



UNIVERSIDAD DE ESPECIALIDADES “ESPÍRITU SANTO”
PROGRAMAS DE POSTGRADOS DE ESPECIALIDADES MÉDICAS

TITULO:

**“TRACCIÓN DE LA FASCIA DE SCARPA PARA MEJORAR EL
CONTORNO CORPORAL EN LIPOMINIABDOMINOPLASTIA TIPO II EN
MUJERES INTERVENIDAS EN CLINICA PARTICULAR DE LA CIUDAD
DE GUAYAQUIL DE 1 DE JULIO DEL 2012 A 30 DE JUNIO DEL 2015”**

Trabajo de Investigación presentado como requisito para optar por el título de
Especialista en Cirugía Plástica, Reconstructiva y Estética

POSTGRADISTA:

Md. Angélica María Cedeño Álava

TUTOR:

Dr. Francisco Borja Zavala

Año 2015

Samborondón - Ecuador

CONTENIDO

CAPITULO I	1
INTRODUCCIÓN.....	1
CAPITULO II	3
OBJETIVOS.....	3
2.1. Objetivo General.....	3
2.2. Objetivos Específicos.....	3
CAPITULO III	4
MARCO TEORICO.....	4
3.1 HISTORIA DE LAS ABDOMINOPLASTIAS.....	4
3.2 ANATOMIA DE LA PARED ABDOMINAL.....	6
3.3 DIAGNOSTICO Y TRATAMIENTO DE LOS TIPOS DE ABDOMEN.....	9
3.4 PLANEAMIENTO PREOPERATORIO.....	14
3.5 TÉCNICA QUIRÚRGICA DE ABDOMINOPLASTIA.....	16
3.6 TECNICA QUIRURGICA DE LIPOMINIABDOMINOPLASTIA TIPO II.....	17
3.7 COMPLICACIONES DE LA TÉCNICA DE ABDOMINOPLASTIA.....	21
3.8 VENTAJAS DE LA ABDOMINOPLASTIA TIPO II.....	23
3.9 DESVENTAJAS DE LA ABDOMINOPLASTIA TIPO II.....	24
CAPITULO IV	25
4.1 METODOLOGIA.....	25
4.2 MATERIALES.....	25
CAPÍTULO V	28
5.1. ANÁLISIS E INTERPRETACIÓN DE RESULTADOS.....	28
5.2. DISCUSION.....	32
CAPITULO VI	35
6.1. CONCLUSIONES.....	35
6.2. RECOMENDACIONES.....	37
BIBLIOGRAFIA	38
ANEXOS	43

LISTA DE ILUSTRACIONES

Ilustración 1: Técnica de Abdominoplastia De Saldanha. A) lipoaspiración del colgajo; B) Uniformidad del colgajo; C) Incisión suprapúbica; D) Decolamiento respetando la fascia superficial (Saldanha O. , 2007).	17
Ilustración 2: a) Incisión suprapúbica del huso de piel; b) Lipoaspiración plano profundo; c) Lipoaspiración superficial e individualización de la fascia de Scarpa; d) Resección del excedente de fascia superficial; e) Tracción de la fascia de Scarpa: Acinturamiento. <i>Fuente:</i> Clíncia Borja.	21
Ilustración 3: Vista anterior Pre y postoperatorio. Paciente 33 años de edad, 2 gestas previas.	43
Ilustración 4: Vista lateral Pre y postoperatorio. Paciente 33 años de edad, 2 gestas previas.	44
Ilustración 5: Vista anterior Pre y postoperatorio. Paciente 29 años de edad, 1 gesta..	45
Ilustración 6: Vista lateral Pre y postoperatorio. Paciente de 29 años de edad, 1 gesta.	46
Ilustración 7: Vista anterior Pre y postoperatorio. Paciente 30 años de edad, 2 gestas, cicatriz abdominal previa tipo Pffanestiel.....	47
Ilustración 8: Vista lateral Pre y postoperatorio. Paciente 30 años de edad, dos gestas, cicatriz abdominal previa tipo Pffanestiel.....	48
Ilustración 9: Formato de consentimiento informado.	49
Ilustración 10: Escala de Likert que se realizó para medir el grado de satisfacción de las pacientes.	50
Ilustración 11: Formato de la hoja de recolección de datos en el Programa Excel 2010.....	51

LISTA DE TABLAS

Tabla 1: Clasificación de tipos de abdomen según Borja.	13
Tabla 2: Operacionalización de las variables.....	27
Tabla 3: Períodos de gestación por grupos de edades.....	28
Tabla 4: Porcentaje de Índice de Masa Corporal en pacientes intervenidos de Lipoabdominoplastia Tipo II.	29
Tabla 5: Distribución del número de cicatrices previas en el abdomen.....	29
Tabla 6: Distribución de las complicaciones que se presentaron con la Técnica de Lipoabdominoplastia Tipo II.	30
Tabla 7: Porcentaje de reintervención de las pacientes del estudio.	30
Tabla 8: Escala de Satisfacción del paciente posterior a la intervención quirúrgica de Lipominiabdominoplastia tipo II.	31

DEDICATORIA.

Cada objetivo que me he trazado en la vida y que he logrado conseguir con bien ha sido de gran satisfacción; es por eso que el presente trabajo es dedicado con mucho cariño a cada una de las personas que pusieron su granito de arena para que así sea.

Lo dedico a mi querido profesor y mentor, el Dr. Francisco Borja, quien posee una de las virtudes mayores como es la de transmitir el conocimiento, lo que lo ha hecho transcendental en mi vida y profesión.

A mis padres, porque a ellos debo todo lo que soy.

A mi querida Universidad de Especialidades Espíritu Santo, que me brindaron la oportunidad de realizar mi amado postgrado en Cirugía Plástica Reconstructiva y Estética.

Angélica María Cedeño Álava.

AGRADECIMIENTOS.

Mi principal agradecimiento a Dios por darme la vida y la vocación para ejercer la medicina.

Gracias a mis padres por su apoyo incondicional durante mi vida y mi carrera.

Mi agradecimiento eterno a mi querido profesor el Dr. Francisco Borja, quien me guió y permitió realizar este hermoso estudio en sus pacientes.

Agradezco al equipo que conforma la Clínica Borja, quienes siempre estuvieron prestos a ayudar en todo cuanto se les solicitó, y a quienes les tengo especial cariño.

Deseo expresar mi agradecimiento a mi amiga Vanessa Suarez quien me dio la idea de realizar este tema como trabajo de investigación, y con quien compartimos todos estos años de hermoso aprendizaje.

A mi amado Luis Alberto, por su apoyo incondicional durante mis años de postgrado.

A cada uno de mis tutores, de los que no sólo aprendí Cirugía Plástica, sino que se convirtieron en verdaderos amigos y pilares de apoyo.

A mi querido Dr. Torres, por su valiosa guía, paciencia, y gracias a quien logré culminar a tiempo este maravilloso trabajo.

Agradezco a cada una de las personas que me acompañó en este hermoso camino de aprendizaje, en las buenas y en las malas, unas que continúan a mi lado y otras que no pero que las llevo en mi corazón.

"El agradecimiento es la memoria del corazón"

Lao Tse



UNIVERSIDAD DE ESPECIALIDADES ESPIRITU SANTO

FACULTAD DE POSTGRADO

**ESPECIALIDAD EN CIRUGIA PLASTICA RECONSTRUCTIVA Y
ESTETICA**

Comisión de Titulación Universidad de Especialidades Espíritu Santo

CERTIFICACION DEL TUTOR

EN MI CALIDAD DE TUTOR DEL TRABAJO DE INVESTIGACION DE TESIS
PARA OPTAR EL TITULO DE ESPECIALISTA EN CIRUGIA PLASTICA
RECONSTRUCTIVA Y ESTETICA DE LA FACULTAD DE POSTGRADOS DE
LA UNIVERSIDAD DE ESPECIALIDADES ESPIRITU SANTO.

CERTIFICO QUE HE DIRIGIDO LA TESIS DE GRADO PRESENTADA LA
DOCTORA ANGELICA MARIA CEDENO ALAVA

CON C.I. No. 130777358-8

CUYO TEMA DE TESIS ES “TRACCIÓN DE LA FASCIA DE SCARPA PARA
MEJORAR EL CONTORNO CORPORAL EN LIPOMINIABDOMINOPLASTIA
TIPO II DEL DR. BORJA EN MUJERES INTERVENIDAS EN CLINICA
PARTICULAR DE LA CIUDAD DE GUAYAQUIL DE 1 DE JULIO DEL 2012 A
31 DE JUNIO DEL 2015 “.

REVISADA Y CORREGIDA QUE FUE LA TESIS, SE APROBO EN SU
TOTALIDAD, LO CERTIFICO:

DR. JOSE FRANCISCO BORJA ZAVALA

TUTOR

RESUMEN.

La reconstrucción del contorno abdominal a través de la abdominoplastia, es uno de los procedimientos que mayor satisfacción genera en las pacientes.

Con el advenimiento de la liposucción y la combinación de ambos procedimientos (abdominoplastia+liposucción) se ha conseguido grandes avances en el mejoramiento del contorno abdominal. Actualmente se propone un diagnóstico adecuado de las deformidades abdominales para emplear una técnica quirúrgica específica para cada tipo de abdomen.

La presente investigación es de tipo descriptivo, retrospectivo, realizada en una Clínica Particular de la ciudad de Guayaquil en el período de 1 de julio del 2012 al 30 de junio del 2015, tomándose como muestra 65 mujeres con deformidad abdominal tipo II y que fueron sometidas a Lipominiabdominoplastia tipo II con tracción de la fascia de Scarpa, consiguiendo mejorar el contorno corporal a través de una cicatriz menor de 25 centímetros, y una adecuada firmeza de la pared abdominal sin necesidad de plicatura de músculos rectos abdominales. Los datos fueron tomados de las historias clínicas, records quirúrgicos y valoraciones postoperatorias que se encuentran en la base de datos de la clínica particular en donde se realizó el estudio, obteniéndose como resultados que el rango de edad que predominó fue de 21 a 35 años en el 66,1%, con dos gestaciones al momento del diagnóstico en el 41,5% de los casos, presencia de cicatriz abdominal previa tipo Pffanestiel en el 52,3% de las pacientes, y con un índice de masa corporal (IMC) menor a 30. Las complicaciones fueron el seroma y cicatriz hipertrófica en el 10.8%.

Los resultados obtenidos fueron satisfactorios en el 98% de las pacientes evaluados a través de una escala de Likert de cinco puntos.

PALABRAS CLAVES: Abdominoplastia, liposucción, tracción de la fascia de Scarpa, deformidad abdominal, satisfacción de la paciente.

ABSTRACT.

The reconstruction of the abdominal contour through abdominoplasty, is one of the procedures generated in greater patient satisfaction. With the advent of liposuction and the combination of both procedures (abdominoplasty + liposuction) has made great strides in improving the abdominal contour. Proper diagnosis of abdominal deformities to use a specific surgical technique for each type of abdominal currently proposed.

This research is descriptive, retrospective, held at a private clinic in the city of Guayaquil in the period from 1 July 2012 to 31 June 2015, taking as sample 65 women with abdominal deformity type II and who underwent to type II with traction Lipominiabdominoplastia Scarpa's fascia, which will improve body contour through scar less than 25 centimeters and proper firmness of the abdominal wall without plication abdominal muscles. The data were collected from medical records, surgical records and postoperative assessments that are in the database of the private clinic where the study was conducted, obtaining as results the age range that prevailed was 21-35 years 66.1%, with two pregnancies at diagnosis in 41.5% of cases, the presence of previous abdominal scar Pffanestiel type in 52.3% of patients, and with a body mass index (BMI) less than 30. The complications were seroma and hypertrophic scar in 10.8%.

