

Caso clínico

Cirugía de Contorno Corporal extensa. Caso clínico

Extensive Body Contouring Surgery. Clinical case

Angela Florez *, Federico Perez de la Romana **, Aniceto Baltasar*, Nieves Pérez*, Carlos Serra*

*General Surgical Service .Virgen de los Lirios Hospital, Alcoy - Spain. ** Perez de la Romana Clinic. Aesthetic and restorative surgery. Alicante-Spain. ✉ floreza_22@hotmail.com

Resumen: La Cirugía de Contorno Corporal (CCC) es a menudo necesaria tras la cirugía de la obesidad. Sus beneficios no son solo estéticos sino sobre todo relacionados con la autoestima, afecta a sus relaciones íntimas de pareja y tiene hoy un tratamiento seguro, efectivo y apropiado para la resolución del exceso de piel. Se presenta un caso de un paciente con obesidad extrema, que necesitó CCC extensa tras una considerable pérdida de sobrepeso (PSP).

Palabras clave: Obesidad extrema, Cirugía de contorno corporal, Dermolipectomía

Abstract: Body Contouring Surgery (BCS) is often necessary after the Obesity Surgery. Its benefits are not only aesthetic but above all related to self-esteem. It affects their intimate partner relationships and today has a safe, effective and appropriate treatment for the resolution of excess skin. We present a case of a patient with extreme obesity, super / super obesity, which needed extensive BSC after a considerable excess weight loss (EWL).

Keywords: Extreme obesity, Body Contouring, Dermolipectomy

Introducción

Tras la Cirugía de la Obesidad (CO) los resultados estéticos secundarios a la pérdida masiva y rápida de peso representan una problemática tan limitante como la misma obesidad. En estos casos la Cirugía de Contorno Corporal (CCC) tiene un papel fundamental, necesitando en la mayoría de los casos múltiples y combinadas intervenciones con el objetivo de conseguir resultados óptimos con beneficios claros para éste grupo de pacientes. (1,2).

Caso clínico

Un paciente noruego de 32 años, 178 cm de altura, 232 kg. de peso, IMC 73,2 kg/m², Peso deseable 79 kg. y 153 kg de Sobrepeso (SP) solicitó cirugía bariátrica para su tratamiento. Su IMC esperable ideal era de 41 kg/m². Su hermano gemelo de 255 kg con IMC 84 kg/m² había fallecido en espera de CO (Figura 1). Intervenido en 2002 y se llevó a cabo un Cruce Duodenal Abierto (CDA) con Asa Común (AC) de 80 cm, Asa Digestiva (AD) de 170 cm y Asa Bilio-Pancreática (ABP) de 370 cm. En el postoperatorio

inmediato presentó hemoperitoneo que requirió de transfusión de hemoderivados y revisión quirúrgica sin evidencia de sangrado activo.

El paciente fue dado de alta al séptimo día postoperatorio (DPO).

Al año su peso era de 81 kg. A los dos años pesaba 95 Kg, 137 Kg perdidos, PSP-88%(porcentaje de sobrepeso perdido) PIMCP-90% (Porcentaje índice de masas corporal)y PPIMC(porcentaje perdido de índice de masas corporal) esperable-156%. Se le realizó una Dermo-Lipectomía Abdominal (DLA) en su país con muy malos resultados estéticos (Figura 4) que le llevaron a una depresión muy grave por afectación de su imagen corporal.

Tres años más tarde con 81 Kg, IMC-25.6, 151 Kg perdidos, PSP-97%, PPIMC-99% y un PIMC esperado de 149% se consulta a nuestra unidad de Cirugía Plástica y se le realiza CCC consistente en dermolipectomía de ambos brazos, abdominal circunferencial (DAC), toracoplastia lateral y mamoplastia bilaterales



Figura nº 1: Pacientes hermanos con IMC > kg/m²



Figura nº 4: Imagen corporal tras DLA en su país antes de la CCC



Figura nº2: Paciente al 2º DPO



Figura nº 5: Toracoplastia lateral



Figura nº3: Paciente al 7º DPO



Figura nº 6,7: Dermolipectomía abdominal circunferencial (DAC) = BodyLift



Figura nº 8: Dermolipectomía de muslos



Figura nº 9: Braquioplastia bilateral



Figura nº 10: Normalización de la imagen corporal

Discusión

Es fundamental saber que la CCC está constituida por la combinación de varias técnicas quirúrgicas como la toracoplastia, abdominoplastia, gluteoplastia asociado a liposucción y en la que se realiza especial hincapié en la suspensión y fijación del sistema fascial superficial. El conocimiento de la anatomía y los cambios patológicos propios con la edad del sistema fascial superficial del tronco y las extremidades ayudan a explicar las deformidades del contorno corporal que como bien explica Lockwood (3) proporcionan las bases anatómicas para la corrección quirúrgica de las mismas.

