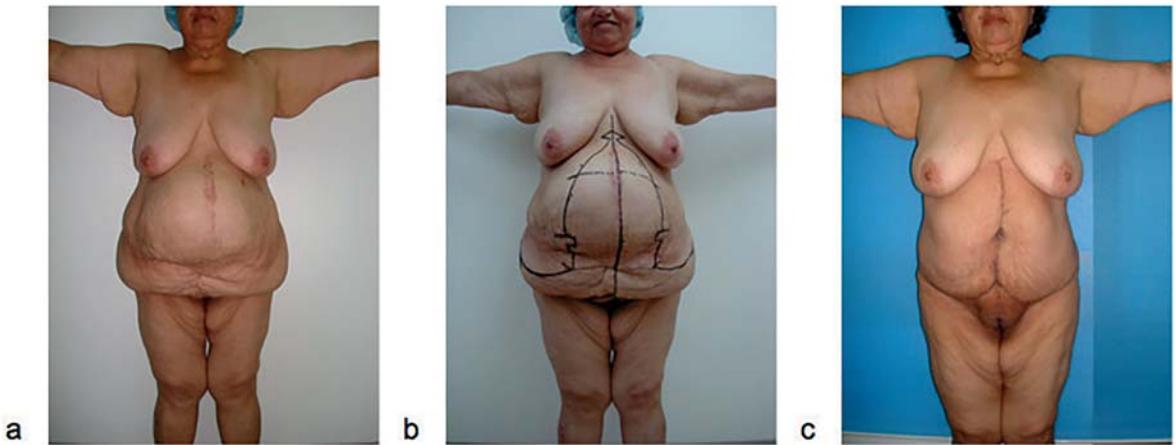


Figura 9.

llowing Combined Abdominal Procedures: Analysis of 4925 Patients Undergoing Panniculectomy/Abdominoplasty with or without Concurrent Hernia Repair, donde evaluó la incidencia de complicaciones posoperatorias de la cirugía de contorno corporal con o sin reparación de hernias concomitantes. Concluyeron que el procedimiento combinado puede tener mayor tasa de complicaciones posoperatorias y las comorbilidades como diabetes, hábito tabáquico, uso crónico de esteroides e hipertensión arterial son predictores negativos de los resultados a obtener.

Cheesbrough y cols.<sup>26</sup>, en su artículo del 2015 titulado *Simultaneous Prosthetic Mesh Abdominal Wall Reconstruction with Abdominoplasty for Ventral Hernia and Severe Rectus Diastasis Repairs*, concluyen que, en los pacientes con una diastasis significativa de los rectos, con o sin hernias concomitantes, la reparación descrita con malla es segura y duradera. Sin embargo, esta operación requiere disección adicional para la colocación de la malla protésica en un plano retromuscular y es segura en la combinación de abdominoplastia horizontal o vertical.

Por lo tanto, en la presente investigación nos planteamos determinar si el tratamiento combinado de dermolipectomía abdominal en flor de lis con cura ope-

ratoria de eventración representa una opción segura, efectiva y con mayores beneficios, desde el punto de vista estético como funcional. Para ello nos propusimos describir la asociación de dermolipectomía abdominal en flor de lis con cura operatoria de eventración, determinar los cuidados intraoperatorios que permitan llevar a cabo en forma segura la disección y resección de los colgajos dermograsos y clasificar los defectos de la pared abdominal.

## MATERIALES Y MÉTODOS

Realizamos un estudio retrospectivo, descriptivo y longitudinal en la Unidad de Cirugía Plástica y Postbariátrica (Caracas, Venezuela), entre el 2009 y el 2015, evaluando 38 pacientes posbariátricos a los que se les realizó dermolipectomía abdominal en flor de lis asociadas a cura operatoria de eventración abdominal.

Como criterios de inclusión al estudio establecimos que fueran pacientes con flaccidez de la pared abdominal, con diagnóstico clínico de eventración abdominal no complicada secundaria a cirugía bariátrica o algún otro procedimiento quirúrgico abdominal confirmada por ultrasonido de partes blandas, si

**TABLA 1.** Distribución de frecuencia de las complicaciones del procedimiento combinado.

Complicaciones	Número de casos (n)	Porcentaje (%)
Dehiscencia de la sutura	9	23,68
Infección	8	21,05
Total	17	44,73

las eventraciones eran no reductibles que no tuvieran síntomas y que cumplieran el protocolo preoperatorio de criterios de selección de la Unidad, sin tomar en cuenta el índice de masa corporal (IMC). Y como criterios de exclusión: pacientes con eventraciones abdominales complicadas (atascadas, estranguladas o incarceradas), que rehúsen firmar el consentimiento informado, con hábito tabáquico activo y el no cumplimiento de la terapia de oxígeno hiperbárico cuando esté indicada.

## PROCEDIMIENTO

### PREPARACIÓN PREOPERATORIA DE LOS PACIENTES

Se realizó la historia clínica de todos los pacientes y se llevó a cabo la preparación, de acuerdo al protocolo establecido en la Unidad de Cirugía Plástica y Postbariátrica. El paciente debe tener un mínimo de 1 año de la cirugía bariátrica con laboratorios en estado óptimo, con 3 meses de peso estable y comorbilidades controladas. Si el IMC del paciente es menor de 30 kg/m<sup>2</sup>, se le realizan cirugías de contorno corporal; y si es mayor de 35 kg/m<sup>2</sup>, se le realizan solo cirugías aisladas. Se solicitó interconsulta con el Servicio de Neumonología, incluyendo pruebas de función pulmonar y terapia respiratoria preoperatoria. En los casos de pacientes con antecedentes de hábito tabáquico, colgajos muy delgados o con cicatrices abdominales previas, se indicó terapia con oxígeno hiperbárico (6 sesiones).

Utilizamos malla de polipropileno y malla Proceed®, compuesta por una tela de celulosa oxidada regenerada (Johnson & Johnson®) (**Figura 3**) para el cierre de las eventraciones, puntas de electro-bisturí no refractarias marca EPITOME SCALPEL® para la disección de los colgajos y dren de silicón cerrado de Jackson-Pratt 15 Fr para el sistema aspirativo. Financiamiento propio.

### PROCEDIMIENTO QUIRÚRGICO

Previo marcaje preoperatorio de piel, en decúbito dorsal se realiza la disección del colgajo abdominal por parte del equipo de Cirugía Plástica y Postbariátrica, tomando como límite superior el apéndice xifoides y como límites laterales el área predeterminada por el marcaje preoperatorio. Se extiende la disección en caso de que el defecto aponeurótico lo amerite, preservando los vasos perforantes. Una vez expuesto el defecto, se lleva a cabo la cura operatoria de

**TABLA 2.** Distribución de frecuencia de las causas de las eventraciones.

Causas de eventración	Número de casos (n)	Porcentaje (%)
Cirugía bariátrica abierta	35	92,11
Cirugía ginecológica	3	7,89
Total	38	100

la eventración por parte del equipo de Cirugía Bariátrica colocando una malla protésica cuyo plano de fijación dependía del tipo de defecto aponeurótico según la siguiente clasificación que proponemos: **Tipo I: Simples:** permiten un cierre primario del defecto aponeurótico y **Tipo II: Complejas:** no susceptibles a cierre primario del defecto aponeurótico.

En los casos de eventraciones **Tipo I**, se llevó a cabo el cierre primario del defecto con sutura de polyester monofilamento (Biosyn® de COVIDIEN®), plicatura de los rectos abdominales en el trayecto que fuese necesario y por último la colocación de la malla protésica de prolipropileno en un plano supraaponeurótico por encima de la plicatura, fijándola con una sutura de prolipropileno 3-0 (**Figura 4**). Por su parte, en los casos de eventraciones **Tipo II**, se utilizó una malla Proceed® que consta de una tela de celulosa oxidada regenerada y una malla de polipropileno, la cual fue fijada a los bordes de la aponeurosis con una sutura de polyester monofilamento (Biosyn® de COVIDIEN®) en un plano retromuscular con la superficie de celulosa de la malla en contacto con el contenido intraabdominal (**Figura 5**). En este tipo de casos no se realiza plicatura de los rectos abdominales. El tamaño de la malla dependía del tamaño del defecto aponeurótico.

Posterior a la reparación de la eventración, se lleva a cabo la resección del excedente cutáneo, colocación de dos drenajes activos de Jackson-Pratt, uno en sentido vertical y otro en sentido horizontal sobre el área de disección, siguiendo con el afrontamiento, fijación sin tensión y síntesis de los colgajos. Finalmente, se realiza la exteriorización de la cicatriz umbilical mediante una incisión circular. En algunos casos, donde el defecto aponeurótico incluía el pedículo umbilical, se prefirió la realización de un neombligo o de un injerto de ombligo.

## RESULTADOS

De 38 pacientes, 19 fueron del sexo femenino y 19 del sexo masculino. El promedio de edad fue de 48 años y la media del IMC fue de 33,5 kg/m<sup>2</sup>. Las cirugías bariátricas que tenían como antecedentes estos pacientes fueron abiertas en 35 casos (92,11%) y laparoscópicas en 3 casos (7,89%).

Las complicaciones menores que se presentaron se observaron en el posoperatorio de 17 pacientes (44,73%) (**Tabla 1**), donde podemos observar que

la complicación que se presentó con mayor frecuencia fue la dehiscencia de la sutura, las cuales se trataron mediante re-sutura realizada en consultorio. En el caso de la infección, se presentó específicamente infección de piel y partes blandas tipo celulitis y abscesos en el 21,05%, las cuales fueron resueltas mediante tratamiento antibiótico vía oral de manera ambulatoria. No se presentó seroma, necrosis grasa, hematoma, extrusión de la malla ni recidiva de la hernia incisional. No hubo complicaciones en 56,27% de los casos (21 pacientes).

La principal causa de eventración (**Tabla 2**), fue debido a cirugía bariátrica abierta. Es importante mencionar que no hubo ningún caso de eventraciones de puerto por cirugía laparoscópica.

Durante el intraoperatorio, evidenciamos que 30 eventraciones (78,95%) fueron tipo I y 8 fueron tipo II (21,05%). Se requirió la realización de neo-ombliigo en 4 pacientes (10,53%) y se realizaron injertos de ombligo en 2 casos (5,26%).

## PRESENTACIÓN DE CASOS CLÍNICOS

### DISCUSIÓN

Es una necesidad estética y funcional la reconstrucción de la pared abdominal con diastasis de los rectos y hernia ventral. A pesar de que está bien establecido el uso de mallas para la reparación de hernias ventrales, muchos cirujanos evitan combinar este procedimiento con la realización de procedimientos estéticos como dermolipectomías abdominales por el riesgo de infección, extrusión, dolor o la necesidad de retiro de la misma, que traería como consecuencia un tratamiento adicional para el paciente. Al-Qattan<sup>27</sup> describe la recidiva de la laxitud músculo-aponeurótica después de las plicaturas sin el uso de la malla. Hickey<sup>13</sup> también describe que en su práctica hay evidencia de la recurrencia posterior a la plicatura sola, así como también Nahas<sup>28</sup> describe la recurrencia en 81 meses posoperatorios, y Uchelen<sup>29</sup>, de 17-40% a los 64 meses. En vista del fracaso de las reparaciones de los defectos de la pared abdominal sin el uso de mallas protésicas, con el paso del tiempo se han ido creando mallas para distintos tipos de indicaciones, dentro de las cuales están las mallas macroporosas (tamaño del poro >1000  $\mu\text{m}$ ), que se incorporan bien al tejido abdominal y promueven la distribución de la fuerza de reparación como las mallas de fibras de polipropileno.

El concepto de la combinación de abdominoplastia con refuerzo de malla no es nuevo. Marques y cols.<sup>14</sup> describieron, en 1995, el uso de una malla de polipropileno de 20×30 cm (Marlex; Bard; Covington, GA.) como soporte en las plicaturas verticales de las diastasis de los rectos; realizaron el seguimiento de

18 mujeres por más de 6 meses y no observaron infección, dehiscencia o extrusión. Una década después, Prado describe su experiencia con 3 diferentes patrones de malla de polipropileno en pacientes con diastasis de los rectos con o sin hernia ventral. Después de 36 meses de seguimiento, no hubo infecciones ni recurrencia del defecto abdominal. Por lo tanto, los resultados de nuestra investigación coinciden con los resultados de Marqués y cols.<sup>14</sup> y Prado y cols.<sup>15</sup>, ya que no se evidenció infección asociada a la malla, extrusión, dehiscencia importante ni recurrencia del defecto abdominal. De igual manera, nuestros hallazgos corresponden con un estudio de 185 pacientes realizado por Zemlyak y cols.<sup>17</sup>, que demuestra la seguridad encontrada combinando la reparación de la pared abdominal con la dermolipectomía; sin embargo, adicionalmente no se encontraron diferencias estadísticamente significativas entre realizar la dermolipectomía sola o combinada con el uso de mallas para reparar eventraciones.