The results were satisfactory in 98% of patients evaluated by a Likert scale of five points.

KEYWORDS: abdominoplasty, liposuction, traction Scarpa's fascia, abdominal deformity, patient satisfaction.

CAPITULO I

INTRODUCCIÓN.

El abdomen juega un papel principal en la imagen estética del cuerpo humano en bipedestación y es de primordial importancia en la definición del contorno general del individuo; las tendencias actuales de la moda promueven un vestir mostrando más del cuerpo que en el pasado, lo que es especialmente cierto en países como el nuestro con clima más caliente y donde hay sociedades cada vez más preocupadas por la apariencia física (Coiffman, 2006).

El cirujano plástico debe esforzarse por entender las motivaciones de los pacientes que presentan alteraciones del contorno del abdomen como laxitud cutánea, lipodistrofia y flacidez del sistema músculo-aponeurótico (Pitanguy, Salgado, Murakami, Radwanski, & Mauad, 1995). Factores desfavorables como el sedentarismo, sobrepeso u obesidad, el embarazo y el inevitable proceso de envejecimiento provocan deformidad abdominal contrastando con el estereotipo del cuerpo ideal atlético y delgado, influyendo en la autoestima y autoimagen de cada persona (Matarasso & Smith, *Strategies for Aesthetic Reshaping of the Postpartum Patient*, 2015).

A lo largo del tiempo se han descrito procedimientos para la corrección de estas deformidades abdominales, siendo el principal la “abdominoplastia”, con el afán de conseguir un cuerpo armonioso, no obstante, la idea que tienen las pacientes cuando se les propone este procedimiento, es que la cicatriz resultante cruzará ambas espinas ilíacas anterosuperiores que no quedará oculta con la ropa interior o la de baño. Es por esta razón que algunos autores se han dedicado a crear diversas técnicas para reducir dicha cicatriz, tales como Wilkinson en 1985 (Wilkinson & Swartz, 1986) quien describe las abdominoplastias limitadas. Hakme en el mismo año

denomina al procedimiento miniabdominoplastia con decolamiento infraumbilical (Carvalho, Vieira da Silva Jr., & Alencar Moreira, 2008). Avelar, en 1999 asocia la liposucción a este procedimiento (Avelar, 1999).

Matarasso en 1991 describe su clasificación de abdominoplastias para cada tipo de deformidad abdominal, basándose en las características de la piel, el tejido graso y el sistema músculo-aponeurótico (Matarasso, *Abdominoplasty: A System of Classification and treatment for combined abdominoplasty and suction assisted lipectomy*, 1991).

Varios autores han realizado trabajos proponiendo modificaciones a dicha clasificación (Novaes Matos, Cavalcanti Ribeiro, Alves Marujo, Porto da Rocha, Da Silva Ribeiro, & Carrillo Jiminez, 2006), es así que en el presente trabajo de investigación se propone la adición de la tracción de la fascia de Scarpa en el tratamiento del abdomen tipo II para provocar un mayor acinturamiento de la paciente y a su vez consiguiendo la resistencia adecuada de la pared abdominal a través de una cicatriz suprapúbica menor de 25 cm.

La relevancia del presente trabajo, es que en la revisión de la literatura no existe un procedimiento que describa la eficacia de la tracción de la fascia de Scarpa para los fines propuestos, y la satisfacción de las usuarias con los resultados.

Las mujeres que se benefician de esta técnica quirúrgica son aquellas en edad fértil, nulíparas o con más de una gesta, en las cuales la pared muscular no presenta diástasis, existe leve a moderada laxitud de piel confinada a la región infraumbilical, con exceso de tejido graso abdominal o no, y aquellas en las que la cicatriz de cesárea ha producido una depresión a nivel suprapúbico, dichas pacientes desean mejorar su contorno abdominal a través de una cicatriz pequeña y volver a concebir en el futuro.

CAPITULO II

OBJETIVOS

2.1. Objetivo General.

Evaluar la eficacia de la Tracción de la Fascia de Scarpa para mejorar el contorno corporal en Lipominiabdominoplastia tipo II en mujeres intervenidas en una clínica particular de Guayaquil durante el período de 1 de julio del 2012 al 31 de junio del 2015.

2.2. Objetivos Específicos.

1. Identificar las características que influyen en la deformidad abdominal tipo II.
2. Describir las complicaciones que se presentaron con la técnica de Lipominiabdominoplastia tipo II.
3. Evaluar el grado de satisfacción de cada paciente posterior a la aplicación de la técnica de Lipominiabdominoplastia tipo II con tracción de la fascia de Scarpa.

CAPITULO III

MARCO TEORICO

3.1 HISTORIA DE LAS ABDOMINOPLASTIAS.

Durante años el mejoramiento de la imagen corporal y los cambios en las tendencias de la moda, han llevado consigo a que los cirujanos plásticos mejoren las técnicas quirúrgicas para conseguir la armonía y simetría corporal (Pérez-Avalos & González Z., 1999).

Luego de una extensa revisión de la historia de la abdominoplastia es evidente que esta técnica es de alta complejidad pero a su vez de gran satisfacción para las pacientes; sus inicios se remontan desde 1880 cuando Demars y Marx en Francia, describieron la resección de piel y grasa de la pared abdominal (Vaca Escobar, Guerra Navarrete, & Manzano Manzano, 2007).

Kelly en 1899 realizó una resección en elipse transversal que se extendía hacia los flancos incluyendo el ombligo pero sin despegamiento (Coiffman, 2006).

Importantes avances se dieron en 1931 en Brasil con Pontes, Callia, Pitanguy et al, Serson Neto y Martins, quienes procuraron realizar cicatrices cada vez más bajas con el objetivo que quedaran ocultas en la ropa de baño (Sperli, De Freitas, & Fischer, 2010).

Wilkinson en Abril de 1985 en la Reunión de la Sociedad Americana de Cirugía Plástica realizada en Boston publicó su trabajo sobre las indicaciones individuales para la cirugía del contorno corporal, iniciando las primeras abdominoplastias reducidas o limitadas (Wilkinson & Swartz, 1986).

Así mismo, Hakme en el mismo año describió la lipoaspiración de todo el abdomen y de los flancos asociados a una sección de una elipse de piel en la región suprapúbica, plicatura muscular supra e infraumbilical, sin desinserción de la cicatriz

umbilical y con fijación del ombligo para evitar su desplazamiento a este procedimiento lo llamó Minilipoabdominoplastia (Carvalho, Vieira da Silva Jr., & Alencar Moreira, 2008).

En 1987, Klein publicó sus primeros resultados con la técnica tumescente para lipoaspiración (Ballestas-Campo & Pomerane, 2014). La fórmula de Klein que se usa para la infiltración subcutánea es de lidocaína (0,05 al 0,1%) con epinefrina 1 mg/ml (1:100.000) y bicarbonato logrando un efecto analgésico local adecuado para la lipoaspiración, mínimo sangrado y una prolongada analgesia postoperatoria (Guerrero, 2007).

En 1991 Alan Matarasso (Matarasso, Abdominoplasty: A System of Classification and treatment for combined abdominoplasty and suction assisted lipectomy, 1991) presenta la clasificación de abdominoplastias basándose en la evaluación de la piel, el tejido graso y el sistema músculo aponeurótico.

En 1992, Illouz publica un trabajo en el que realizaba una lipoaspiración en una abdominoplastia tradicional, sin despegamiento del colgajo abdominal (*Mesh undermining*) con indicación estricta a pacientes con panículo adiposo grueso y gran exceso de piel (Saldanha O. , 2007).

En el año de 1995 Lockwood, realiza un trabajo donde describe las bondades de la fascia de Scarpa para disminuir la tensión de la cicatriz en abdominoplastia (Lockwood, High-Lateral-tension abdominoplasty with superficial fascial system suspension, 1995).

Le Louarn publica en 1996 sus trabajos realizados desde el año 1989 acerca de realizar abdominoplastia parcial preservando la fascia de Scarpa infraumbilical disminuyendo la tasa de seromas, debido a que se respetan los vasos linfáticos (Louarn, 1996).

Shestak y Avelar en 1999 presentaron el método de abdominoplastia parcial sin decolamiento asociado a liposucción (Saldanha, et al., 2009).

En el año 2001 Saldanha publica el primer trabajo de lipoaspiración completa del abdomen asociado a abdominoplastia clásica con el despegamiento selectivo del colgajo abdominal y transposición del ombligo, a partir de allí se protocolizó una forma segura de combinar las dos técnicas con amplia indicación. Este procedimiento se denominó Lipoabdominoplastia con Despegamiento Selectivo Técnica de Saldanha (Coiffman, 2006).

Es de importancia, que en la revisión de la historia de las abdominoplastias, no se encuentra ningún reporte de la asociación de lipominiabdominoplastia a la tracción de la fascia de Scarpa para mejorar el contorno corporal.

3.2 ANATOMIA DE LA PARED ABDOMINAL.

La pared abdominal se encuentra formada por estructuras importantes superficiales y profundas; entre las primeras constan la piel, el tejido celular subcutáneo superficial, que está en relación con la fascia de Camper y de Scarpa, y el tejido subcutáneo profundo o subescarpal; y estructuras profundas como son la fascia muscular y los músculos propiamente dichos que forman la pared abdominal anterior; la fascia de Scarpa, o el sistema fascial superficial del abdomen es una capa anatómica importante en el modelado corporal y en los procedimientos de abdominoplastia, esta hace que el cierre quirúrgico se realice bajo una alta tensión sin que se comprometa el riego sanguíneo de la piel, logrando una cicatriz de buena calidad (Hunstad & Repta, 2009). La anatomía de la pared es importante para llevar a cabo sus funciones como son la de contener las vísceras intraabdominales, así como también ejerce un papel importante en mantener la posición ortostática del cuerpo, el aumento de la presión intrabdominal es esencial en las funciones de micción, defecación y en el trabajo de parto (Pitanguy, Salgado, Murakami, Radwanski, & Mauad, 1995).

La piel es un tejido noble que brinda protección, termorregulación y asilamiento, formada por dos capas como son: la epidermis constituida por cinco estratos que de abajo hacia arriba son el basal o germinativo; el estrato espinoso, el

tercero es el granuloso, luego viene el lúcido y por último el estrato córneo. La segunda capa que compone la piel es la dermis, formada a su vez por dos capas llamadas dermis papilar que es delgada y externa, y una más profunda y densa que es la dermis reticular. Estas capas contienen dos sistemas vasculares de arteriolas y vénulas. Así mismo la piel se asienta sobre un tejido celular subcutáneo conjuntivo laxo o adiposo, llamado a veces hipodermis. (Saldanha O. , 2007)

Las variaciones entre los depósitos de grasa superficial y profunda van a depender de los hábitos corporales y del índice de masa corporal de cada individuo (Hunstad & Repta, 2009); dicho índice representa una correlación positiva con el porcentaje de grasa corporal, y se utiliza para medir el grado de obesidad del individuo (relación entre la masa corporal-peso y la talla al cuadrado) (Puche, 2005).