En general son intervenciones con un denominador común que es un tiempo quirúrgico prolongado pero que en todo caso está influenciado por la experiencia del equipo quirúrgico.

La CCC suele ser dividida en superior e inferior.

Elevación corporal superior (Upper Body Lift): Dirigido a tratar la región anterior, lateral y posterior del tronco en su parte superior teniendo en cuenta las variaciones en función del sexo. Fig. 5. En las mujeres generalmente se realiza una mastopexia con o sin prótesis, así como la corrección de la piel residual lateral del tórax a través de la prolongación de la

incisión hacia la espalda, corrigiendo también la redundancia cutánea en la espalda posterior.

En el hombre normalmente se realiza la resección de la piel redundante del pecho a través de una incisión horizontal siguiendo el surco submamario, que no debemos desplazar y un injerto libre de pezón; mientras que en la región lateral del tórax corregimos la redundancia mediante una incisión vertical pues de éste modo también se pueden tratar las deformidades de la parte alta de la espalda si dejar cicatrices.

Si bien los resultados de la abdominoplastia vertical en patrón de flor de Lis consigue un óptimo resultado (4) como lo ha demostrado Da Costa y cols. (5). En lifting inferior, nos decantamos a realizar una DAC, fundamentalmente en pacientes con hiperlaxitud moderada (Figura 4); con extensión hacia la espalda con el objetivo de tratar el área delimitada por el abdomen, la zona lumbar, glúteos y caderas con la cual no sólo se consigue aplanar el abdomen y la parte baja de la espalda, sino también darle volumen a los glúteos y caderas a través de un colgajo dermograso del torso posterior (6-8). Fig. 6 y Fig. 7.

El marcaje preciso constituye un paso esencial en el proceso. Es una práctica simple y constituye la clave para acortar el tiempo operatorio. Un marcaje cuidadoso previene largas irregularidades difíciles de corregir (9).

Braquioplastia y la elevación de muslos (Inferior body lift) en nuestra experiencia son considerados como procedimientos separados que combinamos con los body lifting debido a que si realizamos en un mismo tiempo quirúrgico una elevación corporal inferior y otro de muslos la tensión generada en la zona del pubis sería extrema; lo mismo ocurriría en la axila si combinamos un lifting superior con una braquioplastia y éste exceso de tensión podría provocar dehiscencias y áreas cruentas que podrían retrasar la cicatrización.

Elevación de muslos (Figura 8). En éste procedimiento nos centramos fundamentalmente en la corrección de la parte interna de los muslos para lo cual podríamos necesitar un abordaje a través de una incisión horizontal estándar con lo cual se corrige la flacidez vertical, más-menos una incisión vertical para corregir la flacidez circular. En la mayoría de los casos preferimos practicar las dos incisiones combinadas.

Como primer paso siempre realizamos una liposucción exhaustiva del área para posteriormente reseca el exceso de piel horizontal y verticalmente; posteriormente se procede a la pexia de la piel hacia la fascia de Colles utilizando para ello suturas irreabsorbibles con lo que evitamos la migración de la cicatriz y finalmente realizamos cierre por planos (10).

Braquioplastia En brazos, como en muslos, iniciamos el procedimiento con una liposucción exhaustiva del área, realizamos la técnica de doble elipse por medio del “pinzamiento” (pinching) determinar la cantidad de piel a quitar. Se reseca la piel excedente preservando los conductos linfáticos para evitar el linfedema residual (10) y prestando atención a la piel del codo ya que muchas veces suelen haber cúmulos de grasa que eventualmente podrían requerir de liposucción o extensión de la incisión, igualmente evitando lesionar al nervio cutáneo medial el cual pasa cerca de la aponeurosis haciéndose muy superficial. Posteriormente se realiza afrontamiento con grapas para iniciar el cierre por planos con suturas absorbibles. (Figura 9).

