

Cirugía combinada: abdominoplastia y cirugía abdominal laparoscópico en un tiempo quirúrgico.

Sergio Sánchez-Cordero⁽¹⁾, Bernard Cambier⁽²⁾, Renato Roriz⁽²⁾, Andrea Salazar⁽²⁾, Ramón Vilallonga⁽²⁾.

1. Consorci Sanitari de l'Anoia, Igualada, Barcelona. 2. Hospital de Barcelona - SCIAS, Barcelona.

Resumen:

Se presentan dos casos clínicos de cirugía mayor abdominal laparoscópica combinada con cirugía plástica tras una primera intervención de cirugía bariátrica sin incisiones en la piel y en un mismo tiempo quirúrgico con el objetivo de dar a conocer un recurso quirúrgico por un equipo multidisciplinar especializado en pacientes con alto riesgo anestésico o para optimizar el número de intervenciones en un mismo paciente. El primer caso es un varón que tras haber sido intervenido de una gastrectomía vertical, se propuso una abdominoplastia y una liposucción mamaria a la vez que por vía laparoscópica se realizó una colecistectomía. El segundo caso es una paciente que tras una gastrectomía vertical se intervino para realizar una hiatoplastia (intervención de Hill) por hernia de hiato, combinada con una abdominoplastia. La combinación de dos o múltiples procedimientos abdominales requiere una selección cuidadosa del paciente para combinar de forma segura estos procedimientos, no obstante, evita incisiones en la piel y puede reducir los riesgos potenciales de la anestesia múltiple para cada procedimiento, acortar la estancia hospitalaria total y el tiempo quirúrgico total, así como, reducir los costes y la recuperación postoperatoria.

Palabras clave:

- Cirugía combinada
- Cirugía bariátrica
- Cirugía plástica
- Abdominoplastia
- Gastrectomía vertical
- Colecistectomía
- Hiatoplastia

Combined surgery: abdominoplasty and abdominal surgery laparoscopic in one surgical time.

SUMMARY:

There are two clinical cases of major laparoscopic abdominal surgery combined with plastic surgery after a first intervention of bariatric surgery without skin incisions and, at the same surgical time with the purpose of announcing a surgical resource by a multidisciplinary team, specialized in patients with high anesthetic risk or optimizing the number of interventions in the same patient. The first case is a male who, after having undergone a vertical gastrectomy, a tummy tuck, and a breast liposuction, where we proposed an abdominoplasty and a breast liposuction while we performed a cholecystectomy via a laparoscopic route. The second case is a patient who underwent a vertical gastrectomy to perform a hiatoplasty (Hill's intervention) due to hiatus hernia, combined with a tummy tuck.

The combination of two or multiple abdominal procedures requires careful patient selection in order to be able to safely combine them, however, it avoids skin incisions and can reduce the potential risks of multiple anesthesia for each procedure, shorten the total hospital stay and total surgical time, as well as, reduce costs and postoperative recovery.

Keywords:

- Combined surgery,
- Bariatric surgery
- Plastic surgery
- Tummy tuck
- Vertical gastrectomy
- Cholecystectomy
- Hiatoplasty

Introducción

La abdominoplastia es la intervención de cirugía plástica consistente en la reconstrucción de la pared abdominal, eliminando el exceso de piel, grasa y la tensión de los músculos de la pared abdominal con el objetivo final de remodelar el abdomen, la cintura y la forma del tronco.

El aumento del número y éxito de las intervenciones de cirugía bariátrica ha provocado una creciente preocupación por el tratamiento quirúrgico de las

deformidades del abdomen tras la pérdida de peso. La abdominoplastia como procedimiento presenta tasas de morbilidad y complicaciones muy bajas.

En el artículo publicado por Ijin A, et al (1) muestra que los pacientes intervenidos de deformidades en la pared abdominal refieren una influencia positiva de la cirugía así como, una mejoría en la calidad de vida y de la percepción personal. Por ello, la cirugía de las deformidades de la pared abdominal anterior, tras una pérdida masiva de

peso, debe convertirse en una parte integral del tratamiento multidisciplinar complejo en aquellos pacientes intervenidos de cirugía bariátrica.