La fascia superficial de Scarpa divide al tejido adiposo en dos compartimentos, uno superficial areolar y una profunda laminar, la misma que está en íntima relación con la aponeurosis de los músculos de la pared abdominal por donde penetran los sistemas vasculo-nerviosos y linfáticos del abdomen, siendo el compartimento adiposo superficial predominante en la región infraumbilical y el compartimento adiposo profundo de predominio en la región supraumbilical (Costa-Ferreira, Rodrigues-Pereira, Rebelo, Vásconez, & Amarante, 2014). Los adipocitos del tejido areolar forman una capa firme y compacta; en el tejido adiposo profundo es donde se asienta la mayor cantidad de lipodistrofia (Novaes Matos, Cavalcanti Ribeiro, Alves Marujo, Porto da Rocha, Da Silva Ribeiro, & Carrillo Jiminez, 2006).

Entre las funciones de las fascias incluyen (Hincapie & López, 2013):

- Sostén soporte entre las paredes del contorno abdominal.
- Soporte, anatómicamente fuerte en abdomen superior e inferior, pero con mayor fuerza hacia los oblicuos.
- Amortiguación y protección, por su capacidad de deformación, dispersa el impacto y protege contra el trauma.

- Hemodinámico, drenaje de la linfa a través de la red linfática que une estructuras internas y externas.
- Defensa, por sus propiedades inmunológicas y celularidad de defensa contra las infecciones.
- Comunicación y de intercambio.
- Bioquímico.
- Resistencia, conserva la integridad anatómica de cada estructura del cuerpo.

El sistema venoso y el sistema linfático son estructuralmente inestables, (Song, et al., 2006) ya que no disponen de elementos estructurales propios de suficiente rigidez, en el abdomen el drenaje linfático de la región superior se da hacia la cadena linfática de la axila, y en el abdomen inferior drena en la cadena linfática inguinal (Costa-Ferreira, Rebelo, Vásconez, & Amarante, Scarpa Fascia Preservation during Abdominoplasty: Randomized Clinical Study of Efficacy and Safety., 2013).

En una evaluación de las propiedades biomecánicas de la fascia se determinó que su pronta reparación mejoraba la fuerza de la herida postquirúrgica a largo plazo ya que aumenta la resistencia a la tracción de la misma (Song, et al., 2006).

La fascia superficial ofrece el principal soporte estructural de los tejidos, partiendo de este punto es usada para la suspensión en todos los procedimientos quirúrgicos como en la abdominoplastia ya que su anclaje a los tejidos profundos permite que la cicatriz posterior sea estable y se evite la dehiscencia de la misma (Lockwood, High-Lateral-tension abdominoplasty with superficial fascial system suspension, 1995).

La pared anterolateral del abdomen está compuesta por un paquete muscular el cual que se encarga de mantener la presión intraabdominal y la posición y sostén de las vísceras , al ejercer una fuerza compresiva y de torsión al tronco; al contraerse estos músculos promueven la espiración mediante la depresión y compresión del tórax inferior , facilitan las funciones fisiológicas como son la tos, micción, parto, defecación, vómito y estos músculos son principalmente los rectos abdominales,

oblicuos mayores y menores, trasverso del abdomen, piramidales y cremáster (Gomes, Levy, Babinski, & Mota Pacheco, 2015).

Es importante mencionar en la anatomía de la pared abdominal, los reportes de Huger, quien dividió en tres zonas al abdomen de acuerdo a su irrigación, siendo la Zona I la zona abdominal central irrigada por las arterias epigástricas superior e inferior, la Zona II o inferior nutrida por las arterias ilíaca externa, pudenda externa superficial, perforantes musculocutáneas y circunflejas, y la Zona III o lateral irrigada por las intercostales perforantes y lumbares, responsables de la irrigación del colgajo posterior a una abdominoplastia (Pérez-Avalos & González Z., 1999).

La inervación de la pared abdominal está dada por los 6 últimos nervios intercostales y la rama abdominogenital (Novaes Matos, Cavalcanti Ribeiro, Alves Marujo, Porto da Rocha, Da Silva Ribeiro, & Carrillo Jiminez, 2006).

3.3 DIAGNOSTICO Y TRATAMIENTO DE LOS TIPOS DE ABDOMEN.

Las deformidades abdominales pueden ser divididas en estéticas y funcionales; los defectos estéticos se deben principalmente a la flacidez de la pared abdominal y a la acumulación de tejido adiposo lo que conlleva a la alteración del contorno corporal; cuando ese acúmulo es localizado pasa a llamarse Lipodistrofia; en los casos más severos el abdomen inferior toma un aspecto ptosado recibiendo la denominación de “abdomen péndulo”; el abdomen “globoso en cambio se debe a la flacidez musculoaponeurótica de la pared abdominal que puede darse por la diástasis de los rectos anteriores del abdomen generada por el embarazo principalmente o por alteraciones tróficas de las fibras musculares dada por el estiramiento provocado por las múltiples gestaciones o por las fluctuaciones en el peso (Pitanguy, Salgado, Murakami, Radwanski, & Mauad, 1995).

Existen innumerables clasificaciones cuyo objetivo es sistematizar el diagnóstico clínico y establecer parámetros para la conducta quirúrgica a ser determinada para la corrección de las deformidades abdominales.

Bozola y Psillakis en 1988 (Bozola & Psillakis, 1988), propusieron una clasificación para las seis principales deformidades estéticas del abdomen, basándose en la edad, presencia de gestación previa y en los tres segmentos de la pared abdominal, en:

- Tipo I. Pacientes jóvenes y nulíparas. Ausencia de flacidez de piel y presencia de musculatura normal pero con exceso de tejido adiposo abdominal. El tratamiento indicado es la liposucción.
- Tipo II. Paciente de mediana edad, nulíparas o primíparas. Leve exceso de piel, musculatura normal y exceso de tejido adiposo. El tratamiento indicado es la liposucción y la resección elíptica de piel suprapúbica.
- Tipo III. Similar al tipo II, con flacidez músculo- aponeurótico a nivel infraumbilical. El tratamiento indicado sería la liposucción, resección elíptica de piel suprapúbica y plicatura aponeurótica infraumbilical.
- Tipo IV. Pacientes de mediana edad y multíparas. Presentan exceso de piel, tejido adiposo y flacidez de la pared músculo-aponeurótica. El tratamiento consiste en la resección fusiforme de piel de mayor tamaño que el grupo II y disección de todo el abdomen. Es realizada la desinserción del ombligo “en dedo de guante” y plicatura de los músculos rectos abdominales en la línea mediana desde el apéndice xifoides al pubis.
- Tipo V. Pacientes de mediana edad, multíparas y con sobrepeso. Presentan exceso de piel y tejido adiposo y flacidez músculo-aponeurótico más acentuada que las pacientes del grupo IV. El tratamiento consiste en abdominoplastia clásica con transposición de la cicatriz umbilical.
- Tipo VI. Pacientes con exceso de piel y tejido adiposo, flacidez muscular generalizada y presencia de hernias asociadas. El tratamiento es semejante al del grupo V, asociado a la herniorrafia.

Alan Matarasso en 1989 (Matarasso, Abdominoplasty: A System of Classification and treatment for combined abdominoplasty and suction assisted lipectomy, 1991), utilizando parámetros de evaluación de la piel, el volumen del tejido adiposo y el sistema musculoaponeurótico, preconiza la clasificación en cuatro subtipos principales y sugiere para cada subtipo el abordaje quirúrgico individualizado así:

- Tipo I: Pacientes sin flacidez muscular, presencia mínima de flacidez de piel y exceso de tejido adiposo en la región abdominal inferior. El tratamiento consiste en la liposucción.
- Tipo II: Pacientes con leve flacidez muscular y cutánea abdominal inferior asociado al exceso de adiposidad abdominal. El tratamiento consiste en la miniabdominoplastia.
- Tipo III: Pacientes con moderada flacidez muscular y cutánea en la región abdominal superior e inferior asociado al exceso de adiposidad abdominal. El tratamiento consiste en la abdominoplastia modificada.
- Tipo IV: Pacientes con severa flacidez muscular y cutánea y exceso difuso de tejido adiposo abdominal. El tratamiento consiste en la abdominoplastia clásica asociada a la liposucción.

Pitanguy en el año de 1995 (Pitanguy, Salgado, Murakami, Radwanski, & Mauad, 1995), resalta además la importancia de la posición de la cicatriz umbilical en la evaluación preoperatoria y desarrolla una clasificación basada exclusivamente en la semiología de la pared abdominal de acuerdo con la flacidez cutánea, lipodistrofia y presencia de diástasis muscular o presencia de hernias, teniendo así:

- Tipo I. lipodistrofia abdominal sin flacidez de piel. Ausencia de diástasis o hernias abdominales. Cicatriz umbilical en posición anatómica normal.

- Tipo II. Lipodistrofia abdominal infraumbilical con flacidez de piel discreta. Presencia o ausencia de diástasis. Cicatriz umbilical en posición anatómica normal.
- Tipo III. Lipodistrofia abdominal generalizada con flacidez de piel moderada. Presencia o ausencia de diástasis.
 - a. *Tipo IIIa*. Cicatriz umbilical en posición anatómica normal.
 - b. *Tipo IIIb*. Cicatriz umbilical en posición anatómica elevada.
- Tipo IV. Lipodistrofia abdominal con flacidez de piel acentuada. Presencia de diastasis muscular o eventraciones con o sin cicatrices asociadas. Cicatriz umbilical en posición anatómica normal.
- Tipo V. Acentuada flacidez de piel con o sin lipodistrofia. Presencia de cicatriz en la línea media del abdomen. Cicatriz umbilical en posición anatómica normal o alterada.
- Tipo O. Acentuada lipodistrofia y flacidez abdominal, no obstante. Sin condiciones clínicas para el procedimiento quirúrgico.

Borja propone una nueva clasificación, la misma que se resume en la siguiente tabla:

¹ Nueva Clasificación de Abdominoplastia para el diagnóstico y tratamiento de cada tipo de abdomen. Publicación aprobada por Revista Ibero-Latinoamericana de Cirugía Plástica, para Diciembre 2015.

CLASIFICACIÓN DEL DIAGNÓSTICO Y TRATAMIENTO DE LOS 5 TIPOS DE ABDOMINOPLASTIA							
Tipo	Características						Tratamiento
	Hipertrofia grasa en abdomen anterior	Grado de flacidez cutánea	Desborde de piel en flancos e hipocondrios	Altura ombligo – pubis	Pinch test	Maniobra contracción - relajación	
1	Hipertrofia grasa	Ninguna flacidez	Ningún	No interesa	Muy bueno	Muy buena	Liposucción biplanar del contorno corporal
2	Con o sin	Mínimo	Mínimo	Mayor a 10 cm	Bueno	Buena	Lipo-miniabdominoplastia con cicatriz fusiforme suprapúbica y tracción biplanar de fascia de Scarpa y piel
3	Con o sin	Mínimo a moderado	Moderado	Mayor a 12 cm	Regular	Regular	Lipo-Abdominoplastia con cicatriz fusiforme (< 25 cm) suprapubica + plicatura de rectos abdominales y reposición de ombligo
4	Con o sin	Moderado a severo	Moderado a severo	Mayor o menor 10 cm	Insuficiente	Insuficiente	Lipo-Abdominoplastia con cicatriz suprapubica + plicatura de rectos + neo-onfaloplastia
5 (Presencia de cicatrices previas en abdomen anterior)	Con o sin	Severo	Severo	Mayor o menor a 10 cm	Insuficiente	Insuficiente	Cicatriz variable suprapubica en cinturón, inframamaria, hoja de lis, con neofaloplastia y plicatura muscular

Tabla 1: Clasificación de tipos de abdomen según BorjaFuente: Clínica Borja.