Por otro lado, Montgomery y cols.<sup>30</sup> apoyan la idea de que el sitio ideal para la colocación de la malla es el plano retromuscular; sin embargo, nosotros planteamos que la decisión del plano de colocación de la malla protésica depende del tipo de defecto aponeurótico que presente el paciente, tomando en cuenta que, en las eventraciones simples, la malla puede ser colocada en un plano supra-aponeurótico y en las complejas el plano puede variar. Los autores que defienden la colocación de la malla por debajo de los músculos rectos consideran que esta técnica permite apreciar el contorno normal muscular y no interrumpe el flujo sanguíneo de los colgajos de piel de la cirugía.

Con respecto a las complicaciones, Iqbal y cols.<sup>31</sup> reportan la técnica modificada de Rives-Stoppa con solo un 3% de infecciones de sitio operatorio. En contraste, en nuestra investigación encontramos un 21,05% de infección, principalmente celulitis y abscesos, no asociada al material protésico ni a extrusión del mismo. Algunos cirujanos, para evitar la irritación nerviosa de la pared abdominal, optan por no fijar la malla en toda su extensión y para evitar cicatrices mayores y menos invasión prefieren no colocar la malla en una disección amplia que va del músculo psoas al otro músculo psoas contralateral. En el presente estudio no se documentaron las alteraciones desde el punto de vista neurológico a nivel de los colgajos abdominales posterior a la colocación de la malla.

En estudios realizados por autores como Rivoalan, González M. y Díaz Fernández<sup>23</sup> se demuestra que los pacientes, al realizarles este tipo de intervención quirúrgica, se sienten satisfechos, ya que la principal preocupación de los pacientes es resolver el problema estético y funcional. En nuestro estudio, no se investigó acerca del grado de satisfacción de los pacientes.

## CONCLUSIONES

En nuestra experiencia, hemos visto apropiada la combinación de cura de hernias incisionales en simultáneo con la realización de dermolipectomía en flor de lis en pacientes posbariátricos. Todos los pacientes tratados tenían flaccidez vertical, agudizada más aún por la eventración, por lo cual la indicación de resección vertical fue una necesidad en todos. Utilizando una técnica quirúrgica apropiada, preservando la irrigación del colgajo, trabajando en armonía con el cirujano bariátrico, la cirugía es exitosa con un margen de complicaciones manejable, tomando en cuenta que la más común fue la dehiscencia parcial, que fue tratada con re-sutura a nivel de consultorio, con resultados satisfactorios. Pensamos que retirar la flaccidez, lográndose un colgajo dermograso más ajustado, aporta una contención adicional a la zona donde estaba presente la debilidad aponeurótica.

## RECOMENDACIONES

El cirujano plástico debe tener como parte de su equipo de trabajo al cirujano bariátrico quien realizó al paciente el procedimiento para la pérdida de peso. La disección del defecto aponeurótico debe hacerse en conjunto para respetar la vasculatura de las perforantes que irrigan el colgajo dermograso, la resección del excedente cutáneo debe llevarse a cabo con moderación, para no someter al colgajo resultante a una mayor tensión de la necesaria y, de esta manera, evitar la dehiscencia de las suturas, que según el área pueda exponer la malla utilizada para la cura de la eventración.

## AGRADECIMIENTOS

Médicos Cirujanos Bariátricos de Caracas, Venezuela.

## BIBLIOGRAFÍA

- González Ulloa M. Las Deformidades Abdominales (Técnica Integral de Tratamiento). t2. En: *Texto de Cirugía Plástica, Reconstructiva y Estética*. La Habana: Pueblo y Educación; [sa]. 1986 p.1049-56.
- Sanabria JG. Dermolipectomía Abdominal. En: Coiffman F. *Texto de Cirugía Plástica, Reconstructiva y Estética*. t2. La Habana: Científico-técnica; 1987.p.1058-62.
- Nahas FX. An aesthetic classification of the abdomen based on the myoaponeurotic layer. *Plast Reconstr Surg* 2001;108:1787-95.
- Dargallo Raventos I. Dermolipectomía Abdominal. *Cir Plást Ibero-latinoam*. 1981;11(4):86-9.
- Seymour NE, Bell RL. Abdominal wall, omentum, mesentery, and retroperitoneum. In: Schwartz SI, Brunickardi FC (eds.). *Schwartz's Principles of Surgery*. New York: McGraw-Hill; 2010:1267-83.
- Pitanguy I. Abdominal lipectomy: An approach to it through an analysis of 300 consecutive cases. *Plast Reconstr Surg*. 1967;40:384-91.
- Palacín JM, Vidal Sanz J, del Cacho C. Reparación de la pared abdominal en las dermolipectomías estéticas. *Cir Plast Ibero-latinoam*. 1988; XIV (3): 15-8.
- Carreirao S. Treatment of abdominal wall eventrations associate with abdominoplasty techniques. *Aesth Plast Surg* 1984;8:173-9.
- Martínez Valls JF. Fisiopatología y tratamiento de la obesidad. *Medicine*. 1993;6(36):1549-60.
- Vastine VL, Morgan RF, Eilliams GS, Gampper TJ, Drake DB, Knox LK, et al. Wound complications of abdominoplasty in obese patients. *Ann Plast Surg*. 1999;42(1):34-9.
- Nahas FX, Ferreira LM, Augusto SM, Ghelfond C. Long-term follow-up of correction of rectus diastasis. *Plast Reconstr Surg*. 2005; 115:1736-41.
- Breuing K, Butler CE, Ferzoco S, et al. Incisional ventral hernias: Review of the literature and recommendations regarding the grading and technique of repair. *Surgery* 2010;148:544-8.
- Hickey F, Finch JG, Khanna A. A systematic review on the outcomes of correction of diastasis of the recti. *Hernia* 2011; 15: 607-614.
- Marques A, Brenda E, Pereira MD, de Castro M, Abramo AC. Plication of abdominoplasties with Marlex mesh. *Ann Plast Surg*. 1995;34:117-22.
- Prado A, Andrades PR, Benitez S. Abdominoplasty: The use of polypropylene mesh to correct myoaponeurotic-layer deformity. *Aesthetic Plast Surg*. 2004;28:144-7.
- Horndeski G, Gonzalez E. Abdominoplasty with mesh reinforcement ventral herniorrhaphy. *Plast Reconstr Surg*. 2011;128:101e-102e
- Zemlyak AY, Colavita PD, El Djouzi S, et al. Comparative study of wound complications: Isolated panniculectomy versus panniculectomy combined with ventral hernia repair. *J Surg Res*. 2012;177:387-91.
- Santora TA, Roslyn JJ. Incisional Hernia. *Surg Clin North Am*. 1993;73(3):557-70.
- Hesselink VJ, Lui Jendij K, Dewitt JH. An evaluation of risk factors incisional hernia recurrence. *Surg Ginecol Obstet*. 1993;176(3):228-34.
- Dumanian GA. Abdominal wall reconstruction. In: Thorne CH, Chung KC, Gosain AK, et al. (eds.). *Grabb and Smith's Plastic Surgery*. 7th ed. Philadelphia: Wolters Kluwer; 2014:933-40.
- Hunstad J, Repta R. Consideraciones anatómicas en el moldeo abdominal. En: Rafael A. *Atlas de abdominoplastia*. 1ra ed. Filadelfia: Mosby Elsevier; 2010. p. 5-13.
- Shermak MA. Hernia repair and abdominoplasty in gastric bypass patients. *Plast Reconstr Surg*. 117(4):1145-50, April 1, 2006.
- Davison SP, Parikh PM, Jacobson JM, Iorio ML, Kalan M. A "buttressed mesh" technique for fascial closure in complex abdominal wall reconstruction. *Ann Plast Surg*. 2009 Mar;62(3):284-9.
- Estrada García CB. Dermolipectomía abdominal asociada con herniorrafia incisional. *Carlos Manuel de Céspedes Hospital*. *Multimed* 2013; 17(4).
- Koolen P, Ibrahim AM, Kim K, Sinno HH, Lee BT, Jones DB, LIN SJ. Patient Selection Optimization following Combined Abdominal Procedures: Analysis of 4925 Patients Undergoing Panniculectomy/Abdominoplasty with or without Concurrent Hernia Repair. *Plastic & Reconstructive Surgery*. 134(4):539e-550e, October 2014.
- Cheesborough JE, Dumanian GA. Simultaneous Prosthetic Mesh Abdominal Wall Reconstruction with Abdominoplasty for Ventral Hernia and Severe Rectus Diastasis Repairs. *Plast Reconstr Surg*. 135: 268, 2015.
- Al-Qattan MM. Abdominoplasty in multiparous women with severe musculoaponeurotic laxity. *Br J Plast Surg*. 1997;50:450-5.
- Nahas FX, Ferreira LM, Mendes J de A. An efficient way to correct recurrent rectus diastasis. *Aesthetic Plast Surg*. 2004; 28:189-96.
- Van Uchelen JH, Kon M, Werker PM. The long-term durability of plication of the anterior rectus sheath assessed by ultrasonography. *Plast Reconstr Surg*. 2001;107:1578-84.
- Montgomery A. The battle between biological and synthetic meshes in ventral hernia repair. *Hernia* 2013;17:3-11.

31. Iqbal CW, Pham TH, Joseph A, Mai J, Thompson GB, Sarr MG. Long-term outcome of 254 complex incisional hernia repairs using the modified Rives-Stoppa technique. *World J Surg.* 2007;31:2398–2404.
32. Chevrel JP, Flament JB. Les eventrations de la paroiabdomianle. Paris: Rapportdu 92 CongrèsFracais de Chirurgie; 1990. p. 125.
33. Pauli EM, Rosen MJ. Open ventral hernia repair with component separation. *Surg Clin North Am.* 2013;93:1111-33.
34. Goonetilleke GC. Synthetic mesh in the repair of incisional hernia. *Ceylon Med J*1992; 37(3): 87-9. *Surg Ginecol Obstet.* 1993;176(3): 228-34.
35. Kuzon W, Binhammer P, Knowlton R, Levine R, Fielding C. Effect of electrosurgical technique on wound healing and early complication rate following abdominal dermolipectomy. *Ann Plast Surg.*1996; 37(3):245-50.

# Abdominoplastias secundarias. Clasificación de los defectos y propuestas terapéuticas

## Secondary abdominoplasties. Classification of defects and therapeutic proposals

Guillermo Blugerman, Francisco Villegas, Diego Schavelzon, Miguel Mussi, Victoria Schavelzon, Guido Blugerman

REVISTA ARGENTINA DE CIRUGÍA PLÁSTICA | ENERO - MARZO DE 2018 | VOLUMEN 24 | NÚMERO 1 | PÁGINAS 20-27

### INTRODUCCIÓN

La consulta por secuelas quirúrgicas derivadas de abdominoplastias previas es cada vez más frecuente en nuestras consultas. El incremento en la popularidad de este tipo de cirugías debido a la simplificación de las técnicas después de los trabajos pioneros de Avelar y Saldanha, sumada a la mayor afluencia de pacientes derivados de la cirugía posbariátrica, hace que también asistamos a un mayor número de pacientes que deseen corregir resultados desfavorables del procedimiento primario.

Cuando uno se encuentra ante un caso de estas características, no habiendo participado del procedimiento previo, se encuentra ante el grave problema de ignorar qué tipo de procedimiento realizó el colega sobre ese paciente y eso hace que el plan de acción deba ser más conservador del que podríamos planificar en un caso primario o en una revisión de un paciente propio.

La técnica de TULUA desarrollada por el Dr. Francisco Villegas, que consiste en liposucción del colgajo superior asociada a una plicatura transversa del músculo recto anterior del abdomen<sup>1,2</sup>, es de fácil ejecución y la versatilidad de la neoumbilicoplastia permite solucionar de forma muy segura la mayoría de los problemas que aquejan a este tipo de pacientes.

### A. CLASIFICACIÓN DE LOS DEFECTOS

Las consultas suelen ser por uno o varios de los siguientes factores: 1) la cicatriz, 2) el contenido adiposo, 3) el continente cutáneo, 4) la pared musculoponeurótica y 5) el ombligo.

1. LA CICATRIZ PUEDE ESTAR:
  - a. Asimétrica
  - b. Mal emplazada
    - b.1. Muy alta
    - b.2. Muy baja
  - c. Hipertrófica
  - d. Queloide
  - e. Atrófica o dehiscente
  - f. Adherida a planos profundos
  - g. Mal compensada
    - g.1. Orejas de perro
    - g.2. Línea media desplazada
  - h. T invertida en el centro por falta de descenso del colgajo
2. EL CONTENIDO ADIPOSO PUEDE ESTAR
  - a. En exceso
  - b. Deficitario
  - c. Asimétrico
  - d. Fibrosado
3. EL CONTINENTE CUTÁNEO PUEDE PRESENTARSE
  - a. En exceso
  - b. Con déficit
  - c. Con adherencias cicatrizales
  - d. Con cicatrices post necróticas
  - e. Con estrías residuales
4. LA PARED MUSCULOAPONEURÓTICA PUEDE PRESENTAR
  - a. Hernias

1. Centro B&S de Excelencia en Cirugía Plástica, Buenos Aires, Argentina.  
Hospital Tomás Uribe, Tuluá, Colombia.

✉ Correspondencia: revista@sacper.org.ar

Los autores no declaran conflictos de intereses

### Cicatriz sudermica por exceso de energia o de reseccion



Figura 1.