Los cálculos biliares son la patología más frecuente de la vesícula biliar. La colecistectomía por vía laparoscópica es la intervención quirúrgica más realizada para eliminación de los cálculos (2). El abordaje laparoscópico se ha extendido por sus ventajas, principalmente menor dolor postoperatorio, movilización temprana, menor cicatriz sobre la piel, etc. (3,4)

La cirugía combinada de varios procedimientos en un tiempo quirúrgico, generalmente cirugía plástica e intervenciones generales o ginecológicas (5,6), puede alterar la morbilidad del paciente y la hospitalización postoperatoria cuando se compara con procedimientos similares llevados a cabo por separado (7). La serie de pacientes publicada más numerosas hasta la fecha 563 pacientes (8) concluye que no existe un aumento de las complicaciones mayores, aumento de la estancia hospitalaria, ni del riesgo de muerte en aquellos pacientes sometidos a más de un procedimiento mayor intrabdominal.

No obstante, en casos seleccionados existen estudios que muestran beneficios para el paciente, en cuanto a la reducción de su estancia hospitalaria y el riesgo inherente a dos intervenciones anestésicas, así como disminución de costes asociados a dos intervenciones quirúrgicas.

Pacientes y métodos

Entre mayo 2017 y enero 2018 se presentan dos casos clínicos de pacientes intervenidos de cirugía bariátrica en un primer tiempo quirúrgico, que durante el seguimiento clínico presentan laxitud abdominal tras la pérdida de peso. La media de edad 50 años (rango 43-57 años) con un seguimiento de 18 meses tras la primera cirugía y una pérdida de peso media de 27 kg (rango 19-35)

El primer caso es un varón de 57 años intervenido en un primer tiempo de gastrectomía vertical laparoscópica en 2016 que durante el seguimiento clínico presento tres cólicos biliares de repetición. Tras una pérdida satisfactoria de peso, el paciente es candidato a abdominoplastia y liposucción mamaria a la vez que por vía laparoscópica se propone una colecistectomía con modificación de trocares sin cicatriz cutánea.

El segundo caso es una paciente de 43 años sin historia previa de enfermedad por reflujo gastroesofágico que tras un primer tiempo quirúrgico de cirugía bariátrica (gastrectomía vertical) presentaba clínica de enfermedad por reflujo gastroesofágico con alteración en las pruebas manométricas y radiológicas que mostraban una hernia hiatal moderada. Tras una pérdida satisfactoria de peso se propuso realizar una hiatoplastia e intervención de Hill por hernia diafragmática combinada con una abdominoplastia. Técnica quirúrgica: Iniciamos la intervención mediante el marcaje por parte del cirujano plástico del colgajo abdominal. Se realizó una incisión extendida de Pfannenstiel y la generación del flap cutáneo abdominal hasta la apófisis xifoidea. Sobre la pared muscular se colocó un trocar de Hasson de 10mm a nivel umbilical para la generación de neumoperitoneo y se utilizó como un puerto de cámara. A continuación, trocares de 10mm y dos

de 5mm fueron introducidos bajo visión directa. La posición de los trócares se aprecia en la figura 1. Colocamos al paciente en posición de Trendelenburg a 40°C.