3.4 PLANEAMIENTO PREOPERATORIO.

El abdomen debe ser evaluado en relación a sí mismo y en relación con las mamas y la región trocantérica, permitiendo al cirujano decidir si se debe asociar o no otro procedimiento para lograr un resultado armonioso. El paciente es examinado de pie, sentado y en decúbito dorsal. La palpación cuidadosa es importante para descartar hernias ocultas o debilidad de la pared muscular. El cirujano debe pinzar el colgajo infraumbilical y halar hacia caudal para calcular la tensión final que debe recibir el colgajo (Kauak L. K., 2002).

Se deben realizar exámenes de laboratorio de rutina y valoración cardiológica y aquellos específicos a cada caso en particular. Dentro de la preparación preoperatoria se debe considerar la pérdida de peso como un elemento frecuente en un número considerable de pacientes que presentan alteraciones de contorno en el abdomen, y la colaboración de un manejo multidisciplinario debe entrar en consideración, puede incluir la valoración por nutricionista y endocrinólogo. Algunos pacientes presentan maceración, intertrigo y dermatitis secundarios a la humedad constante y al roce de los pliegues cutáneos causados por la piel redundante, particularmente en los pacientes con colgajos en delantal. Toda condición dermatológica debe tratarse de manera acorde, además es importante conocer los antecedentes patológicos personales, alergias, así como la ingesta habitual de medicamentos por parte del paciente y el consumo de tabaco (Kauak L. K., 2002).

La remodelación corporal en el postparto es una prioridad para muchas mujeres, en una población actual con interés por la nutrición y el deseo de mantenerse jóvenes a largo plazo; la abdominoplastia se convierte en un procedimiento fundamental para muchas pacientes que desean deshacerse de esos cambios producidos en esta etapa como son las alteraciones en la laxitud y calidad de la piel (aumento de laxitud, estrías), la misma laxitud hacia los flancos produce un aumento del perímetro de la cintura, el aumento del depósito de grasa y la flacidez de la pared muscular; además después del periodo de gestación y con el aumento en la edad va a producirse un aumento de la grasa intraabdominal lo que conlleva también a un

aumento en el perímetro abdominal (Matarasso & Smith, *Strategies for Aesthetic Reshaping of the Postpartum Patient*, 2015).

Por tanto, durante el planeamiento preoperatorio, es importante el examen físico del paciente, para evaluar las características de la piel tales como la elasticidad y laxitud, la presencia de estrías, irregularidades en la superficie, presencia de cicatrices; la posición del ombligo y su distancia pubis-xifoides, parámetros iniciales para la toma de decisiones; el espesor del acúmulo de grasa y su disposición nos ayudan a estimar la cantidad a lipoaspirar no solo en el abdomen sino en otras áreas del cuerpo; además la presencia o no de diástasis de los músculos rectos abdominales que ameritan plicatura (Novaes Matos, Cavalcanti Ribeiro, Alves Marujo, Porto da Rocha, Da Silva Ribeiro, & Carrillo Jimenez, 2006).

Una herramienta esencial con la que todo cirujano plástico debe contar, es la fotografía del pre y postoperatorio; la fotografía permite realizar la planificación quirúrgica, explicar a los pacientes los procedimientos y sus propios resultados, evaluar la eficacia de los resultados postquirúrgicos, realizar docencia, proteger al cirujano del ámbito legal, y compartir con los demás colegas los casos (Solesio Pilarte, Lorda Barraguer, Lorda Barraguer, Laredo Ortiz, & Rubio Verdú, 2009).

No es infrecuente que los pacientes tengan varias quejas, entonces el especialista deberá decidir y planear dos o más procedimientos, ya que acuden deseando realizarse más de un procedimiento al mismo tiempo siendo en su mayoría la asociación de abdominoplastia con un procedimiento para mejorar las mamas (Kauak L. K., 2002) (Matarasso & Smith, *Strategies for Aesthetic Reshaping of the Postpartum Patient*, 2015).

Finalmente, las motivaciones y expectativas del paciente deben ser ampliamente investigadas por el cirujano que acepta tratar su deformidad abdominal, las limitaciones del procedimiento quirúrgico deben ser explicadas especialmente en relación con la localización y extensión de las cicatrices resultantes, el cirujano debe guiar al paciente hacia la mejor decisión (Kauak L. K., 2002). Los resultados estéticos

deben ser de satisfacción tanto para el cirujano como para el paciente; el cirujano cuenta con la fotografía del pre y postoperatorio para evaluar la eficacia de los procedimientos, se debe realizar una escala de satisfacción como instrumento para medir desde la perspectiva del paciente los resultados del procedimiento quirúrgico realizado, se encuentra en estudio el instrumento para medir el grado de satisfacción de los pacientes sometidos a cirugías del contorno corporal llamado Body-QoL (Daniella E., et al., 2013), sin embargo por el momento con la escala de Likert se puede medir el grado de satisfacción. Existe un grupo de pacientes en los que los procedimientos de cirugía plástica estética a los que se sometan no van a generar ningún grado de satisfacción debido a que presentan trastornos de la distorsión de la imagen corporal (Trastorno Dismórfico Corporal) (Crerand, Franklin, & Sarwer, 2006).

3.5 TÉCNICA QUIRÚRGICA DE ABDOMINOPLASTIA.

La Abdominoplastia palabra que proviene del latín abdomen “vientre” y el griego plastia “remodelación quirúrgica”, llamada también Dermolipectomía es un procedimiento quirúrgico complejo de reconstrucción de la pared abdominal, con el objetivo final de remodelar el abdomen, la cintura y la forma del tronco del cuerpo, retirando el exceso de grasa y/o piel. Existen *indicaciones generales* como son la mejoría del contorno corporal, la remoción de piel sobrante, remoción del exceso de tejido graso y la remoción de deformidades cicatriciales, incluyendo las estrías; para la aplicación de este procedimiento, y también existen *indicaciones absolutas* para la abdominoplastia como es: piel abdominal excesiva, laxitud cutánea supra e infraumbilical significativa, abultamiento epigástrico marcado, relajación músculo-aponeurótica y hernia ventral con relajación de la pared abdominal (Saldanha O. , 2007).

La evaluación preoperatoria es muy importante para elegir la técnica adecuada según el caso presentado; existen 9 puntos principales a considerar en la técnica de la Abdominoplastia: 1. Selección de la incisión, 2. Levantamiento del panículo formando un túnel selectivo en caso de la abdominoplastia de Saldanha y decisión

referida a la necesidad de aspiración y de ser esta imprescindible, si se la debe hacer antes o después del levantamiento, 3. Plicatura de la diástasis de los músculos rectos abdominales, 4. Cierre, 5. Conformación del ombligo, 6. Aspiración del abdomen superior, 7. Aspiración de deformidades adyacentes, como las caderas, flancos y áreas trocántericas, 8. Resección de los colgajos y aspiración de las “orejas de perro” (si las hay), 9. Drenajes y vendajes (Coiffman, 2006).

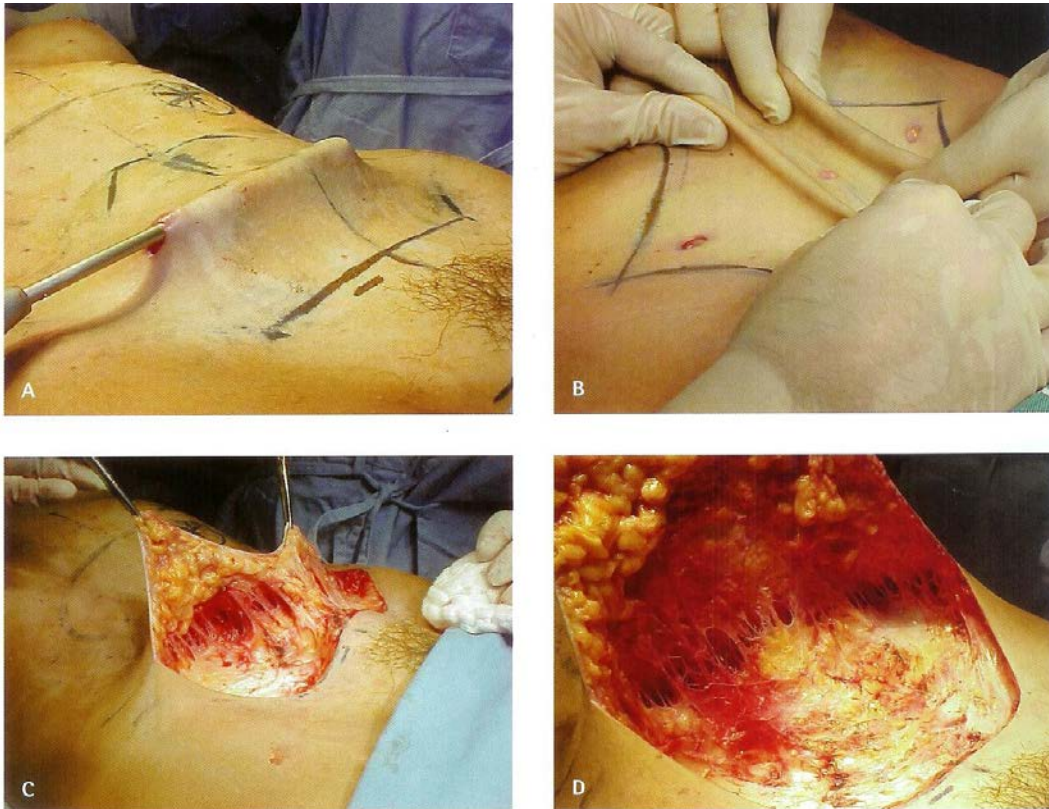


Ilustración 1: Técnica de Abdominoplastia De Saldanha. A) lipoaspiración del colgajo; B) Uniformidad del colgajo; C) Incisión suprapúbica; D) Decolamiento respetando la fascia superficial (Saldanha O. , 2007).

3.6 TECNICA QUIRURGICA DE LIPOMINIABDOMINOPLASTIA TIPO II.

La lipominiabdominoplastia es una técnica empleada cuando la deformidad o hipertrofia grasa esta limitada a la región suprapúbica o abdomen inferior, existe un leve excedente de piel infraumbilical, y por lo general se da en mujeres primíparas; en casos en los cuales las mujeres ya fueron sometidas a cirugía previa en el abdomen con incisión tipo Pfanestiel, es común observar una depresión transversal por encima

de la cicatriz con la formación de un pequeño bulto como resultado de la contracción de la fascia de Scarpa debido a que algunos cirujanos no realizan el cierre de dicha estructura cuando realizan un despegamiento en la pared abdominal (Coiffman, 2006).

La técnica de lipominiabdominoplastia tipo II (Sperli, De Freitas, & Fischer, 2010) consiste en:

- En el prequirúrgico se realiza la marcación de la paciente en posición de pie, empezamos por la parte posterior marcando las áreas a lipoaspirar, trazamos vectores que indican los sitios por donde va a pasar la cánula de lipoaspiración, de acuerdo al grado de lipodistrofia se pueden tratar los brazos, la espalda, la sobrecadera, y los muslos. Luego marcamos el abdomen así mismo trazamos los vectores ascendentes desde el abdomen inferior y luego el superior, luego se marca el huso de piel a retirar a nivel suprapúbico de una longitud transversal menor de 25 cm.
- Lipoaspiración superficial y profunda del abdomen para lograr una mejor definición de los rectos abdominales (Carvalho, Vieira da Silva Jr., & Alencar Moreira, 2008) , y de otras áreas a tratar si lo amerita el caso.
- Una incisión en huso a nivel suprapúbico menos amplia que la abdominoplastia tradicional.