- Antes y 9 meses después del tratamiento con carboxiterapia, vacumterapia y ultrasonido.

Figura 3.

- b. Eventraciones
  - c. Suturas palpables
  - d. Diastasis
    - d.1. Primaria no resuelta
    - d.2. Secundaria
5. EL OMBLIGO PUEDE PRESENTARSE
- a. Ausente
  - b. Cicatrizal
    - b.1. Hipertrófico
    - b.2. Queloide
    - b.3. Atrófico
  - c. Muy grande
  - d. Muy chico
  - e. Mal emplazado
    - e.1. Muy alto
    - e.2. Muy bajo
    - e.3. Corrido de la línea media
  - f. Poco profundo

### Hematoma no diagnosticado



Figura 2.



Antes del inicio del tratamiento y después de la Abdominoplastia con técnica TULUA

Figura 4.

### Resección quirúrgica del hematoma organizado.



Figura 5.

## B. PROPUESTAS TERAPÉUTICAS

El tratamiento de la cicatriz residual de una dermolipectomía abdominal previa va a depender de las expectativas y deseos de la paciente, que deben ser evaluados correctamente en la primera consulta para valorar la existencia de expectativas realistas sobre los resultados que podremos conseguir. No es lo mismo cuando al sastre le llevan una pieza de tela virgen que cuando le llevan una prenda mal cortada y cosida para corregir.

### Scarpa Fascia.

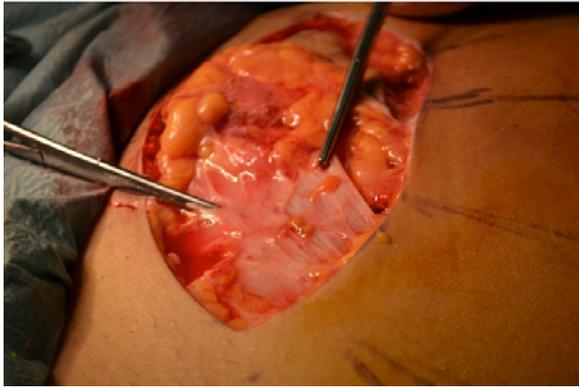


Figura 6.



Figura 7.



Figura 8.



Figura 9.

### CICATRIZ ASIMÉTRICA.

Por lo general se deberá recurrir a la reintervención con un adecuado planeamiento y estudio de las tensiones a las cuales esta sometida la piel de ambos bordes de la cicatriz. Se debe estudiar la presencia de escoliosis que muchas veces son las causales de estas deformidades así como la presencia de cicatrices presentes antes o después de la cirugía primaria.

### CICATRIZ MAL EMPLAZADA

En las *cicatrices muy altas* (Figura 1) la técnica de TULUA con su plicatura transversa es la elección, ya que permite bajar el colgajo superior sin despegarlo mucho y al mismo tiempo transfiere las fuerzas y tensiones a los planos profundos posibilitando la presencia de cicatrices más delicadas y con menor distorsión a nivel del pubis.

La técnica de TULUÁ para bajar la cicatriz puede in-

cluso realizarse bajo anestesia local tumescente y en el momento de la plicatura se realiza una infiltración con cánula de Klein dentro de la vaina de cada músculo recto anterior y músculos oblicuos simulando una técnica anestésica de TAP Block.

De ser posible se recomienda la confección de colgajos de fascia de Scarpa<sup>8,9</sup> para disminuir aún más la fuerza que pudiera ejercerse sobre el colgajo superior.

En las *cicatrices de emplazamiento muy bajo*, que por lo general se manifiestan como una depresión importante y pérdida de volumen a nivel del pubis, la solución podría ser el uso de la técnica de subsición (incisión subcutánea) de la cicatriz, despegando sus adherencias a la profundidad y maniobras de *liposhifting*<sup>3</sup> en los bordes de la incisión si el volumen de grasa es adecuado o lipoinjerto a nivel del monte de Venus si ha quedado muy aplanado causando incluso dispareunia en algunos casos por falta de amortiguación sobre la sínfisis pubiana durante el encuentro sexual. La carbopneumodisección<sup>4</sup> es un asistente muy útil al momento de injertar el tejido adiposo en el pubis pues es un tejido adiposo muy tabicado y difícil de obtener una distribución armoniosa en todos los casos.

### CICATRIZ HIPERTRÓFICA O QUELOIDE

Se puede recurrir a las infiltraciones locales con una



Figura 10



Figura 11.



Figura 12.

solución que incluye 0.1 ml de triamcinolona de 20 mg/ml y 0,9 ml de 5-FU (5-fluorouracilo) de 50 mg/ml<sup>5,6</sup>. Se infiltra intralesional en el centro de la cicatriz hasta que se produzca el blanqueamiento o pápula con una separación de 4 o 5 mm entre una pápula y la siguiente. La frecuencia de infiltración dependerá de la reacción de la cicatriz al tratamiento instaurado. En el momento de realizar la corrección de la cicatriz residual luego de las infiltraciones y para prevenir las recidivas se puede recurrir a la aplicación de una gasa embebida en 5-FU durante 3 minutos previo al cierre de la dermis<sup>7</sup>, además de las otras medidas de prevención ya conocidas. Es muy importante, sobre todo en pacientes con cicatrización queloidea, explicarles expresamente que el prurito local es uno de los primeros síntomas que se suelen presentar en este tipo de cicatrización patológica. Por ello, cuando empiecen a experimentar prurito deberán concurrir a un control para establecer un régimen de inyecciones intralesional y/o cualquier otra medida preventiva.

#### CICATRIZ ATRÓFICA O DEHISCENTE

Lo más indicado suele ser la resección de la cicatriz una vez esperado el tiempo prudencial de maduración de la cicatriz de aproximadamente 6 meses. En ese periodo pueden realizar tratamientos complementarios para mejorar la elasticidad de los tejidos alrededor del área con carboxiterapia, ultrasonido y drenaje linfático.

#### CICATRIZ ADHERIDA A PLANOS PROFUNDOS

Si la cicatriz epidérmica es adecuada, lo que mejor resultado nos ha dado es la subsición. Para ello se puede utilizar una aguja gruesa 18G o 16G o un bisturí en gancho que hemos encontrado dentro del instrumental de la cirugía artroscópica de rodilla que nos ha resultado de gran utilidad ya que desde un solo punto de acceso se puede liberar 10 a 12 cm de cicatriz. Muchas veces resulta de gran utilidad la maniobra de *liposhifting* en los bordes de la cicatriz para permitir una mejor redistribución del tejido celular subcutáneo por debajo de la cicatriz epidérmica.

#### COLGAJOS MAL COMPENSADOS

Se suelen presentar dos escenarios. Uno es el de las denominadas empíricamente “orejas de perro”. Dependiendo de su tamaño y extensión, se podrán corregir con *liposhifting* o disrupción<sup>3</sup>, liposucción localizada o se deberá recurrir a una nueva cirugía para extender la cicatriz hacia los flancos. Cuando la mala compensación implica un mal alineamiento de la línea alba dejando una línea media *desplazada* (Figura 2), no existe otra posibilidad que el levantamiento del colgajo en una extensión suficiente como para rectificar esa desviación y una nueva compensación corrigiendo ese defecto.

Cuando la cirugía previa ha dejado una *cicatriz en T invertida en el centro* (Figura 3) por falta de descenso del colgajo durante la cirugía primaria o por corrección de una dehiscencia o de una necrosis central,



Figura 13.

se deberá evaluar la elasticidad residual de la piel, el largo de la cicatriz vertical, la distancia de la cicatriz al ombligo y de la cicatriz a la horquilla vulvar anterior. Si las condiciones están dadas, la realización de la Técnica de TULUA con una plicatura transversal suele dar la posibilidad de reseca la porción vertical de la cicatriz de hasta 4 cm. Se deberá evaluar la necesidad de movilización del ombligo en el mismo acto operatorio o en un segundo tiempo quirúrgico.

#### ASIMETRÍAS DEL TEJIDO ADIPOSEO

Se deberá programar una liposucción adecuada para corregir los excesos y resaltar las formas y relieves anatómicos que brindan belleza a un abdomen.

Si ha habido una sobre resección y el *contenido de tejido adiposo es deficitario*, el problema es un poco más difícil de resolver. Se comenzara con tratamientos que recuperen la elasticidad de la piel mediante terapias quinesiológicas y carboxiterapia. Luego la lipotransferencia selectiva, si hubiera zonas donadoras es el tratamiento de elección.

Las *asimetrías del tejido adiposo* pueden ser motivadas por resecciones asimétricas del tejido adiposo en forma directa o por liposucción, o debido a retracciones postoperatorias que han producido distorsiones de la capa grasa por lo que se debe estudiar adecuadamente el origen del defecto (**Figuras 4 y 5**). Cuando solo se trata de liposucción asimétrica, el uso de la disrupción y *liposhifting* o liposucción de las zonas redundantes puede solucionar el problema, pero cuando la distorsión se debe a la presencia de un hematoma no diagnosticado o de un seroma crónico el panorama es totalmente diferente. En esos casos se produce un signo o defecto que llamamos **en medusa**, pues el hematoma no diagnosticado suele tener una zona central cercana a la arteria perforante dañada, pero además de la sangre se introduce a través de los túneles dejados por la cánula de liposucción. Al momento de la contracción centrípeta de la cicatriz en forma de rayos de sol, la cicatriz presente en los túneles retrae consigo el tejido adiposo adherido a ella y lo moviliza hacia la zona central produciendo un abultamiento de la grasa en el centro y rayos de fibrosis a su alrededor. La única solución en esos caso es la resección

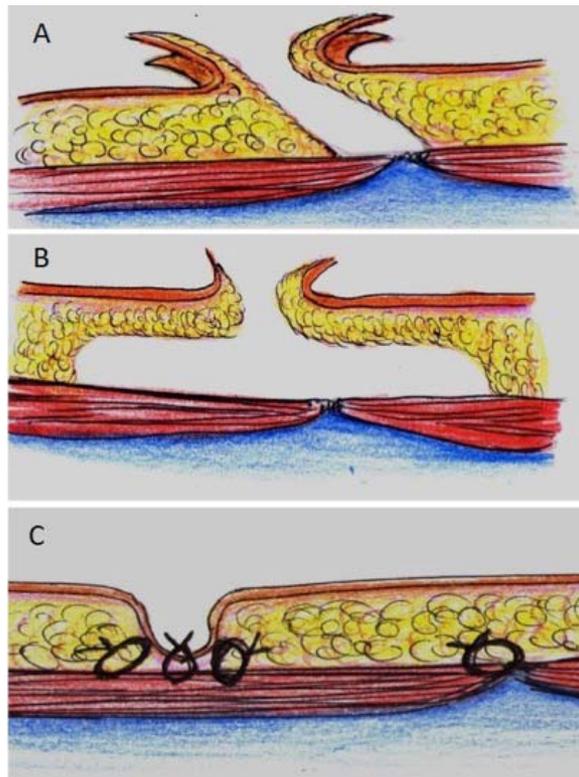


Figura 14

completa del tejido fibroso que suele ubicarse en forma laminar o de corsé sobre la fascia anterior del abdomen.

Cuando hay un deslizamiento del colgajo sobre los tejidos profundos suele deberse a la presencia de un seroma encapsulado que además suele deformar la superficie de la piel. En estos casos somos partidarios acceder a la cápsula a través de la incisión original, y realizar el tratamiento con ácido tricloroacético al 90% para destruir el pseudoendotelio o pseudosinovia que se forma en la cara interna del quiste seroso y facilitar de esa forma la adherencia de las dos superficies sin necesidad de resección de la cápsula. La adherencia se guía mediante puntos de Baroudi<sup>7</sup> de material reabsorbible y se deja un drenaje aspirativo.

#### CONTINENTE CUTÁNEO EN EXCESO

Se deberá evaluar correctamente el vector de dicho

## Seroma no diagnosticado ni tratado



Figura 15

exceso para así planificar la cirugía adicional de resección cutánea para ese caso en particular. Si el exceso es vertical nuevamente la técnica de TULUA es la de elección sobre todo por no conocer la magnitud del procedimiento previo realizado referente a decolamiento y consecuente pérdida de vascularización del colgajo.

Si el exceso es anteroposterior, como frecuentemente se observa en pacientes posbariátricos, se deberá evaluar la resección medial dejando una cicatriz en la línea media xifopubiana con la formación de un neoombigo, o como en el caso ilustrado, una resección lateral en espejo a la altura de la línea axilar media aprovechando la presencia de estrías preexistentes y la aceptación del uso de tatuajes cubritivos que pueda tener el o la paciente.