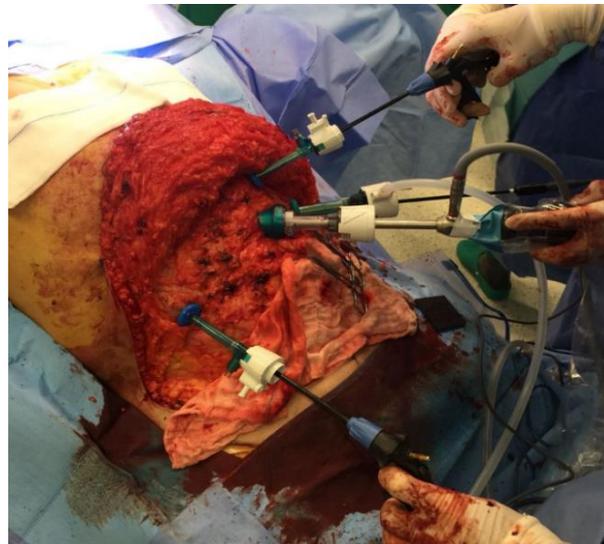


Figura 1. Posición de trocares para laparoscopia

En el primer caso se realizó la colecistectomía laparoscópica según técnica francesa (2, 6). Se individualizaron la arteria cística y el conducto cístico para clipar y seccionar. Se extrajo la vesícula a través del puerto umbilical. Cerramos las incisiones con material de sutura irreabsorbible.

En el segundo caso, tras colocar al paciente en posición habitual, generación de neumoperitoneo y bajo visión directa colocación de trocares de trabajo. Disección membrana frenoesofágica y ligamento gastrohepático. Reducción de la hernia de hiato y cierre de los pilares hiales con puntos de vicryl 00. Gastropexia posterior según técnica de Hill.

Por último, reposicionamos al paciente en decúbito supino con las piernas en adducción y completamos la abdominoplastia. Plicatura del recto abdominal con PDS 00. Dermolipectomía del flap cutáneo, re inserción el ombligo a la altura previamente marcada por el cirujano plástico y fijando el colgajo cutáneo con material irreabsorbible y una sutura continua de monocryl para piel. Dos drenajes tipo blake se colocaron en el plano de disección.

El resultado de ambas cirugías fue satisfactorio y el curso postoperatorio de ambos pacientes fue sin incidencias. Se retiraron los drenajes abdominales al segundo día postintervención y los pacientes fueron ambos dados de alta hospitalaria al tercer día.

Discusión

La cirugía plástica del abdomen es una cirugía cada vez más demandada por diferentes factores sociológicos. La creciente realización de intervenciones de cirugía bariátrica produce que en el postoperatorio de los pacientes que logran una pérdida adecuada de peso, requieran una intervención sobre la pared abdominal para reparar defectos morfológicos de la misma, así como,

defectos estéticos. La abdominoplastia, como todo procedimiento quirúrgico no está exenta de complicaciones. (9)

Grazer et al (10) publicó en una serie de 10.490 abdominoplastias tasas de morbilidad del 19%, donde las complicaciones postquirúrgicas más frecuentes, eran la infección de herida, dehiscencia y hematoma. El estudio publicado por Pratt et al (11) reportó un 34% de complicaciones cuando la abdominoplastia se asociaba a otro procedimiento quirúrgico, no obstante, en esta serie se asocia a procedimientos de cirugía plástica como mamoplastias en su mayoría.

Existen estudios que buscan en el efecto de los procedimientos combinados en la complicación tasas de cirugías cosméticas con resultados mixtos (12, 13). No obstante, hasta la fecha no existen largas series de pacientes o ensayos aleatorizados que permitan obtener evidencia científica para concluir si la cirugía combinada presenta mayores tasas de complicación o morbimortalidad, tampoco existe literatura si esta opción quirúrgica debe ser recomendada en los pacientes o por el contrario debemos evitarla, no obstante, nuestra experiencia positiva nos permite concluir que con una selección adecuada de los pacientes, la cirugía combinada de dos o más procedimientos puede ser una opción quirúrgica a tener en cuenta en pacientes seleccionados.

La principal limitación del estudio es la presentación de una serie de casos breve, no obstante, el resultado satisfactorio y la falta de literatura al respecto, nos anima a seguir recogiendo datos de nuestros pacientes para poder obtener mayor evidencia de que la cirugía combinada es una opción factible, con menor índice de complicaciones para el paciente y que nos permitirá evitar riesgos inherentes a nuestros pacientes al someterse a más de una intervención quirúrgica.