Una contribución al manejo quirúrgico del contorno del tronco fue la introducción de la lipectomía asistida por succión (*SAL-Suction Assited Lipectomy*) a final de los años setenta, lo que ha permitido la remoción de depósitos de grasa a través de incisiones mínimas, el moldeamiento del abdomen a mejorado de manera considerable, al permitir al cirujano complementar la abdominoplastia con liposucción mejorando la cintura, la liposucción ha disminuido la necesidad de decolamientos extensos, contribuyendo de esta manera a aminorar la tasa de complicaciones tales como colecciones serosanguinolentas e isquemia del colgajo; la liposucción frecuentemente se realiza en otras áreas anatómicas en asociación a la abdominoplastia (Gasparotti, 2007).

La técnica de Lipominiabdominoplastia tipo II bajo la cual se intervinieron las pacientes del estudio se describe a continuación: bajo técnicas de asepsia y antisepsia, con anestesia general intravenosa, se inicia con la paciente en decúbito ventral, infiltrando de modo biplanar (plano laminar y areolar) una solución hemostática de solución salina 1000 cc + epinefrina 1 ml+ xilocaina al 2% 20 cc a través de incisiones mínimas a nivel del inicio de la línea axilar posterior (para ambos brazos), línea media donde cubre el sujetador, otra a nivel del pliegue interglúteo, y en caso que amerite modelar muslos se realizan incisiones en el pliegue infraglúteo bilateral.. Se espera 10 minutos hasta obtener el efecto vasoconstrictor de la solución. Se realiza lipoaspiración de brazos, espalda en caso de que la paciente lo amerite con cánulas desde 4 , 3.5 y 3, a nivel profundo y superficial, tallando a nivel de las sobrecaderas para brindar una adecuada proyección a los glúteos y en el caso que se requiera lipoinyección a este nivel, se revalora la necesidad y cantidad precisa a infiltrar en cada paciente.

Luego se coloca en decúbito dorsal, verificando las marcaciones previamente realizadas a nivel del fuso infraumbilical a reseca que no debe sobrepasar los 25 cm. A través de incisiones mínimas dentro de la marcación del huso de piel, se infiltra con la solución hemostática todo el abdomen anterior a nivel profundo (tejido graso laminar) y superficial (tejido graso areolar) y se espera su efecto vasoconstrictor. Se procede a lipoaspirar todo el abdomen superior, inferior y flancos para disminuir el grosor de la pared abdominal y del colgajo fusiforme a retirar.

Una vez que se obtiene el contorno corporal planeado, se incide con bisturí de radiofrecuencia en la marcación inferior del fuso infraumbilical hasta evidenciar la fascia de Scarpa, levantado por encima de la misma hasta el nivel de la marcación superior del fuso, sin desinsertar el ombligo. Traccionando caudalmente dicho colgajo fusiforme, se observa el acinturamiento que se va provocando delimitando la cantidad precisa a extraer, cuando se lo consigue se reseca parcialmente de forma horizontal la fascia superficial a nivel infraumbilical, manteniendo su tracción y

suturando los bordes con material reabsorbible para cerrar la brecha existente, lo que da como resultado un mejor contorno a nivel de la cintura o “acinturamiento”. Se sutura en 2 planos el tejido celular subcutáneo y a nivel intradérmico con sutura absorbible, previa colocación de drenaje aspirativo. Se corrigen las pequeñas deformidades en oreja de perro, en el caso de que existan. Todas las incisiones mínimas son suturadas. Se aplican cintas adhesivas sobre toda la cicatriz y se cubre con apósitos estériles. Se coloca faja abdominal semicompresiva.

En el postoperatorio, se mantiene a la paciente en decúbito dorsal, en posición semifowler con las rodillas levemente flexionadas. A las 24 horas, se inicia las sesiones de drenaje linfático a nivel de las zonas de liposucción; las mismas que se realizarán diariamente durante los primeros 15 días luego se espaciarán pasando un día hasta cumplir el primer mes postoperatorio.

En cuanto a la prescripción posterior al acto quirúrgico, se administran 2 analgésicos y antibioticoterapia por 7 días. El dren aspirativo es retirado una vez que haya disminuido la producción del mismo hasta menos de 25 ml/24 horas (regularmente al 3 día es retirado sin problema). Se recomienda deambulaci3n a las 24 horas. Se vigilan las cicatrices mínimas y la suprapúbica en controles seriados y espaciados hasta por 1 a1o.



Ilustración 2: a) Incisión suprapúbica del huso de piel; b) Lipoaspiración plano profundo; c) Lipoaspiración superficial e individualización de la fascia de Scarpa; d) Resección del excedente de fascia superficial; e) Tracción de la fascia de Scarpa: Acinturamiento. *Fuente:* Clíncia Borja.

3.7 COMPLICACIONES DE LA TÉCNICA DE ABDOMINOPLASTIA.

A pesar de la previsibilidad de los resultados y de la reproducibilidad del método, la abdominoplastia no se presenta exenta de malos resultados y complicaciones. La identificación, clasificación y abordaje individualizado es fundamental para la obtención de buenos resultados y un alto índice de satisfacción por parte de los pacientes. A pesar de esto, pueden ocurrir resultados insatisfactorios y están relacionados a la, cicatriz hipertrófica, achatamiento de la región hipogástrica, abultamiento del abdomen superior. (González, 2012) (Centurión, Olivencia, Romero, & Gamarra García, 2009)

Al hablar de abdominoplastia o de liposucción y la asociación de ambas se debe tener en cuenta que existen riesgos y complicaciones como cualquier otro procedimiento quirúrgico; debido a que la mayoría de las intervenciones se realizan

de manera electiva, se puede evitar dichas complicaciones eligiendo y llevando a cabo una buena anamnesis del paciente, descartando así a los pacientes con alto riesgo de complicaciones post-intervención quirúrgica; se debe tener en cuenta la gran importancia de dar a conocer los riesgos del procedimiento quirúrgico que quedan constatados en la hoja de consentimiento informado, de esta forma es más fácil que el paciente colabore si presenta algún tipo de complicación; por lo general las complicaciones no se atribuyen a uno de los procedimientos, sino a la combinación de ambos (Coiffman, 2006):

- *Complicaciones relacionadas con la incisión:* donde la dehiscencia de la sutura puede deberse a una excesiva tensión de la herida; las cicatrices pueden ser dependiendo del tipo de piel, hipertróficas y amplias o formar queloides. En ambas situaciones se procurará mantener libre de tensión la línea de sutura, además de ser útil la compresión temprana de la cicatriz.
- *Complicaciones relacionadas con el colgajo:* Cuando hay una resección inadecuada o excesiva del colgajo abdominal superior pueden surgir problemas estéticos. Por ejemplo si el colgajo no se reseca adecuadamente, el resultado que el cirujano espera no ocurrirá, también puede haber una diferencia de espesor entre el colgajo superior o inferior, que no debe ocurrir si se realiza una liposucción previa. Necrosis del mismo.
- *Complicaciones relacionadas con el ombligo:* la marcación del nuevo ombligo puede realizarse de correcta manera llevando la mesa de cirugía a una posición horizontal, ya que el ombligo puede ser mal reposicionado tanto vertical como horizontalmente, sino se respetan las medidas previamente señaladas de altura del mismo.
- Dentro de las complicaciones por la *liposucción* se pueden observar: irregularidades del contorno, formación de depresiones y desarrollo de asimetrías; en su mayoría se pueden evitar de acuerdo a la experiencia del cirujano, buen juicio clínico y la selección del paciente. En el momento de la evaluación el cirujano debe notar cualquier irregularidad de superficie y

resaltarla al paciente. Si la liposucción se lleva de manera ordenada, los problemas de asimetría se podrían evitar.

Otras complicaciones que pueden darse y que son de importancia tenemos (Kauak L. , 2004) :

- Respiratorias; como la atelectasia.
- Trombembolismo pulmonar.

El *seroma* y *hematoma* que suelen ser frecuentes. Ambos deben ser drenados o aspirados. Cuando el seroma es recurrente, se debe sospechar de infección (Carvalho, Vieira da Silva Jr., & Alencar Moreira, 2008).

Los estudios realizados sobre la preservación de la fascia de Scarpa durante la abdominoplastia (Costa-Ferreira, Rebelo, Vásconez, & Amarante, Scarpa Fascia Preservation during Abdominoplasty: Randomized Clinical Study of Efficacy and Safety., 2013) han demostrado que la tasa de seroma ha disminuido por la disminución del fluido drenado, el retiro de los drenajes se realizó antes de los 6 días postoperatorios con una pronta recuperación.

3.8 VENTAJAS DE LA ABDOMINOPLASTIA TIPO II

Durante años los cirujanos plásticos han buscado la reducción de las cicatrices en todos los procedimientos, esta técnica nos permite obtener un abdomen plano, con una cicatriz menor, es menos invasiva que la abdominoplastia tradicional y puede mejorar el contorno corporal, el tiempo de recuperación es más corto y los riesgos y complicaciones menores (González, 2012).

Gracias al poco decolamiento que se da en la región infraumbilical, y a la preservación de la fascia de Scarpa, la tasa de seroma en este tipo de procedimientos es bajo (Avelar, 1999).

Debido al menor tiempo operatorio que toma realizar la técnica quirúrgica, también nos permite combinar el procedimiento con otras cirugías estéticas, otra ventaja de la lipoabdominoplastia tipo II es que permite a la paciente incorporarse en

menos de diez días a sus actividades (González, 2012). No ameritan adoptar posiciones especiales como la semifowler que se utiliza en las abdominoplastias completas, existe una pérdida sanguínea menor y gracias a la disminución de la cicatriz y su situación baja, queda oculta con la ropa interior y mejor aún con el traje de baño (Bozola & Psillakis, 1988).

3.9 DESVENTAJAS DE LA ABDOMINOPLASTIA TIPO II.

A pesar de ser una técnica muy satisfactoria tanto para el cirujano como para las pacientes, por la cicatriz reducida que se emplea para mejorar en contorno abdominal; ésta técnica no puede ser aplicada en casos de severa flacidez abdominal, diástasis marcada de rectos abdominales, pacientes que presentan hernias de pared; y un detalle muy importante es en aquellas pacientes que a pesar de tener un pequeño grado de flacidez en abdomen inferior, presenten flacidez mayor en abdomen superior que no puede ser tratada con dicha técnica; además, aquellas pacientes que presenten estrías por encima del ombligo o en otros casos la presencia de una cicatriz umbilical triste, estas características no podrán ser mejoradas con este tipo de lipominiabdominoplastia tipo II. (Kauak L. K., 2002) (Sperli, De Freitas, & Fischer, 2010) (Carvalho, Vieira da Silva Jr., & Alencar Moreira, 2008).

CAPITULO IV

4.1 METODOLOGIA

El presente trabajo de investigación es un estudio descriptivo, retrospectivo.

La investigación se realizó en el área de Cirugía Plástica Estética Corporal en una clínica particular de Guayaquil.