### CONTINENTE CUTÁNEO DEFICITARIO

Se deberá estudiar adecuadamente la situación, los antecedentes del caso y las causas de dicho déficit. Si este fue primario, o secundario a una necrosis, o dehiscencia de las suturas. En los casos menores asociados a fibrosis los tratamientos complementarios como carboxiterapia, vacumterapia y ultrasonido externo asociados a infiltraciones con 5-FU diluido que pueden aportar uno o dos centímetros extra de piel, pero cuando el déficit es importante habrá que recurrir al uso de expansores cutáneos.

### ADHERENCIAS, CICATRICES POSNECRÓTICAS Y ESTRÍAS.

Si lo que se presentan son *adherencias cicatrizales* de cirugías previas, la alternativa de la subsición en sus distintas modalidades suele brindar excelentes resultados.

Cuando existen *cicatrices dehiscentes posnecrosis* del colgajo y cicatrización por segunda intención, se deberá esperar en nuestra experiencia, como mínimo 6 meses antes de planificar una cirugía de avance el colgajo o incluso de cierre en T invertida.

## Seroma



Figura 16.

En los casos de *estrías residuales* que comprometen el resultado estético, es fundamental que el paciente conozca la imposibilidad de la eliminación total de las estrías posembarazo en la mayoría de los casos. Se podrá instaurar tratamiento con mesoterapia específica, laser de CO<sub>2</sub> fraccionado y dermatocosmiatría para obtener mejoras que la mayoría de las veces son leves.

### DEFECTOS DE LA PARED MUSCULOAPONEURÓTICA.

En el posoperatorio pueden diagnosticarse o hacerse evidentes *procesos herniarios y/o eventraciones de la pared abdominal* muchas veces secundarios al aumento de la presión intrabdominal provocada por las plicaturas de la pared. Deberán ser tratadas con las técnicas habituales para cada defecto y se decidirá o no la utilización de mallas de acuerdo a la magnitud del daño y al estado local de los tejidos vecinos.

En algunas pacientes muy delgadas en las que se utilizó una sutura de material monofilamento no absorbible con nylon o polipropileno para la realización de la plicatura, las pacientes pueden referir molestias a la *palpación transcutánea del nudo* o incluso sensación de pinchazo por las pintas del material que han quedado muy largas y en contacto con las capas profundas de la piel. La solución pasa por la resección de los nudos por un acceso directo o la utilización de injertos de grasa que camuflen la presencia del nudo y aíslan las puntas del hilo.

La presencia de *diastasis de la pared abdominal anterior* puede ser primaria o secundaria. La diastasis primaria a su vez puede ser una diastasis primaria no diagnosticada o no resuelta en la cirugía original. En esos casos el no tratamiento o no resolución puede deberse a diferentes factores. La paciente no deseaba una cirugía más extensa, o el abdomen era globuloso y con mucho contenido de grasa intrabdominal y luego de la cirugía la paciente perdió peso con lo cual la diastasis se hizo mas notoria. O también existen casos en que al disminuir el grosor de la pared ab-

dominal, cierto efecto de contención externa representada por las distintas capas de grasa y la fascia de Scarpa (efecto Faja), se debilitan y adelgazan haciendo que un defecto que en principio no era tan notorio se vea magnificado en el postoperatorio cuando la paciente inicia actividad física mas intensiva que antes de la cirugía.

La *diastasis secundarias* se pueden deber a relajamiento o ruptura de las suturas, a plicaturas parciales de la pared, o a cambios en la dinámica de las presiones intrabdominales después de plicaturas transversas u oblicuas. Otro caso de dehiscencias secundarias se puede observar en pacientes que se han embarazado después de la cirugía de abdominoplastia primaria.

En todos los casos, la solución del defecto pasará por una reintervención con disección controlada de la línea media xifopubiana y realización de una plicatura correcta de la diastasis existente.

## EL OMBLIGO

Es la única cicatriz del cuerpo que debe ser reconstruida después de una cirugía. La cicatriz resultante puede deberse a una técnica de reinserción o a una técnica de neoumbilicoplastia.

La *cicatriz umbilical ausente* suele verse cuando la cirugía primaria no ha sido realizada por un cirujano plástico, en ese caso se deberá recurrir a la creación de un neombligo con un injerto de piel que se puede obtener de uno de los extremos de la cicatriz horizontal. El defecto puede ser por la calidad de la cicatriz, que puede ser hipertrófica, atrófica o queloide, además de hiperpigmentada o hipopigmentada (**Figuras 6 y 7**). Cada uno de esos problemas deberá ser afrontado y resuelto con tratamientos específicos combinando infiltraciones de 5-FU, láser y láser de CO<sub>2</sub>.

En cuanto al tamaño del ombligo, si es *muy grande* se debe elegir la técnica de reducción, resecaando piel del interior del ombligo, con mucha tendencia a la recidiva por las tensiones que existen en el centro del abdomen o a un cierre en raqueta de tenis que deja una pequeña cicatriz vertical que se vuelve muy poco aparente en pocos meses.

Si el *ombligo es muy chico*, o incluso si se ha cerrado del todo, la técnica dependerá de si es un neombligo o una reinserción. Si es un neombligo, se deberá hacerlo nuevamente desde el principio, pero dejando durante

3 minutos una gasa embebida en 5-FU antes de completar la sutura para disminuir el riesgo de una nueva formación de cicatrización retráctil<sup>7</sup>.

Si es un *ombligo reinsertado*, se puede utilizar la técnica de Murillos<sup>11</sup>, que deja el muñón umbilical central, lo liga como si fuera un neonato y se espera la necrosis con la subsiguiente cicatrización por segunda.

Si el ombligo está *mal emplazado* se deberá recurrir a la resección completa y cierre vertical u horizontal y la conformación de un neombligo o a la movilización de la cicatriz con una técnica que hemos descrito para corregir el ombligo triste<sup>12</sup> (**Figuras 8 y 9**). La técnica consiste en una incisión en cruz en el fondo del ombligo, elevación de cuatro colgajos triangulares (**Figura 10**), disección en el plano de la fascia anterior del abdomen de 5 a 10 cm alrededor del ombligo y la reinserción de los cuatro colgajos en la posición adecuada (**Figura 11**). Muchos de estos desplazamientos pueden ser debidos a problemas de postura o a escoliosis que varían el emplazamiento de la línea media del abdomen.

Cuando el ombligo es *muy poco profundo*, el problema puede o no tener solución. En pacientes muy delgadas, con embarazos gemelares o de fetos muy grandes suele verse una atrofia muy importante del subcutáneo y de la piel por lo que suele resultar muy difícil brindarle mayor profundidad. Si el problema se presenta por una liposucción o resección excesiva de grasa a nivel periumbilical, la solución pasa por realizar una lipotransferencia en la zona en forma de dona.

## CONCLUSIÓN

Los procedimientos secundarios después de cirugías del contorno corporal se deben mayormente a resultados no satisfactorios. Los pacientes sometidos a cirugías de contorno corporal deben ser advertidos al momento de su consentimiento informado de la posibilidad de procedimientos adicionales. Si bien la mayoría de los problemas podrían ser prevenibles con selección adecuada de pacientes y la realización cuidadosa de procedimientos primarios, debemos acrecentar los esfuerzos para prevenir pacientes insatisfechos por resultados deficientes en cirugías de contorno corporal.

## BIBLIOGRAFÍA

1. Villegas FJ. A novel approach to abdominoplasty: TULUA modifications (transverse plication, no undermining, full liposuction, neoumbilicoplasty, and low transverse abdominal scar). *Aesthetic Plast Surg* 2014.
2. Blugerman G, Schavelzon D, Martinez B, Wexler G, Markowsky A, et al. New concepts on safer abdominoplasty. En: Serdev N, editor. *Body contouring and Sculpting*. Intech Open; 2016. p.93-108.
3. Shiffman MA, Blugerman G.. *Fat Shifting for the treatment of skin indentations. Liposuction principles and practice*. Chapter 55.
4. Blugerman G, Schavelzon D, Zocchi M, Crichlow G, Mussi M, Scha-

- velzon V, et al. *Pneumodisección y vacum externo con CO<sub>2</sub> para preparación del lecho receptor del injerto de grasa autóloga en cirugía reconstructiva y estética.* *Rev Arg Cir Plast* 2017;23(1):27-31.
5. Blugerman G, Schavelzon D, Dreszman R. *Intralesional use of 5-FU in subcutaneous fibrosis.* *J Drugs Dermatol* 2003;Apr;2(2):169-71.
  6. Davison SP, Dayan JH, Clemens MW, Sonni S, Wang A, Crane A. *Efficacy of intralesional 5-fluorouracil and triamcinolone in the treatment of keloids.* *Aesthet Surg J.* 2009;Jan-Feb;29(1):40-6. doi: 10.1016/j.asj.2008.11.006.
  7. Uppal RS, Khan U, Kakar S, Talas G, Chapman P, McGrouther AD. *The effects of a single dose of 5-fluorouracil on keloid scars: a clinical trial of timed wound irrigation after extralesional excision.* *Plast Recon Surg.* 2001, 108(5):1218-1224
  8. Khan S, Teotia SS, Mullis WF, Jacobs WE, Beasley ME, Smith KL, et al. *Do progressive tension sutures really decrease complications in abdominoplasty?* *Ann Plast Surg* 2006;56(1):14-20.
  9. Costa-Ferreira A, Rebelo M, Vásquez LO, Amarante J, Scarpa fascia preservation during abdominoplasty: a prospective study. *Plast Reconstr Surg* 2010;125(4):1232-9.
  10. Hazani R, Israeli R, Feingold RS. *Reconstructing a natural looking umbilicus: a new technique.* *Ann Plast Surg* 2009;63(4):358-60.
  11. Murillo W. *Neoformación del ombligo. Comunicación personal en el XVI Curso Internacional de Cirugía Plástica Estética, Cali (Colombia), septiembre 2010.*
  12. Blugerman G., Schavelzon D., Wexler G., Lotocky M. *Umbilicosliding or Repositioning of the Navel during or after Abdominal Liposuction to Prevent or Correct the Sad Umbilicus Appearance.* *Am J Cosm Surg.* 2015;32(3):165-171.

# Dermolipectomía asociada a defectos de la pared abdominal

## Dermolipectomy associated with abdominal wall defects

José María Schiavoni<sup>1</sup>, Selene Falzone<sup>2</sup>

### RESUMEN

La abdominoplastia según la técnica de resección en bloque exhibe uno de los resultados más naturales, con menor morbilidad y resulta una técnica de ejecución rápida, con lo que reúne lo mejor de las técnicas tradicionales y nuevas. A su vez, permite asociarse a otros procedimientos quirúrgicos, como en el caso de la reparación protésica de la pared abdominal, de forma segura y eficiente. En el presente trabajo se exponen 102 casos tratados con dermolipectomía en bloque asociada a reparación quirúrgica de la pared abdominal empleando malla protésica de polipropileno en plano preperitoneal. No se observaron en el posoperatorio inmediato ni en el tardío recidivas de los defectos parietales presentes en el inicio ni de otros secundarios a dichos procedimientos.

**Palabras claves:** *dermolipectomía, reparación de pared abdominal, defectos parietales.*

REVISTA ARGENTINA DE CIRUGÍA PLÁSTICA | ENERO - MARZO DE 2018 | VOLUMEN 24 | NÚMERO 1 | PÁGINAS 28-32

### INTRODUCCIÓN

Los problemas estéticos de la pared abdominal representan un motivo habitual de consulta, principalmente entre pacientes del sexo femenino.

Los grados de deformación varían en relación con la distensión y el engrosamiento de la pared abdominal sufrido por el paciente, ya sea por embarazo, por obesidad (asociado a pérdida de peso) y a cirugías previas<sup>1</sup>. La agrupación de estos factores representa mayores retos quirúrgicos.

Las primeras abdominoplastias se realizaron hace más de un siglo<sup>2,3</sup>, mientras que las más modernas técnicas al respecto se han desarrollado en los años 60. Aún con la evolución de estas, en general, los patrones de resección siguen siendo los mismos.

Pontes<sup>4</sup> describió por primera vez su técnica de resección en bloque en 1966, y esta fue presentada ese mismo año en el Congreso Nacional de la Sociedad Brasileña de Cirugía Plástica. A pesar de todo, la abdominoplastia con resección en bloque no ha figurado en los últimos 40 años en los artículos científicos con la frecuencia que merece.

Existe un gran número de clasificaciones para el diagnóstico y tratamiento de las diversas patologías de la

morfología abdominal. Matarasso<sup>5,6</sup> clasifica en 4 categorías los diversos tipos de abdomen, mientras que Bozola y Psillakis<sup>7</sup> destacan la existencia de 5 diferentes niveles de deformidad, ofreciendo un tipo de tratamiento quirúrgico para cada una de ellas.

No es infrecuente la presentación de casos graves de diastasis de los rectos anteriores en pacientes con lipodistrofia y defectos de la pared en los que la plicatura no es suficiente, siendo necesario para su reparación una conducta más agresiva empleando mallas protésicas.