Una vez intervenido el tren superior e inferior quedan corregidos los principales problemas estéticos de éstos pacientes, con el objetivo de normalizar su imagen corporal. Fig. 10.

Complicaciones

Son relativamente frecuentes e incluyen seroma (23,6%), infección (13,9%), sangrado (11,1%) hematoma (6,9%), que alargan la estancia media y posteriores controles ambulatorios. Sin embargo su grado de está en relación con las complicaciones postoperatorias del procedimiento quirúrgico y no con el resultado estético (11).

En la Tabla 1 señalamos las complicaciones más frecuentes en nuestra experiencia.

Tabla 1. Complicaciones en la CCC	
MAYORES	MENORES
Hipotermia	Extrusión suturas
Anemia. Hiponatremia	Dehiscencia
Dolor	Seroma
Tromboembolismo	Queloides

Nuevas técnicas

Actualmente los beneficios de la liposucción son cuestionables para pacientes con ptosis braquial severa y marcada hipotonía de la piel, especialmente si la retracción de la piel es probable que sea insuficiente. Sin embargo, el horizonte es esperanzador para los procedimientos no quirúrgicos.

RFAL(liposucción asistida por radiofrecuencia) representa una técnica novedosa que utiliza radiación electromagnética para provocar la contracción de la matriz de tejido blando, obviando la escisión de la piel y consecuente cicatrización con el fin de disminuir las tasas de complicación y morbilidad (12).

Conclusiones

Este caso clínico ilustra la realidad de un número cada vez mayor de pacientes postbariátricos con importantes problemas estéticos relacionados con excesos de piel que precisan actualmente de cirugías mayores como la CCC la cual en manos de profesionales expertos es considerada una cirugía segura, efectiva y de gran impacto en la calidad de vida de éstos pacientes. 13.

Bibliografía

1. Hallock GG, Altobelli JA.: Simultaneous rachioplasty, Thoracoplasty and Mammoplasty Aesth. Plast. Surg. 9:233-235, 1985
2. Pérez de la Romana, MJ Santana. D. Loarca.: Remodelación corporal después de cirugía bariátrica. Revista de la AECEP, 2008. 9:22-30.
3. Loockwood, T. Superficial fascial system (SFS) of the trunk and extremities A new concept. Plast.Reconstr. Surg. 87: 1009, 1999.
4. Hurwitz, D. Optimizing body contour in massive weight loss patients: The modified vertical abdominoplasty (Discussion). Plast.Reconstr- Surg- 114: 1924, 2004
5. Da Costa LF, Landecker A, Manta AM.: Optimizing Body Contour in Massive Weight Loss Patients: The Modified Vertical Abdominoplasty. Plastic and reconstructive surgery 2004. 114: 1027-1023.
6. Lockwood, T.E. Lower-body lift. Aesthetic Surg. J. 21: 355, 2001
7. Loockwood, T.E. Maximizing aesthetics in lateral-tension abdominoplasty and body lifts. Clin.Plast. Surg. 31: 523, 2004
8. Loockwood, T. Transverse flank-thigh-buttock lift with superficial fascial suppression. Plast. Reconstr.Surg 87: 1019, 1991
9. Pascal J.F., and Le Louarn, C. Remodeling bodylift with high lateral tension. Aesthetic Plast. Surg. 26: 223, 2002

10. Pascal JF, Le Louarn C, Brachioplasty. Aesth. Plast. Surg. 29:423429, 2005 DOI: 10.1007/s00266-005-0058-4

11. García García MD, Martín-Lorenzo MD, Campillo-Soto. et al. Complicaciones y nivel de satisfacción tras la realización de una dermolipectomía y abdominoplastia después de efectuar una cirugía bariátrica. Cirugía Española 2014;92(4): 254-260

12. Kyle R. Burton, BS, Samuel J. Lin, MD. Skin Laxity in Post-Weight Loss Upper Arm Body Contouring Procedures. Bariatric Times. 2016;13(12):10-14

13. . Rohrich RJ, Gosman AA, Conrad MH, Coleman J. Simplifying circumferential body contouring: the central body lift evolution. Plast Reconstr Surg. 2006 Aug;118(2):525-35; discussion 536-8.