El tipo de muestreo fue no probabilístico por conveniencia. Para el efecto, se incluyeron 65 mujeres con diagnóstico de deformidad abdominal tipo II que fueron intervenidas quirúrgicamente de Lipominiabdominoplastia tipo II bajo consentimiento informado.

4.2 MATERIALES

Se elaboró una hoja de recolección de datos basados en los expedientes clínicos, records operatorios y notas postquirúrgicas. Se realizó un Test de Likert para medir el grado de satisfacción de las pacientes a partir del primer de postoperatorio.

Se diseñó una tabla de tabulación de los datos recabados con el programa Microsoft Office Excel 2010 con la finalidad de analizarlos mediante técnicas de la estadística descriptiva como frecuencia y porcentajes de las variables, basados en las variables independientes y dependientes representadas en el cuadro de operacionalización.

Variable Dependiente: Tracción de la fascia de Scarpa en Lipominiabdominoplastia tipo II.

Variabes Independientes:

Edad, Indice de Masa Corporal, Número de Gestaciones, Cicatriz abdominal previa tipo Pffanestiel.

Para investigar el tercer objetivo específico se usó una Escala de Likert para evaluar el grado de satisfacción de las pacientes a partir del primer mes de postoperatorio.

Criterios De Inclusión:

- Pacientes de sexo femenino.
- Edad comprendida entre 20 y 55 años.
- Pacientes que presentaron características de abdomen tipo II.
- Nulíparas y multíparas.
- Mujeres con y sin antecedentes quirúrgicos.
- Fumadoras y no fumadoras.
- Índice de masa corporal menor a 30.
- Pacientes que estuvieron de acuerdo con la alternativa quirúrgica.
- Pacientes que fueron sometidas a lipominiabdominoplastia tipo II entre el 1 de Julio del 2012 al 31 de Junio del 2015.

Criterios De Exclusión

- Pacientes menores de 20 años y mayores de 55 años.
- Pacientes con toma de medicación anticoagulante o con alteración de sus tiempos de coagulación.
- Pacientes con enfermedades asociadas en riesgo vital de su salud.
- Pacientes que no aceptaron la alternativa quirúrgica.
- Pacientes con índice de masa corporal mayor a 30.

OPERACIONALIZACIÓN DE VARIABLES.

Variable	Dimensión	Indicador
Edad	Cuantitativa Numérica	<ul style="list-style-type: none"> • 20 años • 21 a 35 años • 36 a 50 años • 51 a 55 años
Índice de Masa Corporal (IMC)	Cuantitativa Numérica	<ul style="list-style-type: none"> • Peso Insuficiente (-18.49) • Normopeso (18.50 a 24.99) • Sobrepeso (25 a 29.99) • Obesidad leve (30 a 34.99) • Obesidad moderada (35 a 39.99) • Obesidad mórbida (40 o más)
Número de gestaciones	Cuantitativa Numérica	<ul style="list-style-type: none"> • 1 gesta • 2 gestas • 3 o mas gestas
Reintervención quirúrgica	Cualitativa, dicotómica	<ul style="list-style-type: none"> • Sí • No
Complicaciones	Cualitativa Nominal	<ul style="list-style-type: none"> • Seroma • Cicatriz hipertrofica. • Ninguna.
Cicatriz abdominal previa	Cualitativa Dicotómica	<ul style="list-style-type: none"> • Sí • No
Escala de Likert	Cualitativa Nominal a escala	<ul style="list-style-type: none"> • Malo • Regular • Bueno • Muy Bueno • Excelente

Tabla 2: Operacionalización de las variables.

Elaborado: M.D. Angélica María Cedeño Alava.

CAPÍTULO V

5.1. ANÁLISIS E INTERPRETACIÓN DE RESULTADOS.

El estudio incluyó 65 pacientes sometidas a lipoabdominoplastia tipo II con tracción de la fascia de Scarpa. El rango etario más frecuente fue entre 21 a 35 años, representado por el 66,1% (n=43). Las mujeres incluidas en este grupo de edad al estar en plena etapa fértil son más susceptible a embarazos, y además a fluctuaciones constantes de peso, predisponiendo a alteraciones funcionales de la pared abdominal.

Tabla 3: Períodos de gestación por grupos de edades.

Nº de gestaciones	Edad				Total
	20 años	21 a 35 años	36 a 50 años	51 a 55 años	
Ninguna	3 (4,6%)	14 (21,5%)	0	0	17 (26,2%)
1 gestación	0	12 (18,5%)	5 (7,7%)	1 (1,5%)	18 (27,7%)
2 gestaciones	0	16 (24,6%)	9 (13,8%)	2 (3,1%)	27 (41,5%)
3 gestaciones	0	1 (1,5%)	1 (1,5%)	1 (1,5%)	3 (4,6%)
Total	3 (4,6%)	43 (66,1%)	15 (23,1%)	4 (6,2%)	65 (100%)

Fuente: Base de datos de Clínica Borja de Cirugía Plástica, Estética y Reconstructiva.
Elaborado por: MD. Angélica María Cedeño Alava.

Tabla 4: Porcentaje de Índice de Masa Corporal en pacientes intervenidos de Lipoabdominoplastia Tipo II.

Índice de masa corporal (IMC)	Frecuencia	%
Insuficiente <18,99	0	0
Normopeso 18,99 - 24,99	34	52.3
Sobrepeso 25 - 29,99	31	47.7
Obesidad leve 30 - 39,99	0	0
Obesidad mórbida >40	0	0
Total	65	100

Fuente: Base de datos de Clínica Borja de Cirugía Plástica, Estética y Reconstructiva.
Elaborado por: MD. Angélica María Cedeño Alava.

Se demostró que el grupo de estudio presentó un índice de masa corporal entre 18,99 a 29,99; para obtener resultados favorables con la técnica del trabajo de investigación no deben operarse pacientes con IMC mayor a 30, ya que si pasan dicho límite entran en categoría de obesidad .

Tabla 5: Distribución del número de cicatrices previas en el abdomen.

CICATRIZ ABDOMINAL PREVIA (TIPO PFANESTIEL)	Frecuencia	%
SI	34	52,3
NO	31	47,7
Total	65	100

Fuente: Base de datos de Clínica Borja de Cirugía Plástica, Estética y Reconstructiva.
Elaborado por: MD. Angélica María Cedeño Alava.

El 52,3% de las mujeres incluidas en la investigación, presentaron cicatriz abdominal previa tipo Pffanestiel al momento de la valoración, característica importante para la aplicación de la técnica de lipominiabdominoplastia tipo II, ya que la depresión que se forma posterior a esta dicha intervención es producida por el cierre de la fascia de Scarpa.

Tabla 6: Distribución de las complicaciones que se presentaron con la Técnica de Lipoabdominoplastia Tipo II.

COMPLICACIONES	Frecuencia	%
Seroma	5	7.7
Cicatriz hipertrófica	2	3.1
Ninguno	58	89.2
Total	65	100.00

Fuente: Base de datos de Clínica Borja de Cirugía Plástica, Estética y Reconstructiva.
Elaborado por: MD. Angélica María Cedeño Alava.

Dentro del grupo de estudio, el 89,2% de las pacientes (n=58) no presentaron complicaciones, el 10,8% restante englobó como complicaciones al seroma y a la cicatriz hipertrófica.

Tabla 7: Porcentaje de reintervención de las pacientes del estudio.

REINTERVENCION	Frecuencia	%
SI	6	9.2
NO	59	90.8
Total	65	100

Fuente: Base de datos de Clínica Borja de Cirugía Plástica, Estética y Reconstructiva.
Elaborado por: MD. Angélica María Cedeño Alava.

El 9,2% (n=6) de las pacientes fueron reintervenidas debido a inconformidad con el resultado estético obtenido con la técnica en estudio.

Tabla 8: Escala de Satisfacción del paciente posterior a la intervención quirúrgica de Lipominiabdominoplastia tipo II.

GRADO DE SATISFACCIÓN	Frecuencia	%
Malo	0	0
Regular	6	9,2
Bueno	0	0
Muy Bueno	3	4,6
Excelente	56	86,2
Total	65	100

Fuente: Base de datos de Clínica Borja de Cirugía Plástica, Estética y Reconstructiva.
Elaborado por: MD. Angélica María Cedeño Alava.

Se reportó un alto grado de satisfacción de las pacientes representado por el 98% con el procedimiento de Lipominiabdominoplastia tipo II con tracción de la fascia de Scarpa evaluado a través de una escala de Likert de 5 puntos.

5.2. DISCUSION.

Bozola y Psillakis (Bozola & Psillakis, 1988) encasillaron en la deformidad tipo II a mujeres de edad mediana nulíparas o primíparas con leve exceso de piel, musculatura normal y exceso de tejido graso tratándolas con miniabdominoplastia. El presente estudio incluyó a pacientes con diagnóstico de abdomen tipo II (leve hipertrofia de tejido graso, discreta flacidez de la piel del abdomen, y ligera distensión de la pared abdominal), con el rango de edad predominante de 21-35 años (66,1%) con dos gestas al momento de la consulta en el 41,5% de los casos, y cicatriz abdominal previa tipo Pffanestiel en el 52,3%.

Los artículos de los autores citados como Le Louarn (Louarn, 1996), Bozola y Psillakis (Bozola & Psillakis, 1988), Pitanguy (Pitanguy, Salgado, Murakami, Radwanski, & Mauad, 1995), Matarasso (Matarasso, Abdominoplasty: A System of Classification and treatment for combined abdominoplasty and suction assisted lipectomy, 1991), otros como el de Avelar (Avelar, 1999), los estudios de Costa-Ferrerira sobre la fascia de Scarpa (Costa-Ferreira, Rodrigues-Pereira, Rebelo, Vásconez, & Amarante, 2014), y Le Louarn (Louarn, 1996), demuestran que la preservación de la fascia de Scarpa disminuye la tasa de seromas a menos del 10%, similar a lo que se obtuvo en este estudio con una tasa de seroma del 7.7%.

Lockwood en 1995 (Lockwood, High-Lateral-tension abdominoplasty with superficial fascial system suspension, 1995) presentó sus trabajos de Abdominoplastia de alta tensión, donde realiza extensos estudios sobre la fascia corporal, en el cual refiere que anclando la fascia superficial a los tejidos profundos provoca un efecto de suspensión del área inguinal, se da mayor soporte a la pared abdominal anterior con la consiguiente mayor resistencia a la tensión de la cicatriz resultante evitando así la dehiscencia de la misma, además de la disminución de los casos de seroma gracias a la preservación de la fascia de Scarpa, sin embargo, no menciona la tracción de la fascia de Scarpa para mejorar el contorno corporal por el

mayor acinturamiento que se provoca con la tracción de la misma, y que debe ser utilizada en mujeres con abdomen tipo II.