Con una selección adecuada de los pacientes estamos ante un recurso seguro, factible y bien aceptado por el paciente con el que podemos mejorar la recuperación postoperatoria, reducir la estancia hospitalaria total, los costes de la cirugía, sin aumentar las tasas de complicaciones, morbimortalidad ni el índice de readmisiones de nuestros pacientes.

Conclusiones

La combinación de dos o múltiples procedimientos abdominales requiere una selección cuidados del paciente para combinar de forma segura estos procedimientos. La cirugía combinada en un mismo tiempo quirúrgico permite evitar incisiones en la piel y reducir los riesgos potenciales de la anestesia múltiple para cada procedimiento, acortar la estancia hospitalaria total y el tiempo quirúrgico total, así como, reducir los costes y la recuperación postoperatoria.

Conflictos de intereses

El autor declara no tener conflictos de interés.

Bibliografía

1. Iljin, A., Antoszewski, B., Durczyski, A., Lewandowicz, E., & Strzelczyk, J. (2016). Long-Term Results of Incisional Hernia Repair with Concomitant Abdominoplasty in Postbariatric Patients. *Polski Przegląd Chirurgiczny/ Polish Journal of Surgery*, 88(3), 147–154.
2. Bailey RW, Zucker KA, Flowers JL, Scovill WA, Graham SM, Imbembo AL (1991) Laparoscopic cholecystectomy: experience with 375 consecutive patients. *Ann Surg* 214: 531–540
3. Abdel, A., & Ibrahim, M. (2017). Simultaneous laparoscopic cholecystectomy with abdominoplasty. *International Surgery Journal International Surgery Journal Ibrahim AAM Int Surg J*, 44(77), 2139–2142.
4. Özgür, F., Aksu, A. E., Özkan, Ö., & Hamaloglu, E. (2002). The advantages of simultaneous abdominoplasty, laparoscopic cholecystectomy, and incisional hernia repair. *European Journal of Plastic Surgery*.
5. Sinno, S., Shah, S., Kenton, K., Brubaker, L., Angelats, J., Vandevender, D., & Cimino, V. (2011). Assessing the Safety and Efficacy of Combined Abdominoplasty and Gynecologic Surgery. *Annals of Plastic Surgery*, 67(3), 272–274.
6. Kryger, Z. B., Dumanian, G. A., & Howard, M. A. (2007). Safety issues in combined gynecologic and plastic surgical procedures. *International Journal of Gynecology & Obstetrics*, 99(3), 257–263.
7. Gemperli, R., Neves, R., Tuma, P., Bonamichi, G., Ferreira, M. and Manders, E. (1992). Abdominoplasty Combined with Other Intraabdominal Procedures. *Annals of Plastic Surgery*, 29(1), pp.18–22
8. Hester TR, Baird W, Bostwick J 3rd, Nahai F, Cukic J. (1989). Abdominoplasty combined with other major surgical procedures: safe or sorry? *Plast Reconstr Surg*;83(6):997-1004.
9. Zinner M, Ashley S. *Maingot's abdominal operations*. 11. USA: McGraw-Hill; 2007.
10. Özgür, F., Aksu, A. E., Özkan, Ö., & Hamaloglu, E. (2002). The advantages of simultaneous abdominoplasty, laparoscopic cholecystectomy, and incisional hernia repair. *European Journal of Plastic Surgery*, 25, 271–274.
11. Grazer FM, Goldwyn RM (1977) Abdominoplasty assessed by survey with emphasis on complications. *Plast Reconstr Surg* 59:513–516
12. Pratt JH, Irons GB (1978) Panniculectomy and abdominoplasty. *Am J Obstet Gynecol* 132:165–168
13. Julian Winocour, Varun Gupta, J. Roberto Ramirez, R. Bruce Shack, & James C. Grotting, K. Kye Higdon, M. (2015). *winocour2015. Plastic and Reconstructive Surgery*, 136, 597e–606e
14. Shull BL, Verheyden CN (1988) Combined plastic and gynecological surgical procedures. *Ann Plast Surg* 20:552–557