El objetivo es y seguirá siendo la reparación de la pared con la finalidad de restaurarle su integridad estructural, a lo cual se le suman técnicas destinadas a mejorar la estética abdominal<sup>8</sup>.

El interés por resolver dichos problemas ha llevado al desarrollo de múltiples técnicas quirúrgicas a lo largo



Figura 1. Identificación y liberación de saco eventrogeno.

1. Médico, Profesor de UNC, Jefe de UCA de Nuevo Hospital San Antonio de Padua, Miembro Titular de SACPER.

2. Residente de Cirugía General de Nuevo Hospital San Antonio de Padua  
Nuevo Hospital San Antonio de Padua, Río Cuarto

✉ Correspondencia: joseschiavoni@yahoo.com.ar

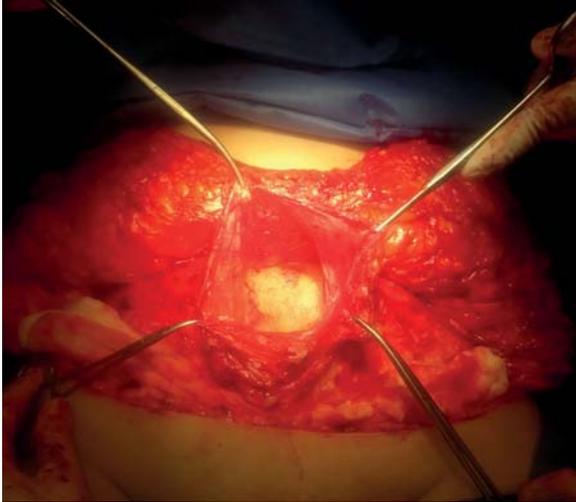


Figura 2. Apertura y tratamiento de saco eventrogeno (reseción de tejido remanente y cierre con surget de vicryl 2.0).



Figura 3. Colocación de malla de polipropileno en plano preperitoneal y plicatura de línea media.



Figura 4.

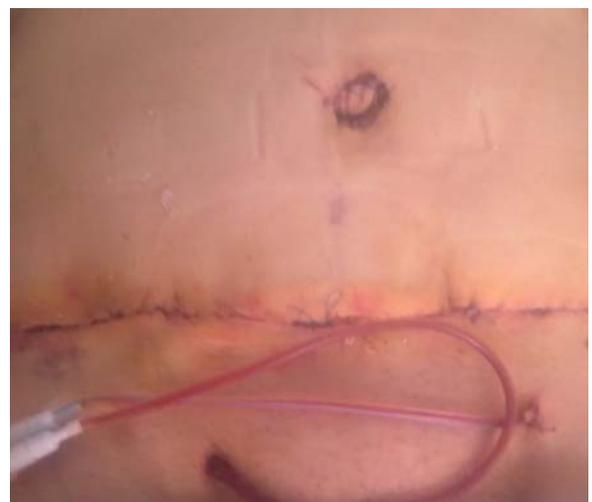


Figura 5. Cierre de incisión y colocación de drenaje.

de los años, en las que el advenimiento de mallas protésicas de diferente composición y estructura ha sido una contribución invaluable que permite la reparación de defectos más extensos y reduce al mismo tiempo el número de recidivas.

## MATERIALES Y MÉTODOS

Realizamos un estudio de tipo observacional, descriptivo, longitudinal y retrospectivo incluyendo 102 pacientes con lipodistrofia y defectos de la pared abdominal internados e intervenidos quirúrgicamente en el Servicio de Cirugía General y Plástica del Nuevo Hospital San Antonio de Padua de Río Cuarto en el período de tiempo comprendido entre los meses de agosto de 2012 y mayo de 2016.

### CRITERIOS DE INCLUSIÓN

- Edades entre 20 y 70 años.
- Lipodistrofia abdominal.

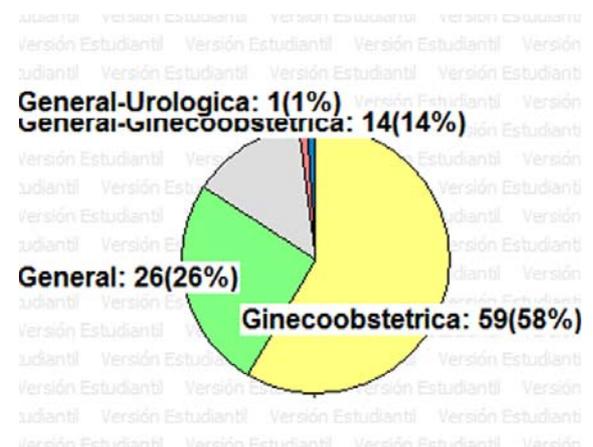


Figura 6. Cirugías previas.

- Defectos de la pared abdominal.
- Cirugías previas abdominales; generales, ginecoobstétricas y urológicas.
- Pérdida de peso mayor a 10 kg.

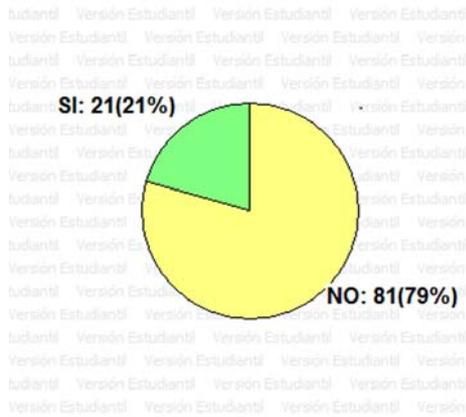


Figura 7. Complicaciones.

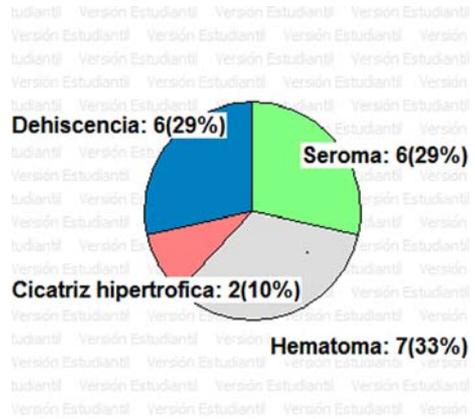


Figura 8. Tipo de complicaciones.



Figura 9. Pre- y posoperatorio de abdominoplastia en bloque mas reparación de hernia epigástrica en paciente de 46 años. Peso de la pieza quirúrgica: 800 g.

#### CRITERIOS DE EXCLUSIÓN

- Individuos del sexo masculino.
- Pacientes intervenidos por patologías oncológicas.
- Cirugías abdominales asociadas con cirugías traumológicas y/o neurocirugías.

Las variables utilizadas durante el desarrollo de este proyecto fueron las siguientes: edad (años); días de internación (días); cirugías previas (generales, ginecológicas, general-ginecoobstétricas, general-urológica, urológica y otras); comorbilidades (sí/no); tipo de complicaciones (seromas, hematomas, dehiscencia de suturas); cirugía múltiple (sí/no).

#### MÉTODO ESTADÍSTICO

Para las variables edad y días de internación se determinó media, mediana y error estándar. En cuanto a cirugías previas y comorbilidades, se establecieron frecuencia absoluta y relativa, expresándolas en porcentajes, utilizando también tablas de contingencia (Anexo).

Se consideró un nivel de significación del 0,05.

Consideraciones éticas: Ley N° 25326 artículos 7 y 28<sup>13</sup>

#### TÉCNICA QUIRÚRGICA

Con técnicas antisepsia y asepsia, bajo anestesia general y/o raquídea, se realizó en la totalidad de los casos una incisión transversa suprapúbica entre ambas espinas ilíacas anterosuperiores, disecando en plano preaponeurótico llegando hasta región subxifoidea.

Reposicionamiento umbilical y sutura con puntos separados de nylon 4.0. Cierre de incisión transversa en dos planos y colocación de drenaje.

En la totalidad de los casos presentados se practicaron abdominoplastias horizontales en bloque asociadas a reparación quirúrgica de la pared abdominal con mallas protésicas de polipropileno colocadas en plano preperitoneal.

#### RESULTADOS

En el presente trabajo se expuso un total de 102 casos correspondientes a pacientes del sexo femenino de entre 22 y 68 años de edad, todas ellas con ante-



*Figura 10. Pre- y posoperatorio de abdominoplastia en bloque más reparación de hernia umbilical recidivada e importante diastasis de rectos. Peso de la pieza quirúrgica: 460 g.*



*Figura 11. Pre- y posoperatorio de abdominoplastia en bloque más reparación de eventración infraumbilical. Peso de pieza quirúrgica: 400 g.*

cedentes de cirugías previas: la de mayor frecuencia fue la ginecoobstétrica, en 58% de los casos, seguidas de intervenciones múltiples, en el 46%. El promedio de tiempo de internación fue de dos días, y las variables edad y comorbilidades no influyeron sobre la prolongación de aquel. Hubo en total 21 complicaciones (21%), entre las cuales la de mayor frecuencia fue el hematoma con 7 casos (33% de todas las complicaciones). No se observaron en la muestra estudiada recidivas de defectos de la pared abdominal.

## DISCUSIÓN

A lo largo de la historia se han descrito innumerables técnicas de abdominoplastia, de las cuales, las más empleadas en la actualidad son aquellas que generan una cicatriz transversa inferior en la región suprapúbica. Sin embargo, el diseño con cicatrices altas, visibles y extensas, la frecuente formación

de seromas y el alto índice de complicaciones, han convertido el diseño de esta cirugía en un reto continuo, incrementado la complejidad de dichos procedimientos la asociación con defectos de la pared abdominal, lo cual obliga a la utilización de mallas protésicas en su reparación y a procedimientos poco conservadores<sup>10-13</sup>.

## CONCLUSIÓN

La abdominoplastia en bloque es un técnica que ha sufrido modificaciones a lo largo del tiempo en relación a la demanda y estándares de cada momento histórico, siendo un procedimiento quirúrgico universalmente utilizado, con un esquema bien definido y de sencilla realización, el cual puede asociarse a otros procedimientos reparadores de la pared abdominal como la plicatura de los rectos anteriores y utilización de mallas protésicas, que no modifican los resultados estéticos y reducen el número de recidivas en lo referente a defectos parietales.

Es importante resaltar que el porcentaje de complicaciones no difiere de lo informado por otros centros. No se observaron en el posoperatorio inmediato ni

en el tardío recidivas de los defectos parietales presentes en el inicio ni de otros secundarios a dichos procedimientos.

## BIBLIOGRAFÍA

1. Coiffman F. *Cirugía de la pared abdominal*. Salvat Editores. Texto de cirugía plástica, reconstructiva y estética. Tomo II. Barcelona (España); 1986. p 1049-1056.
2. Kelly HA. *Excision of fat of the abdominal wall lipectomy*. *Surg Gynecol Obstet* 1910;10:229.
3. Pitanguy I. *Abdominal lipectomy: an approach to it though an analysis of 300 consecutive cases*. *Plast Reconstr Surg* 1967;40:384.
4. Pontes R. *Abdominoplastia-ressecção en bloco e sua aplicação em lifting de cosa e torsoplastia*, Rio de Janeiro, RJ. Revinter Ltda. 2004, p: 1-77.
5. Matarasso A. *Abdominoplasty: A system of classification and treatment for combined abdominoplasty and suction-assisted lipectomy*. *Aesth Plast Surg* 1991;15:111.
6. Matarasso A. *Abdominoplasty*. In: Guyuron B, Achauer BM, Erikson E, et al. (editors). *Plastic Surgery: Indications, operations, outcomes* vol. 4, 1st. ed. Philadelphia, Mosby-Yearbook, 2000.
7. Bozola AR, Psillakis JM. *Abdominoplasty: A new concept and classification for treatment*. *Plast Reconstr Surg*. 1988;82:983.
8. Cheesborough JE, Dumanian GA. *Simultaneous Prosthetic Mesh Abdominal Wall Reconstruction with Abdominoplasty for Ventral Hernia and Severe Rectus Diastasis Repairs*. *Plastic and Reconstructive Surgery* 2015;135(1):268-76.
9. Valesani ME, Mariño SI, Martínez DLLR (editors). *La protección de los datos personales en los sistemas informáticos. La instrumentación en la Argentina*. CISIC 2003: Madrid-Majadahonda, 7, 8 y 9 de mayo de 2003; 2003.
10. Ballestas-Campo O, Pomerane A. *Abdominoplastia y pexia de pubis: estandarización de medidas*. *Cir Plást Iberolatinoam* 2014. Vol. 40.
11. Cido Carvalho FAM, Vieira da Silva Jr. V, Alencar Moreira A. *Lipoabdominoplasty with umbilical detachment and reduced abdominal undermining*. *Cir Plást Iberolatinoam* 2008. Vol. 34. No 4.
12. Goulart Jr. R, Onida Matos M. *Abdominoplastia: Técnica de resección en bloque, revisión de 18 años*. *Cir Plást Iberolatinoam*. 2011. Vol. 37. No 3.
13. Pitanguy I. *Abdominal lipectomy: An approach to it through an analysis of 300 consecutive cases*. *Plast Reconstr Surg* 1967;40:384-91.