Gonzalez en el 2012, publica en la Revista Brasileira de Cirugía Plástica un trabajo de tres años (2007-2010), donde incluía 24 pacientes de sexo femenino, con pequeña flacidez del abdomen, IMC <30, no hernias de pared, leve diastasis de rectos abdominales y ombligo de inserción alta; a las cuales les realiza lipoaspiración más miniabdominoplastia, con resección de huso de piel de 12 cm x 20 cm, con recolocación umbilical y sin plicatura de rectos abdominales; obtuvo un grado de satisfacción elevado del 95%; la tasa de complicaciones fue mínima con 3 casos de seroma y 1 caso de cicatriz hipertrófica (González, 2012). En la descripción de su procedimiento, preserva la fascia de Scarpa durante la técnica pero con el fin de disminuir su tasa de complicaciones, mas no para darle estabilidad a la pared abdominal ni para provocar el efecto de mayor acinturamiento con la tracción de la misma. En comparación con el presente trabajo de tesis, también se realiza en tres años (2102-2015) se incluyen 65 pacientes de sexo femenino con leve laxitud de piel y del sistema muscular, las cuales fueron sometidas a Lipominiabdominoplastia tipo II añadiendo la tracción de la fascia de Scarpa para mejorar el contorno corporal, con cicatriz menor de 25 cm a nivel suprapúbico que queda oculta con la ropa interior, índice de masa corporal en el rango de 18,99 a 29,99; con la presencia de una tasa de complicaciones del 11% representada por el seromas en 5 casos que fueron tratados con aspiración, y cicatriz hipertrófica en 2 casos las mismas que fueron tratadas con infiltración de corticoide de depósito. Se obtuvo un grado de satisfacción elevado en el 98% a través de una Escala de Likert de cinco puntos.

En el trabajo de Carvalho se presentaron 2 casos de flacidez en abdomen superior posterior a la miniabdominoplastia, sin embargo dichas pacientes no fueron sometidas a abdominoplastia tipo II o IV porque manifestaron el deseo de embarazarse en lo posterior (Carvalho, Vieira da Silva Jr., & Alencar Moreira, 2008), en el presente estudio el número de reintervenciones que se presentó fue en 6

pacientes debido a inconformidad con el resultado estético del abdomen (leve flacidez en abdomen superior).

CAPITULO VI

6.1. CONCLUSIONES

Durante años los cirujanos plásticos han buscado la manera de reducir el tamaño de las cicatrices, tratar de que sean lo menos visibles y que puedan quedar ocultas con la vestimenta, ya que cada vez la exigencia de las pacientes en el campo de la estética corporal es más demandante; por tanto, la técnica de Lipominiabdominoplastia tipo II con tracción de la fascia de Scarpa para mejorar el contorno corporal a través de una cicatriz menor a 25 centímetros, es muy noble y de alta satisfacción para las pacientes, como lo demuestra el alto grado de satisfacción del estudio en el 98% de los casos, ya que se consiguió retirar el excedente de piel en el bajo vientre, un aplanamiento del abultamiento del abdomen inferior y una tensión adecuada de la pared abdominal con el tratamiento de la fascia superficial, sin necesidad de la plicatura muscular, conservando además la cicatriz umbilical propia, situaciones que son de gran preocupación sobre todo en las mujeres postparto que desean mejorar su abdomen y a futuro volver a concebir.

Las complicaciones que se dieron como el seroma y la cicatriz hipertrófica fueron mínimas, alcanzan el 10.8% del estudio, lo que demuestra las bondades de la preservación de la fascia superficial en los procedimientos de abdominoplastia.

Se demostró que pacientes con dos gestas previas pudieron ser sometidas a este procedimiento ya que presentaban una adecuada pared muscular y por deseos de las mismas de una cicatriz menor y posibilidad de embarazos posteriores.

Los casos de reintervención se dieron en seis pacientes que solicitaron nueva valoración y conversión del tipo II al tipo III o IV.

El grado de aceptación fue mayor llegando al 98% valorado a través de la Escala de Likert a partir del primer mes de postoperatorio.

Por tanto se demuestra que la técnica descrita es eficaz y práctica en relación al tratamiento del abdomen Tipo II; el presente estudio lo hace evidente.

Entre las limitaciones del estudio se considera el no poder valorar el grado de satisfacción en varias etapas del postoperatorio de cada paciente como por ejemplo a los tres meses, seis meses y al año de la intervención quirúrgica.

6.2. RECOMENDACIONES.

1. Todo nuevo procedimiento quirúrgico que no ha sido descrito como se confirma luego de un estudio minucioso de artículos y publicaciones de la especialidad y de otras afines, debe tener una connotación pública y científica luego del aprendizaje de la misma. Ya que el fin de todos, es la curación del paciente.
2. Los Cirujanos Plásticos ante un paciente con las características de abdomen tipo II deberían aplicar la técnica de Lipominiabdominoplastia tipo II descrita con la modificación propuesta de la tracción de la fascia de Scarpa para mejorar el contorno corporal, con especial recomendación en aquellas mujeres en edad fértil y que desean más hijos ya que luego del primer embarazo no quedan satisfechas con su abdomen y su contorno, y desean mejorar su cuerpo sin plicatura muscular y cicatrices grandes.
3. Puesto que, a excepción del presente estudio, no existen otras publicaciones con la técnica recomendada, deberían realizarse otros más amplios y profundos acerca del tema de este trabajo, realizando escalas de valoración del tipo de abdomen que se presenta incluyendo la altura del ombligo como por ejemplo. Además valorar el grado de satisfacción de las pacientes en diferentes períodos del postoperatorio como es a los tres meses, a los 6 meses y al año del procedimiento quirúrgico recomendado.

BIBLIOGRAFIA

1. Avelar, J. (1999). Uma nova técnica de abdominoplastia: Sistema vascular fechado de retalho subdérmico dobrado sobre si mesmo combinado com lipoaspiração. *Revista Brasileira de Cirurgia* , 88, 3-20.
2. Ballestas-Campo, O., & Pomerane, A. (2014). Abdominoplastia y pexia de pubis: estandarización de medidas. *Cirugía Plástica Ibero-Latinoamericana* , 40 (2), 149-158.
3. Bozola, A., & Psillakis, J. (1988). Abdominoplasty: A New Concept and Classification for Treatment. *Plastic and Reconstructive Surgery* , 82 (6), 983-993.
4. Carvalho, C., Vieira da Silva Jr., V., & Alencar Moreira, A. (2008). Lipoabdominoplastia con desinserción umbilical y despegamiento abdominal reducido. *Cirugía Plástica Ibero-Latinoamericana* , 34 (4), 277-286.
5. Centurión, P., Olivencia, C., Romero, C., & Gamarra García, R. (2009). Lipoabdominoplastia con cicatriz reducida sin neo-onfaloplastia en abdomen tipo III (Matarasso). *Cirugía Plástica Ibero-Latinoamericana* , 35 (4), 271-282.
6. Coiffman, F. (2006). Cirugía Plástica, Reconstructiva y Estética. In F. Coiffman. Bogotá, Colombia: AMOLCA.
7. Comenzana, O. (2000). Liposucción asistida por ultrasonido en procedimientos combinados de cirugía del contorno corporal. *Cirugía Plástica Ibero-Latinoamericana* , 26 (4), 295-308.
8. Costa-Ferreira, A., Rebelo, M., Vásconez, L., & Amarante, J. (2010). Scarpa Fascia Preservation during Abdominoplasty: A Prospective Study. *Plastic and Reconstructive Surgery* , 125 (4), 1232-1239.

9. Costa-Ferreira, A., Rebelo, M., Vásconez, L., & Amarante, J. (2013). Scarpa Fascia Preservation during Abdominoplasty: Randomized Clinical Study of Efficacy and Safety. *Plastic and Reconstructive Surgery* , 131 (3), 644-651.
10. Costa-Ferreira, A., Rodrigues-Pereira, P., Rebelo, M., Vásconez, L., & Amarante, J. (2014). Morphological Study and application in Abdominal wall surgery. *Plastic and Reconstructive Surgery* , 134 (6), 1313-1322.
11. Crerand, C., Franklin, M., & Sarwer, D. (2006). Body Dysmorphic Disorder and Cosmetic Surgery. *Plastic and Reconstructive Surgery* , 118 (7), 167e-180e.
12. Daniella E., S., Cuevas T., P., Calderón G., M., Ríos V., M., Domínguez C., C., Di Silvestre P., C., et al. (2013). Medición de los resultados desde la perspectiva del paciente en cirugía del contorno corporal: creación del instrumento Body-QoL. *Revista Chilena de Cirugía* , 65 (6), 495-501.
13. Gasparotti, M. (2007). LIPO: UNA LABOR NO MUY SENCILLA. In M. Gasparotti, *LIPOESCULTURA, MODELADO CORPORAL Y CELULITIS* (pp. 25-51). Podova, Italia: AMOLCA.
14. Gomes, F. N., Levy, S., Babinski, M., & Mota Pacheco, R. (2015). Anatomía para el Cirujano Plástico. In F. Editorial (Ed.).
15. González, G. A. (2012). Mini-Abdominoplasty associated with liposuction and lowering of the umbilical scar without pedicular detachment. *Revista Brasileira de Cirugía Plástica* , 27 (3), 450-456.
16. Guerrero, J. A. (2007). Liposucción. Consideraciones anestésicas y perioperatorias. *Revista Mexicana de Anestesiología* , 30 (4), 233-241.
17. Hincapie, S. M., & López, D. (Junio de 2013). La fascia: Sistema de Unificación estructural y funcional del cuerpo. *Monografía* , 1-40.
18. Hunstad, J. P., & Repta, R. (2009). Atlas of Abdominoplasty. USA: Elsevier.

19. Kauak, L. (2004). Abdominoplastía. *Revista Médica Clínica Las Condes* , 15 (1), 32-37.
20. Kauak, L. K. (2002). Abdominoplastia. Selección de una técnica para la plastia del contorno abdominal. *Revista Chilena de Cirugía.* , 54 (2), 170-176.
21. Lockwood, T. (1995). High-Lateral-tension abdominoplasty with superficial fascial system suspension. *Plastic and Reconstructive Surgery* , 96 (3), 603-615.
22. Lockwood, T. (1993). Lower body lift with superficial fascial system suspension. *Plastic Reconstructive Surgery* , 92, 1112-1122.
23. Louarn, C. L. (1996). Partial Subfascial Abdominoplasty. *Aesthetic Plastic Surgery* , 20 (2), 123-127.
24. Matarasso, A. (1991). Abdominoplasty: A System of Classification and treatment for combined abdominoplasty and suction assisted lipectomy. *Aesthetic Plastic Surgery* , 15 (1), 111-121.
25. Matarasso, A., & Smith, D. (2015). Strategies for Aesthetic Reshaping of the Postpartum Patient. *Plastic and Reconstructive Surgery* , 136 (2), 245-257.
26. Matarasso, A., Swift, R., & Rankin, M. (2006). Abdominoplasty an Abdominal Contour Surgery: A National Plastic Surgery Survey. *Plastic and Reconstructive Surgery* , 117 (6), 1797-1808.
27. McCarthy, J. G. (1994). Cirugía Plástica. In M. Joseph g. McCarthy. New York, E.E.U.U: Panamericana, Editorial Médica.
28. Mercedes, S., Nuñez, M., Díaz, O., De la Cruz, E., & Aquino, A. (2009). Variabilidad de la presión intraabdominal en pacientes sometidos a abdominoplastia. *Cirugía Plástica Ibero-Latinoamericana* , 35 (4), 261-270.