## Anexo:

Variable	n	Media	EE	Mín	Máx
Edad	102	47,69	10,40	22,00	68,00
Días de internación	102	2,22	0,61	2,00	7,00

### Tablas de contingencia

Frecuencias absolutas. En columnas: CAT Edad

Complicaciones	C1	C2	C3	Total
NO	24	44	13	81
SI	3	15	3	21
Total	27	59	16	102

Estadístico	Valor	gl	p
Chi Cuadrado Pearson	2,36	2	0,3073
Chi Cuadrado MV-G2	2,55	2	0,2801
Coef.Conting.Cramer	0,11		
Coef.Conting.Pearson	0,15		

### Medidas resumen

CAT Edad	Variable	n	Media	DE	Mín	Máx
C1	Días de internación	27	2,04	0,19	2,00	3,00
C2	Días de internación	59	2,24	0,73	2,00	7,00
C3	Días de internación	16	2,44	0,51	2,00	3,00

### Tablas de contingencia

Frecuencias absolutas

Días de internación	Comorbilidades		
	No	Sí	Total
2	69	15	84
3	5	12	17
7	0	1	1
Total	74	28	102

Estadístico	Valor	gl	p
Chi Cuadrado Pearson	22,41	2	<0,0001
Chi Cuadrado MV-G2	20,46	2	<0,0001
Coef. Conting. Cramer	0,33		
Coef. Conting. Pearson	0,42		

# Rinomodelación con hilo - Fundamento anatómico

## Nasal modelling with thread - Anatomical basis

José Durán

### RESUMEN

Este trabajo está enfocado en pacientes que presentan una rinodeformidad mínima, en quienes creo, como cirujanos plásticos, que podemos realizar una intervención quirúrgica mínimamente invasiva mediante una rinomodelación simple con hilo (vicril - mononylon).

Para casos de mayor rinodeformidad (giba ósea y cartilaginosa de cualquier tipo) podemos realizar una rinomodelación combinada (resección de giba) con hilo.

Existen varias técnicas descriptas de rinomodelación. Esta técnica se basa en la esqueletización de los cartílagos alares con transección lateral, disección limitada del dorso, miotomía del músculo depresor, preservando el ligamento suspensor de la punta a través de incisiones mínimas colocando un hilo, que actúa como tutor y no tensor, desde la columela al ródix nasal, por lo que se obtiene un refinamiento de la punta nasal proyectando la misma y acortando la longitud nasal.

También indicada en casos de resección de giba ósea y cartilaginosa realizando una rinomodelación combinada.

**Palabras claves:** rinomodelación con hilo, disección del alar, ligamento suspensor, miotomía del depresor, hilo tutor.

X

REVISTA ARGENTINA DE CIRUGÍA PLÁSTICA | ENERO - MARZO DE 2018 | VOLUMEN 24 | NÚMERO 1 | PÁGINAS 33-38

### INTRODUCCIÓN

Existen varias técnicas de rinomodelación, desde rellenos con ácido hialurónico, hilos tensores como los descritos por el Dr. Nikolay Serdev de Bulgaria<sup>1</sup>, riendas de Barba del Dr. Julio Barba Gómez de México, también el uso de hilos P.D.O. y los trabajos de bioplastia (GORE-TEX) del Dr. Almir Nácul de Brasil<sup>2</sup>.

### RINOMODELACIÓN SIMPLE CON HILO

Realizo esta técnica cuando la rinodeformidad se debe a la acción dinámica del músculo depresor (punta nasal caída o poco definida), base ancha, ródix bajo. Puede combinarse con resección de cualquier tipo de giba, ósea y cartilaginosa, a través de las mismas mini incisiones. Particularmente empecé a utilizar hilo luego de haber aprendido del Dr. Guillermo Blugerman su utilización como rienda nasal. Inicialmente coloqué hilo nasal en rinoplastias secundarias, las realizadas antes del mes tenían mejor resultado que las de posoperatorio alejado. Por ello comencé a realizar la disección de los cartílagos alares a través de mini incisiones de 6 a 8 mm en el borde marginal, disecando luego en el plano adiposo profundo (plano quirúrgico - **Figura 1**) agregándole transección lateral de la unión del cartílago alar con los sesamoideos (**Figura 2**),

miotomía del músculo depresor (**Figura 3**) y disección del dorso nasal de tal manera que, cuando se coloca el hilo desde la columela al SMAS del ródix, este actúa como hilo tutor y no tensor, de tal manera que se produce un acortamiento de la longitud nasal, afinamiento y proyección de la punta mediante la rotación del cartílago alar hacia cefálico tomando como punto de rotación el ligamento intercartilaginoso o suspensor de la punta nasal (**Figura 2**), es decir que obtenemos una buena rinomodelación que se mantiene en el tiempo por la fibrosis cicatrizal.

### FUNDAMENTO ANATÓMICO

- Disección de los cartílagos alares con transección lateral.
- Miotomía del músculo depresor.
- Disección de dorso.
- Fijación en el SMAS del hilo tutor.
- Preservación del ligamento suspensor de la punta.
- Fibrosis cicatrizal.

### RINOMODELACIÓN COMBINADA CON HILO

Cuando el paciente presenta giba ósea, esta se reseca con raspa. Y en los casos de giba cartilaginosa, se utiliza hoja de bisturí N°11.

### INDICACIONES

- Rinomodelación simple: punta nasal poco definida, punta nasal caída, nariz larga (genética o por envejecimiento) en rinoplastias secundarias (punta caída).

1. Cirujano Plástico. Presidente de la Regional del Noroeste (NOA), SACPER.

✉ Correspondencia: joseduran\_cirurgia@hotmail.com.ar

Los autores no declaran conflictos de intereses

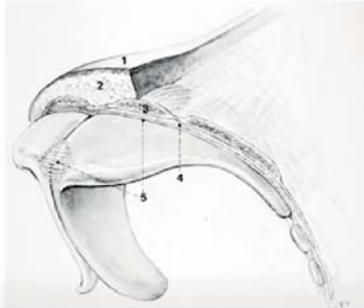


Fig. 1 - Tejedos blandos de la nariz. 1, piel. 2, capa adiposa superficial. 3, capa fibromuscular con sus fascias superficial y profunda. 4, capa adiposa profunda. 5, lámina fibrosa longitudinal que incluye el periostio, el pericondrio y los ligamentos de la nariz.

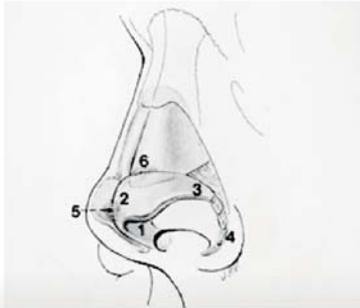


Fig. 2 - Cartilagos alares. 1, crus interna. 2, crus media. 3, crus externa. 4, cartilagos sesamoideos. 5, ligamento intercrural. 6, ligamento intercartilaginoso.



Fig. 3 - Músculos de la nariz. 1, piramidal. 2, elevador del labio superior y del ala nasal. 3, anómalo de la nariz. 4, músculo nasal. 5, depresor del músculo nasal. 6, transverso de la nariz. 7, compresor menor del orificio nasal. 8, dilatador anterior del orificio nasal.

Figuras 1,2 3.



Figura 4.



Fotografía: Dr. José Durán - todos los derechos reservados.

Figura 5.

- Rinomodelación combinada: casos con giba de cualquier tipo.

el año 2014 con un total de 120 pacientes hasta la fecha. Todos con anestesia local, ambulatorios.

## MATERIAL Y MÉTODOS

Vicryl y mononylon.

Se incluyen pacientes tratados con estas técnicas desde

## TÉCNICA QUIRÚRGICA

En todos los casos se utilizó anestesia local con xilocaína al 2% con epinefrina. Realizo marcación previa de los



Figura 6.

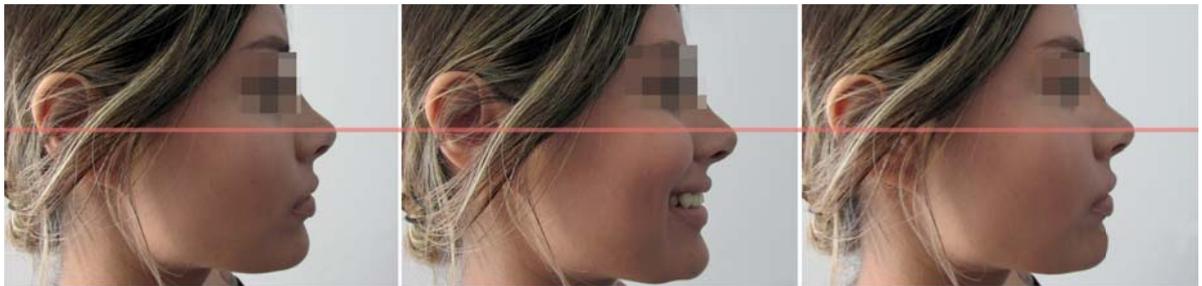


Figura 7.

cartílagos alares, marcación del punto de entrada en columela, marcación en el rínico, trayecto del hilo a colocar. Infiltración con aguja 30G en rínico siguiendo por el dorso a nivel de la punta realizo la infiltración por el borde marginal del alar, haciendo hidrodisección de los mismos. Infiltración en la columela, infiltración a nivel de músculo depresor, infiltración en la unión del alar con los cartílagos accesorios.

Incisión puntiforme con hoja de bisturí N11 en rínico, columela, unión alar con accesorios, incisión en el pie de la columela.

Incisión en el borde marginal alar de 6 a 8 mm en cada lado. Disección subcutánea en las incisiones previas en el rínico y en la incisión de la columelar (para prevenir hundimiento de la dermis por el pasaje del hilo).

Disección marginal del alar usando tijeras punta de iris curvas buscando el plano adiposo profundo (plano quirúrgico de fácil disección).

Se completa la disección de los cartílagos alares usando disector de Freer haciendo disección cruzada continuando con la disección del dorso con legra de Joseph. A continuación, miotomía bilateral de los músculos depresores, transección lateral de la unión del alar con los cartílagos accesorios.

Se procede a colocar el hilo usando aguja recta de Poget introduciéndola en la incisión de la columela, con el ojo de la aguja hacia cefálico rodeando el cartílago alar para emerger por la incisión del lado izquierdo del rínico, se

enhebra el hilo y extrae por la columela quedando un extremo del hilo en la columela. Se enhebra nuevamente el hilo en la aguja e introduce por el lado izquierdo del rínico tomando el SMAS saliendo por la incisión del lado derecho, se libera la aguja. Se introduce la aguja por la columela, se rodea el cartílago alar derecho emergiendo en el rínico, se enhebra el hilo y se extrae por la columela quedando ambos cabos del hilo al nivel de la misma, a continuación se procede a hacer el nudo del hilo.

A manera de control solicito al paciente que levante las cejas y realice movimientos de sonrisa, de esa manera se aprecia si el hilo quedó a tensión y se corrige de ser necesario.

En este momento observamos cómo disminuye la longitud nasal y se produce el afinamiento y proyección de la punta por la rotación del alar hacia cefálico tomando como punto de rotación el ligamento suspensor de la punta. De allí la importancia de la preservación de dicho ligamento. Véase el video en el link: [https://youtu.be/eZ3e7Mn2\\_mk](https://youtu.be/eZ3e7Mn2_mk).

A continuación se coloca cinta micropore durante 48-72 horas. Véase **Figura 8 “Rinomodelación con hilo simple. Evaluación estética” pre- y posoperatorio, en este caso 3d PO.**

## PROCEDIMIENTOS COMPLEMENTARIOS

Cuando el paciente presenta rínico bajo leve, este se suaviza con la colocación del hilo. Puede realizarse un punto transfixiante en el mismo con vicryl 3.0 en el SMAS,

Rinomodelación con hilo simple.  
Evaluación estética

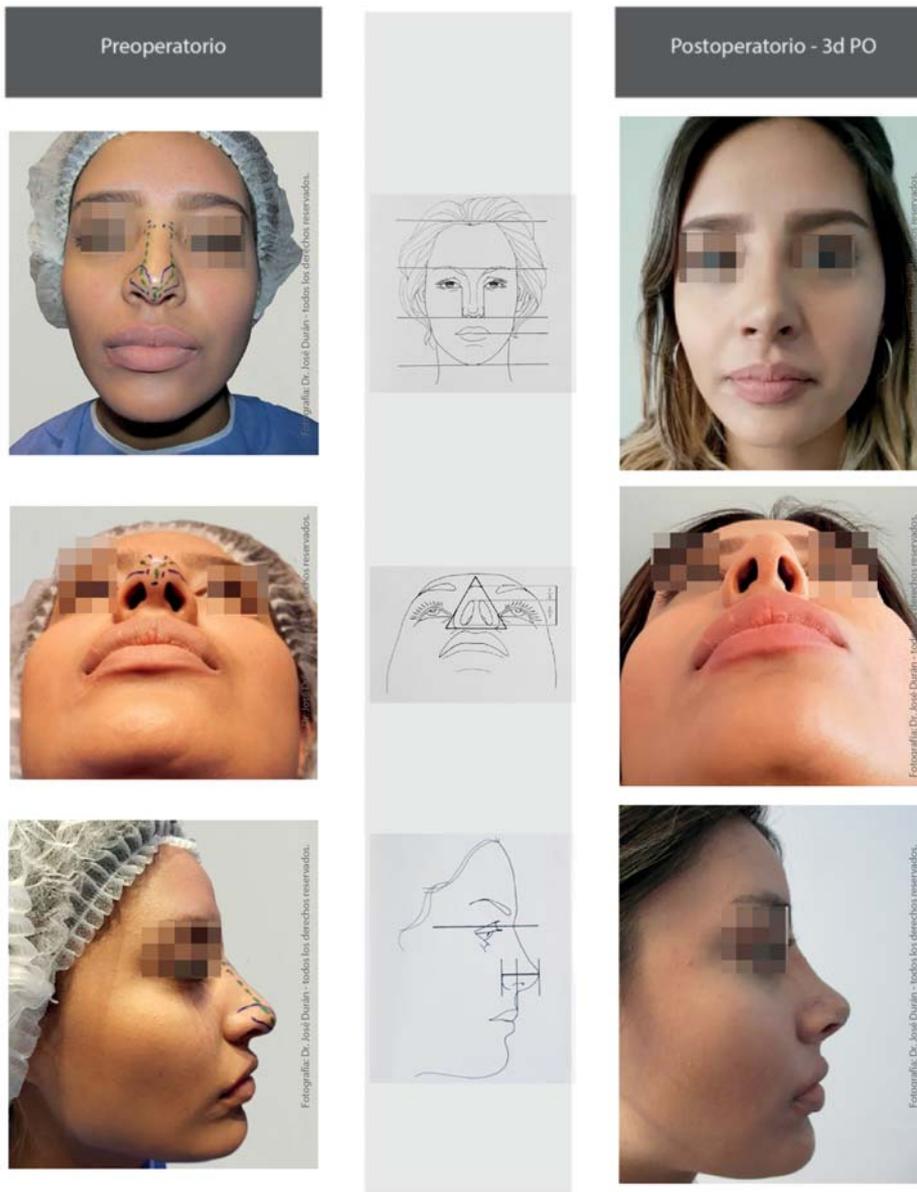


Figura 8.

formando un pliegue que actúa como relleno (Figura 4). Cuando el paciente presenta base ancha (nariz chata), realizo punto transfixiante en la misma con mononylon 3.0. Si tiene pilares abiertos en la columela realizo punto con mononylon 5.0 (Figura 5). Cuando presenta columela colgante en rinoplastias secundarias, realizo un punto desde la columela al borde caudal del tabique con mononylon 4.0 (Figura 6).

### PROCEDIMIENTO COMBINADO

Cuando el paciente presenta giba ósea y cartilaginosa de cualquier tipo, realizo rinomodelación combinada en la que se procede a la resección de la misma con ras-

pa y hoja de bisturí N11 a través de la misma miniincisión marginal, también puede realizarse osteotomía externa en caso de pirámide nasal ancha. Véase el video en el link: <https://youtu.be/cDU07cR1LeU>.

En estos casos se deja férula de yeso por 5 días. Véanse las Figura 9 “Rinomodelación con hilo combinada. Evaluación estética” pre- y posoperatorio, en este caso 5d PO.

### CONCLUSIONES RINOMODELACIÓN SIMPLE

- Técnica sencilla y baja curva de aprendizaje.
- Recuperación precoz.
- Resultado natural.
- Reversible (dentro de los 14 días).

Rinodelación con hilo combinada.  
Evaluación estética

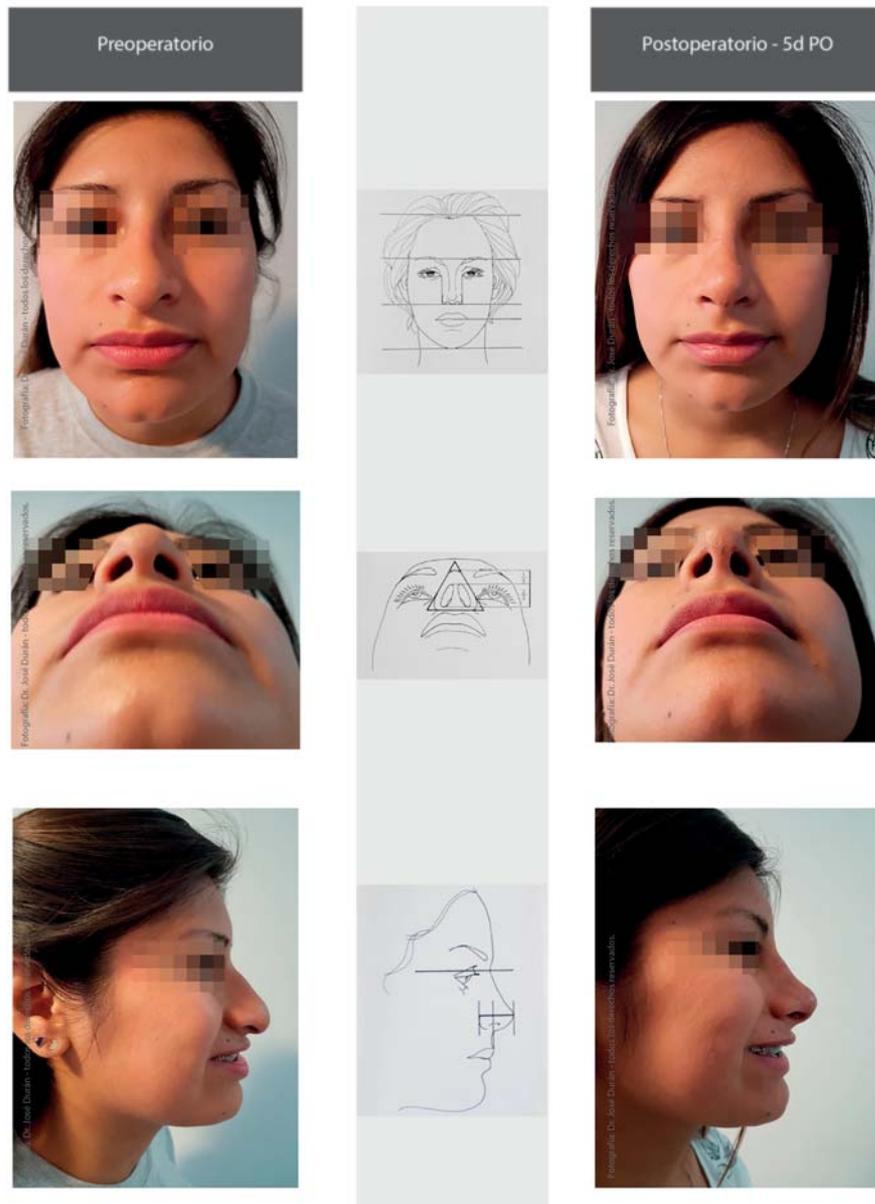


Figura 9.

**CONCLUSIONES RINODELACIÓN COMBINADA:**

- Posoperatorio menor que rinoplastia tradicional.
- Resultado natural.

**RESULTADOS**

Este trabajo comprende pacientes operados entre los años 2014 y 2017 sumando un total de 120 ca-

sos (82 mujeres, 38 varones) todos con anestesia local, ambulatorios. Edad de los pacientes comprendida entre 18 y 70 años.

**COMPLICACIONES**

- Disconformidad: dos casos.
- Pellizcamiento de la piel en radix: dos casos.
- Hematoma: 0.
- Infeccion: 0.

## REFERENCIAS

- Imágenes: Figuras 1, 2, 3 y evaluación estética - Rinoplastia (1996) - Fernando Ortiz Monasterio, Fernando Molina. ISBN 950-06-1614-9-84-7903-271-5. Se agradece al Dr. Fernando Molina Montalva por la autorización al uso de las imágenes citadas.
- Suturas Serdev Transcutáneas y Transmucosas<sup>®</sup> para el refinamiento de la punta nasal, el estrechamiento de la base alar y otras correcciones - NikolaySerdev.
- Aesth Plast Surg 34:462-465 - Rhinoplasty Using Nácul's Suspensor System: A Preliminary Report.

# Reconstrucción vulvar con colgajo fasciocutáneo del surco glúteo

## Vulvar reconstruction with fasciocutaneous flap of the gluteal fold

Trabachino B<sup>1</sup>, Etcheverry M<sup>2</sup>, Filicani S<sup>3</sup>, Siemieniczuck G<sup>4</sup>

### RESUMEN

**Introducción.** La reconstrucción inmediata de la región vulvar posterior a vulvectomía radical por patología oncológica representa un desafío para el cirujano plástico dado el tamaño del defecto que genera dicha cirugía, en relación con la complejidad que posee la región anatómica a tratar.

**Material y métodos.** Se presenta el caso de una paciente de sexo femenino de 74 años de edad con antecedentes de resección local de tumor vulvar asociado a radioterapia adyuvante en otra Institución, 5 años previos a la consulta. Actualmente presenta recidiva de su enfermedad. Se aborda de forma multidisciplinaria y se realiza vulvectomía radical más reconstrucción inmediata del defecto con dos colgajos del surco glúteo.

**Resultado.** Una vez realizada la cirugía, la paciente fue dada de alta de la Institución al séptimo día posoperatorio y fue instruida para evitar sentarse durante 7 días más. Al 12 día posoperatorio presentó unadhesión parcial de la herida en región subglútea derecha, la cual se resolvió suturándola nuevamente. Al cumplirse 1 mes de la cirugía, la paciente se encontró satisfecha con el resultado estético y en condiciones de volver a su vida normal desde el punto de vista funcional y estético.

**Conclusión.** El presente trabajo confirma que la utilización del colgajo fasciocutáneo del surco glúteo es una buena elección para la reconstrucción de la región vulvar, tanto estética como funcional.

**Palabras claves:** cáncer de vulva, reconstrucción genital, colgajo surco glúteo.

### ABSTRACT

**Background.** The immediate reconstruction of the vulvar region after radical vulvectomy due to oncological pathology represents a challenge for the plastic surgeon due to the size of the defect generated by said surgery, in relation to the complexity of the anatomical region to be treated.

**Material and Methods.** We present the patient 74-years-old woman with a history of local resection of vulvar tumor associated with adjuvant radiotherapy in another Institution and currently she has recurrence of the disease. Is addressed by a multidisciplinary team and radical vulvectomy is performed with immediate reconstruction of the defect with two gluteal fold flaps.

**Results.** Once the surgery was performed, the patient was discharged from the Institution on the seventh postoperative day and was instructed to avoid sitting for 7 days. On the 12th postoperative day, she presented a partial dehiscence of the wound, which was resolved by suturing it. One month after surgery, the patient was satisfied with the aesthetic result and able to return to her normal life from a functional point of view.

**Conclusion.** The present work confirms that the use of the fasciocutaneous flap of the gluteal fold is a very good option for the vulvar region reconstruction, not only functionally as aesthetically.

**Key words:** vulvar cancer, female genital reconstruction, gluteal flap.

REVISTA ARGENTINA DE CIRUGÍA PLÁSTICA | ENERO - MARZO DE 2018 | VOLUMEN 24 | NÚMERO 1 | PÁGINAS 39-42

## INTRODUCCIÓN

La reconstrucción inmediata de la región vulvar posvulvectomía radical por patología oncológica representa un desafío para el cirujano plástico dado el tamaño del defecto que genera dicha cirugía, en relación con la complejidad que posee la región anatómica a tratar.

Existe una amplia variedad de opciones a la hora de

elegir el tipo de colgajo que se utilizará en cada paciente en particular. La elección dependerá de las características de cada paciente y de la experiencia del cirujano.

En 1996, Yii & Niranján publicaron la descripción de un colgajo fasciocutáneo para la reconstrucción perineal, al cual llamaron *lotus petal flap*, que se origina en el surco glúteo<sup>1</sup>. Posteriormente, en el año 2005, Bistoletti publicó la descripción anatómica y la técnica quirúrgica para el diseño de un colgajo que se puede utilizar para la reconstrucción vulvar y perineal posterior llamado *colgajo del surco glúteo*<sup>1-10</sup>.

Basados en esta publicación, presentamos el caso clínico de una paciente de 74 años de edad con antecedentes de resección local de tumor vulvar, asociado a radioterapia adyuvante en otra Institución 5 años previos a nuestra consulta. Actualmente presenta recidiva de la enfermedad y debido a la complejidad del caso, se abordó en forma multidisciplinaria, realizándose vulvectomía radical más reconstrucción inmediata del defecto con dos colgajos del surco glúteo según técnica de Bistoletti<sup>1</sup>.