29. Mossaad, B. M., & Frame, J. (2013). Medial Advencement of infraumbilical Scapa's Fascia Improves Waistline Definition in "Brazilian" Abdominoplasty. *Aesthetic Plastic Surgery* , 37 (1), 3-10.
30. Moya, R., Enrique, J., Guazmuri González, O., Cebrián Rodríguez, M., Guedes de las Casas, R., & Barrera López, O. (2004). Dermolipectomia Abdominal. Análisis de 130 pacientes. Camaguey, Cuba. From Archivo Médico de Camaguey: <http://www.redalyc.org/articulo.oa?id=211117831007>
31. Novaes Matos, W., Cavalcanti Ribeiro, R., Alves Marujo, R., Porto da Rocha, R., Da Silva Ribeiro, S., & Carrillo Jiminez, F. (2006). Classification for Indications of Lipoabdominoplasty and its Variations. *Aesthetic Plastic Surgery* , 26 (4), 417-431.
32. Pérez-Avalos, J. L., & González Z., G. (1999). Experiencia clínica en abdominoplastia. *Cirugía Plástica* , 9 (3), 112-119.
33. Pitanguy, I., Salgado, F., Murakami, R., Radwanski, H., & Mauad, R. (1995). Abdominoplastia: classificação e técnicas cirúrgicas. *Revista Brasileira de Cirugia* , 85 (1), 23-44.
34. Puche, R. C. (2005). El Índice de Masa Corporal y los Razonamientos de un Astrónomo. *MEDICINA* , 65, 361-365.
35. Rovira, R. V. (2009). Extensa liposucción Corporal Cicunferencial combinada con mínima disección en la abdominoplastia (EMLA). *Revista de la Asociación Española de Cirugía Estética Plástica* (10).
36. Rubin, J. P., Jewell, M., Richter, D., & Uebel, C. Remodelación corporal y Liposucción. In E. SAUNDERS. (Ed.).
37. Saldanha, O. (2007). *Lipoabdominoplastia* (1 ed., Vol. 1). (D. R. Villamixar, Trans.) Rio de Janeiro, Brasil: Amolca.

38. Saldanha, O., Federico, R., Daher, P., Malheiros, A., Carneiro, P., Azevedo, S., et al. (2009). Lipoabdominoplasty. *Plastic and Reconstructive Surgery* , 124 (3), 934-942.
39. Solesio Pilarte, F., Lorda Barraguer, E., Lorda Barraguer, A., Laredo Ortiz, C., & Rubio Verdú, R. (2009). Estandarización Fotográfica en Cirugía Plástica y Estética. *Cirugía Plástica Ibero-Latinoamericana* , 35 (2), 79-90.
40. Song, A. Y., Askari, M., Azemi, E., Alber, S., Hurwitz, D., Marra, K., et al. (2006). Biomechanical Properties of the Superficial Fascial System. *Aesthetic Surgery Journal* , 26 (4), 395-403.
41. Sperli, A. E., De Freitas, J. O., & Fischer, R. (2010). Mini Lipoabdominoplastia. *Revista Brasileira de Cirurgia Plástica* , 25 (1), 194-199.
42. Vaca Escobar, B., Guerra Navarrete, D., & Manzano Manzano, R. (2007). Cambios respiratorios postabdominoplastia. *Cirugía Plástica Ibero-Latinoamericana* , 3 (1), 69-72.
43. Wilkinson, T., & Swartz, B. (1986). Individual Modifications in Body Contour Surgery: The "Limited" Abdominoplasty. *Plastic and Reconstructive Surgery* , 77 (5), 779-784.

ANEXOS



Ilustración 3: Vista anterior Pre y postoperatorio. Paciente 33 años de edad, 2 gestas previas.

Fuente: Clínica Borja



Ilustración 4: Vista lateral Pre y postoperatorio. Paciente 33 años de edad, 2 gestas previas.

Fuente: Clínica Borja



Ilustración 5: Vista anterior Pre y postoperatorio. Paciente 29 años de edad, 1 gesta..

Fuente: Clínica Borja



Ilustración 6: Vista lateral Pre y postoperatorio. Paciente de 29 años de edad, 1 gesta.

Fuente: Clínica Borja.



Ilustración 7: Vista anterior Pre y postoperatorio. Paciente 30 años de edad, 2 gestas, cicatriz abdominal previa tipo Pffanestiel.

Fuente: Cleinica Borja.



Ilustración 8: Vista lateral Pre y postoperatorio. Paciente 30 años de edad, dos gestas, cicatriz abdominal previa tipo Pffanestiel.

Fuente: Clínica Borja.

INSTITUCION DEL SISTEMA		UNIDAD OPERATIVA		COD. UD	COD. LOCALIZACION			NUMERO DE HISTORIA CLINICA	
					PARROQUIA	CANTON	PROVINCIA		
APELLIDO PATERNO		APELLIDO MATERNO		NOMBRES		SERVICIO	SALA	CAMA	FECHA
									HORA
TODA LA INFORMACION ENTREGADA POR LOS PROFESIONALES AL PACIENTE SE HARÁ EN EL ÁMBITO DE LA CONFIDENCIALIDAD									
1 INFORMACION ENTREGADA POR EL PROFESIONAL TRATANTE SOBRE EL TRATAMIENTO									
PROPOSITOS					TERAPIA Y PROCEDIMIENTOS PROPUESTOS				
RESULTADOS ESPERADOS					RIESGOS DE COMPLICACIONES CLINICAS				
NOMBRE DEL PROFESIONAL TRATANTE			ESPECIALIDAD		TELEFONO	CODIGO	FIRMA		
2 INFORMACION ENTREGADA POR EL CIRUJANO SOBRE LA INTERVENCION QUIRURGICA									
PROPOSITOS					INTERVENCIONES QUIRURGICAS PROPUESTAS				
RESULTADOS ESPERADOS					RIESGO DE COMPLICACIONES QUIRURGICAS				
NOMBRE DEL CIRUJANO			ESPECIALIDAD		TELEFONO	CODIGO	FIRMA		
3 INFORMACION ENTREGADA POR EL ANESTESIOLOGO SOBRE LA ANESTESIA									
PROPOSITOS					ANESTESIA PROPUESTA				
RESULTADOS ESPERADOS					RIESGOS DE COMPLICACIONES ANESTESICAS				
NOMBRE DEL ANESTESIOLOGO			ESPECIALIDAD		TELEFONO	CODIGO	FIRMA		
4. CONSENTIMIENTO INFORMADO DEL PACIENTE									
								FIRMAS DEL PACIENTE	
A EL PROFESIONAL TRATANTE ME HA INFORMADO SATISFACTORIAMENTE ACERCA DE LOS MOTIVOS Y PROPOSITOS DEL TRATAMIENTO PLANIFICADO PARA MI ENFERMEDAD									
B EL PROFESIONAL TRATANTE ME HA EXPLICADO ADECUADAMENTE LAS ACTIVIDADES ESENCIALES QUE SE REALIZARAN DURANTE EL TRATAMIENTO DE MI ENFERMEDAD									
C CONSIENTO A QUE SE REALICEN LAS INTERVENCIONES QUIRURGICAS PROCEDIMIENTOS DIAGNOSTICOS Y TRATAMIENTOS NECESARIOS PARA MI ENFERMEDAD									
D CONSIENTO A QUE ME ADMINISTREN LA ANESTESIA PROPUESTA									
E HE ENTENDIDO BIEN QUE EXISTE GARANTIA DE LA CALIDAD DE LOS MEDIOS UTILIZADOS PARA EL TRATAMIENTO, PERO NO ACERCA DE LOS RESULTADOS									
F HE COMPRENDIDO PLENAMENTE LOS BENEFICIOS Y LOS RIESGOS DE COMPLICACIONES DERIVADAS DEL TRATAMIENTO									
G EL PROFESIONAL TRATANTE ME HA INFORMADO QUE EXISTE GARANTIA DE RESPETO A MI INTIMIDAD, A MIS CREENCIAS RELIGIOSAS Y A LA CONFIDENCIALIDAD DE LA INFORMACION (INCLUSIVE EN EL CASO DE VIH/SIDA)									
H HE COMPRENDIDO QUE TENGO EL DERECHO DE ANULAR ESTE CONSENTIMIENTO INFORMADO EN EL MOMENTO QUE YO LO CONSIDERE NECESARIO									
I DECLARO QUE HE ENTREGADO AL PROFESIONAL TRATANTE INFORMACION COMPLETA Y FIDELIGNA SOBRE LOS ANTECEDENTES PERSONALES Y FAMILIARES DE MI ESTADO DE SALUD. ESTOY CONCIENTE DE QUE MIS OMISIONES O DISTORSIONES DELIBERADAS DE LOS HECHOS PUEDEN AFECTAR LOS RESULTADOS DEL TRATAMIENTO									
5. CONSENTIMIENTO INFORMADO DEL REPRESENTANTE LEGAL									
COMO RESPONSABLE LEGAL DEL PACIENTE, QUE HA SIDO CONSIDERADO POR AHORA IMPOSIBILITADO PARA DESCUBRIR EN FORMA AUTONOMA SU CONSENTIMIENTO AUTORIZO LA REALIZACION DEL TRATAMIENTO SEGUN LA INFORMACION ENTREGADA POR LOS PROFESIONALES DE LA SALUD EN ESTE DOCUMENTO									
NOMBRE DEL REPRESENTANTE LEGAL			PARENTESCO		TELEFONO	CEDULA DE CIUDADANIA	FIRMA		

CENTRO GRAFICO 241 0296 - 240 5045

SNS-MSP / HCU-form.024 / 2008

CONSENTIMIENTO INFORMADO

Ilustración 9: Formato de consentimiento informado.

ESCALA DE LIKERT

Evaluación del grado de satisfacción de la paciente luego del procedimiento de Lipominiabdominoplastia tipo II.

- MALO
- REGULAR
- BUENO
- MUY BUENO
- EXCELENTE

Ilustración 10: Escala de Likert que se realizó para medir el grado de satisfacción de las pacientes.

A	B	C	D	E	F	G	H	I	J	K
	EDAD (AÑOS)	NUMERO DE GESTACIONES	CICATRIZ ABDOMINAL PREVIA TIPO PFANESTIEL	COMPLACIONES SEROMA	CICATRIZ HIPERTROFICA	TALLA	PESO	INDICE DE MASA CORPORAL (IMC)	GRADO DE SATISFACCION	REINTERVENCIONES
1	35	1=1	NO	NO		1,64	62	23,05	EXCELENTE	
2	40	2	SI	NO		1,60	63,7	24,88	EXCELENTE	
3	25	NO	SI	NO		1,61	51,2	19,77	EXCELENTE	
4	30	NO	SI	NO		1,66	63,8	23,2	EXCELENTE	
5	45	1	SI	NO		1,55	59	24,58	REGULAR	TIPO III
6	20 ANOS	NO	NO	NO		1,65	71,5	26,29	EXCELENTE	
7	27	2=2	NO	NO		1,64	77	28,62	EXCELENTE	
8	36	1	SI	NO		1,59	66,5	26,28	MUY BUENO	
9	37	2	SI	NO		1,64	68,2	25,35	EXCELENTE	
10	22	NO	SI	NO		1,53	60,2	25,73	EXCELENTE	
11	28	2	SI	NO		1,62	57,1	21,79	EXCELENTE	
12	32	NO	NO	NO		1,54	60	25,32	EXCELENTE	
13	29	1=1	SI	NO		1,55	50	20,83	EXCELENTE	
14	31	NO	NO	SI		1,55	63,5	26,46	EXCELENTE	
15	33	1	SI	NO		1,60	60	23,44	EXCELENTE	
16	30	2	SI	NO		1,66	63,6	23,13	EXCELENTE	
17	32	2	SI	NO		1,56	68	27,98	EXCELENTE	
18	40	1	NO	NO		1,60	58	22,66	REGULAR	TIPO IV
19	35	1	SI	NO		1,57	63,9	25,98	EXCELENTE	

Ilustración 11: Formato de la hoja de recolección de datos en el Programa Excel 2010.