1. Médico Cursante de la carrera de Cirugía Plástica de la Universidad Católica Argentina (UCA) rotante en Centro Quirúrgico Rosario (CQR).
2. Médico Residente de Cirugía Plástica del CQR Rosario.
3. Cirujana Plástica Departamento Docencia de CQR y staff de Sanatorio de la Mujer de Rosario. Miembro titular de SACPER.
4. Jefe de Servicio de Cirugía Plástica de CQR. Miembro titular de SACPER.

✉ Correspondencia: revista@sacper.org.ar

Los autores no declaran conflictos de intereses



Figura 1. Carcinoma de vulva recidivado.

## PRESENTACIÓN DE CASO

Paciente femenina de 74 años, con antecedentes de resección local de tumor vulvar asociado a radioterapia adyuvante en otra Institución, cinco años atrás. La paciente consulta al Servicio de Ginecología del Sanatorio de la Mujer de la ciudad de Rosario, por presentar una lesión vulvar ulcerada y de bordes sobreelevados de seis meses de evolución. Con el antecedente de carcinoma vulvar se decide realizar una biopsia incisional, la que informó carcinoma epidermoide semidiferenciado, infiltrante y queratinizante de vulva (**Figura 1**).

Los estudios preoperatorios de rutina se completaron con laboratorio, colposcopia y cistoscopia con toma de biopsia, en los cuales no se evidencian alteraciones ni signos de transformación neoplásica en vagina ni en vejiga. Se realizó además resonancia magnética nuclear donde se pudo evidenciar, a nivel de la vulva, un área focal derecha de 3 cm (anteroposterior) × 1,2 cm (transverso) × 21,2 cm (craneocaudal) con realce periférico (tumor vulvar), y sin líquido libre intraperitoneal.

Luego de la evaluación preoperatoria, se decide realizar un abordaje multi-disciplinario, en el cual el Servicio de Ginecología junto con el Servicio de Urología del Sanatorio de la Mujer llevaron a cabo vulvectomía radical, y posteriormente nuestro Servicio de Cirugía Plástica de dicho Sanatorio realizó la reconstrucción inmediata del defecto mediante la realización de dos colgajos de rotación fasciocutáneo del surco glúteo<sup>1</sup>.

## MATERIAL Y MÉTODOS

### ANATOMÍA

Los tejidos blandos del periné posterior reciben irrigación principalmente de la arteria (A) pudenda interna, rama terminal del tronco anterior de la arteria ilíaca interna. Una vez que entra en la fosa isquiorrectal a través de la escotadura ciática menor, esta arteria que-



Figura 2. Marcación prequirúrgica.

da enfundada por un desdoblamiento de la aponeurosis del músculo obturador interno (canal de Alcock) y alcanza la tuberosidad isquiática hasta terminar en el periné anterior. A lo largo de su recorrido emergen 3 ramas colaterales: A. perineal superficial, A. perineal profunda (o A. del bulbo del vestíbulo) y la A. hemorroidal inferior. La arteria perineal se hace superficial a nivel de la tuberosidad isquiática desarrollando tres ramas terminales: dos ramas al periné anterior y una rama al periné posterior (arteria perineal transversal). Esta última arteria constituye la base del colgajo del surco glúteo.

El drenaje venoso se realiza a través de las venas perineales superficiales, terminando en la vena pudenda interna. La rama interna del nervio pudendo del plexo sacro proporciona inervación al periné posterior y corre a lo largo de la arteria pudenda interna, por lo tanto, el colgajo está neuro-vascularizado<sup>1-8</sup>.

### TÉCNICA QUIRÚRGICA

Se realizó la marcación del surco glúteo de forma bilateral previo a la cirugía con el paciente de pie y diseñamos el colgajo ajustándolo al tamaño del defecto (15 cm de largo y 9 cm de ancho) y procurando que el punto base de rotación esté dentro del triángulo formado por los orificios anal, vaginal y la tuberosidad isquiática, para asegurarnos la integridad del pedículo (**Figura 2**).

En este caso se identificó y se evaluó, además, la permeabilidad de los vasos con un equipo Doppler manual.

Con la paciente en posición ginecológica y anestesia general, el Servicio de Ginecología y Urología realizó la extirpación quirúrgica de la lesión.

Luego realizamos la reconstrucción inmediata del defecto con dos colgajos fasciocutáneos de surco glúteo, levantándolos desde lateral hacia medial. A continuación se realizó la rotación y cobertura del defecto, fijando los colgajos con grampas temporarias para evaluar vitalidad, funcionalidad y estética de los mismos. Una vez

que se aproximaron los colgajos, se realizó la reconstrucción del introito y se reposicionó la uretra (procedimiento a cargo del Servicio de Urología). Se colocaron dos tubos de drenaje en los sitios donantes y receptor. Por último, se realizó la sutura en 2 planos: tejido celular subcutáneo con puntos de vicryl reabsorbible 2/0 y 3/0 y en la piel se realizó un *surget* de sutura nylon 3/0.

#### CUIDADOS POSOPERATORIOS

Se realizaron curaciones diarias y los drenajes se mantuvieron en su lugar hasta que el débito fuera menor a 30 ml (72 horas). La paciente fue dada de alta de la Institución al séptimo día posoperatorio y fue instruida para evitar sentarse durante 7 días.

Al 12° día posoperatorio presentó una dehiscencia parcial de la herida del sitio donante derecho, la cual se resolvió suturándola nuevamente con anestesia local. Las cicatrices evolucionaron favorablemente. La micción se reinició normalmente al retirarse la sonda vesical a los 7 días y el resultado estético y funcional fue satisfactorio. Como complicaciones encontramos un granuloma en la unión anterosuperior de los colgajos a nivel púbico. Las cicatrices fueron aceptables en espesor y color a los tres meses del postoperatorio, así como a los 2 años de evolución (**Figura 3**).

#### DISCUSIÓN

En muchos casos, los defectos posquirúrgicos resectivos de las patologías oncológicas del tracto genital femenino representan un desafío para el cirujano plástico debido a la complejidad que posee la región perineal, si consideramos la funcionalidad y la estética necesarias en dicha región.

Cada caso clínico debe ser evaluado, estudiado y analizado individualmente y de forma multidisciplinaria para poder brindarle a la paciente el mejor tratamiento oncológico y reconstructivo. Desde el punto de vista de nuestra especialidad, no solo es necesario considerar el tamaño y la forma del defecto, sino también la comorbilidad del sitio donante de la paciente y las patologías concomitantes asociadas. De acuerdo a estos factores es que podemos decidir el tipo de reconstrucción a realizar. Las premisas principales son: que el colgajo posea una buena irrigación y un tamaño tal que llegue a cubrir el defecto sin tensión<sup>9</sup>.

Debido al estadio en el que se encontraba la patología, en este caso fue necesario realizar una resección amplia, lo que nos enfrenta a un defecto mayor a cubrir.

Al momento de analizar las opciones terapéuticas, debemos considerar las opciones más simples y con menos secuelas en primera instancia, y si éstas no cumplen con lo necesario, se deben considerar opciones más complejas o la combinación de varias técnicas para lograr el resultado deseado: Las técnicas analizadas fueron las siguientes:

1.- Los injertos de piel de espesor parcial y total son

útiles sólo para lesiones menores que requieran vulvectomía limitada a la piel (enfermedad de Paget) donde haya un defecto superficial y donde el objetivo sea evitar retracciones y cierre por segunda intención<sup>9</sup>.

2.- Los colgajos cutáneos locales son de utilidad para defectos menores o medianos, donde se requiera tejido de cobertura regional. El colgajo de avance en V-Y, muy utilizado para la reconstrucción vulvar y perineal, posee el beneficio de ser un colgajo versátil, y se pueden realizar varios en forma simultánea<sup>5-9</sup>.

3.- Los colgajos fasciocutáneos, como por ejemplo el colgajo del surco glúteo<sup>1,3,4</sup>, el colgajo de pétalo de loto<sup>10</sup>, el colgajo fasciocutáneo de avance en V-Y<sup>3,4,9</sup> o el colgajo de Gracilis<sup>4,7,9,11</sup> son útiles para reconstrucciones mayores ya que se obtienen con la irrigación de arterias principales, asegurando la vitalidad del colgajo y el cierre del defecto a cubrir. Los mismos están indica-



**Figura 3.** Dos años de evolución.

dos para reconstrucciones hemivulvares y totales, considerándolos como colgajos seguros y confiables.

4.- Los colgajos miocutáneos, como por ejemplo el colgajo musculocutáneo vertical de recto abdominal (VRAM)<sup>4,6,9</sup>, el colgajo anterolateral del muslo (ALT)<sup>9</sup> o el colgajo perforante de la arteria epigástrica inferior profunda (DIEP)<sup>9</sup> son útiles en grandes defectos que requieren ser rellenados como en una pelvectomía anterior o en una amputación abdomino-perineal, lo que implican una importante secuela de la zona dadora<sup>9</sup>.

En nuestro caso elegimos realizar el colgajo fasciocutáneo de surco glúteo, ya que tiene la ventaja de estar en una zona no irradiada y que presenta menores secuelas estéticas que otras técnicas. Es, además, un colgajo de rotación seguro, confiable y neurovascularizado, con la ventaja de encontrarse cerca de la zona a reconstruir, pero a una distancia suficientemente alejada de la vulva, dado los casos de neoplasia vulvar intraepitelial (VIN) multifocal<sup>1,3,4</sup>. Cabe destacar que, dada la edad avanzada de nuestra paciente, los tejidos presentaban buena laxitud, lo cual nos facilitó técnicamente el procedimiento.

Nos resultó de gran utilidad contar con la marcación asistida por el Doppler intraoperatorio, para garantizar la permeabilidad y ubicación de los pedículos vasculares.

## CONCLUSIONES

El presente trabajo confirma que la utilización del colgajo fasciocutáneo del surco glúteo es una buena elección para la reconstrucción de grandes defectos de la región vulvar, que proporciona muy buenos resultados tanto estéticos como funcionales.

Es importante destacar que el trabajo en equipo multidisciplinario es indispensable para el abordaje de estas complejas patologías.

## AGRADECIMIENTOS

Al Dr. Pedro Bistoletti por su apoyo y asesoramiento realizado para la realización de la técnica. A la Dra. Ivana Strasser, ginecóloga, y al Dr. Fernando Yaber, urólogo del Sanatorio de la Mujer por conformar el equipo tratante.

---

## BIBLIOGRAFÍA

1. Bistoletti P. Vulvoperineal Reconstruction with a Sulcus Gluteus Flap. *The Journal of Reproductive Medicine* 2005;50:123-129.
2. Höckel D. Vulvovaginal Reconstruction for neoplastic disease. *Lancet Oncology* 2008;9:559-68.
3. Fujioka M, Hayashida K, Murakami C. Vulvar reconstruction should be performed using gluteal-fold perforator flap because of less morbidities and complications. *Rev. Col. Bras. Cir.* 2014;41(2):134-6.
4. Tan BK, Kang GC, Tay EH, Por YC. Subunit Principle of Vulvar Reconstruction: Algorithm and Outcomes. *Arch Plast Surg* 2014;41:379-86.
5. El-Khatib. V-Y Fasciocutaneous Pudendal Thigh Flap for Repair of Perineum and Genital Region After Necrotizing Fasciitis: Modification and New Indication. *Ann Plast Surg.* 2002 Apr;48(4):370-5.
6. Paprottko FJ, Krezdorn N, Lohmeyer JA, Young K, Kuhbier J, Keck M, et al. Plastic reconstructive surgery techniques using VRAM or gracilis flaps in order to successfully treat complex urogenital fistulas. *J Plast Reconstr Aesthet Surg.* 2016 Jan;69(1):128-37.
7. Peek A, Müller M, Ackermann G, Exner K, Baumeister S. The Free Gracilis Perforator Flap: Anatomical Study and Clinical Refinements of a New Perforator Flap. *Plast Reconstr Surg* 2009;123:578.
8. Latarjet M, Ruiz Liard A. *Anatomía Humana*. 4ª Ed. 6ª Reimp. Buenos Aires: Ed. Panamericana. 2008 v.2. 888p.
9. Gentileschi S, Servillo M, Garganese G, et al. Surgical therapy of vulvar cancer: how to choose the correct reconstruction? *Gynecologic Oncology.* 2016-27(6):e60.
10. Argenta PA, Lindsay R, Aldridge RB, Siddiqui N, Burton K, Telfer JRC. Vulvar Reconstruction using "lotus petal" fascio cutaneous flap. *Gynecologic Oncology* 131 (2013) 726-9.
11. Lee PK, Choi MS, Ahn ST, Oh DY, Rhie JW, Han KT. Gluteal Fold V-Y Advancement Flap for Vulvar and Vaginal Reconstruction: A New Flap. *Plast Reconstr Surg.* 2006;118:2:401-6.