

XV Curso Internacional de la Clínica Planas

La obesidad mórbida afecta hoy en día a muchos ciudadanos. Y desde luego, este tipo de obesidad no es sólo una cuestión estética, sino de salud. Ya hemos abordado este problema en otras ocasiones a lo largo de estas páginas de "Salud Estética".

Recordaremos que se trata de individuos que presentan un índice de masa corporal por encima de 40 y las estadísticas advierten que a partir de los 35 de índice, se duplica el riesgo de muerte. Y lo más grave es que la obesidad mórbida cada vez afecta a gente más joven.

M. D. MUNTANÉ

Cirugía plástica, estética y reparadora post-bariátrica

La Asociación de Cirugía Bariátrica Americana, en su encuentro anual en 2005, hizo públicos los datos de un equipo de científicos de la Universidad de Stanford, California, que revelan que el riesgo de padecer enfermedades cardíacas disminuye en los obesos mórbidos que se someten a cirugía. Así que no es extraño que estos individuos se sometan a cirugía bariátrica con el fin de evitar riesgos mayores.

¿Pero qué sucede cuando se adelgaza 30, 60 y hasta 160 Kg? Nos encontramos entonces ante individuos que tienen carnes que cuelgan y piel sobrante que llegan a arrastrar. La cirugía estética postbariátrica responde a estas necesidades.

Hemos confeccionado un dossier sobre este tema con las ponencias presentadas por los doctores Dirk F. Richter, Jean

François Pascal, Fabio Nahas y Ruth Graf en el XV Curso Internacional de Cirugía Plástica, Estética y Reparadora, celebrado en la Clínica Planas de Barcelona en junio 2006 y auspiciado por la Sociedad Española de Cirugía Plástica, Estética y Reparadora (SECPRE) y por la Sociedad Española Medicina Antienvejecimiento y Longevidad (SEMAL).

La Mesa dedicada a Cirugía Postbariátrica estuvo formada por los doctores: Dirk F. Richter, especialista alemán, director del Departamento de Cirugía Plástica del Dreifaltigkeits-Hospital de Wesseling en Alemania, quien habló de "Lifting corporal: problemas y soluciones"; por Jean François Pascal, de Lyon en Francia, autor de numerosas publicaciones y técnicas de cirugía plástica, quien se refirió a "Mastopexia y braquioplastia en pacien-

“La Asociación de Cirugía Bariátrica Americana, en su encuentro anual en 2005, hizo públicos los datos que revelan que el riesgo de padecer enfermedades cardíacas disminuye en los obesos mórbidos que se someten a cirugía.”

tes post-bariátricos” y “Lifting corporal total”; Fabio X. Nahas, de Brasil, especialista en cirugía plástica, miembro de la Academia de Medicina de Sao Paulo y Brasilia, fundador del Programa de Formación y Residencia en Cirugía Plástica del Hospital de Jaragua y consejero del Ministerio de Cultura y Educación de su país, quien trató el tema de “Reconstrucción estética de los glúteos en pacientes post-bariátricos”. Y, finalmente, la doctora Ruth Maria Graf, la única mujer de la mesa, era también brasileña, profesora de Cirugía Plástica del Departamento Federal de la Universidad de Paraná en Brasil, y habló sobre “Lipoabdominoplastia”.

Por la tarde, estos conferenciantes

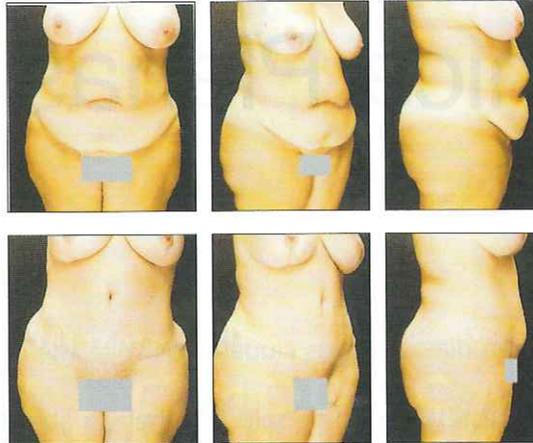
presentaron intervenciones quirúrgicas realizadas en directo y retransmitidas desde el quirófano de la Clínica al auditorio. En estas sesiones había la posibilidad de transmitirles preguntas en directo desde la sala.

Lifting corporal: problemas y soluciones

Como decíamos en el inicio, el aumento notable de la cirugía bariátrica ha hecho ganar popularidad a las técnicas de remodelación corporal después de sufrir esta cirugía. Claro que mientras que la cirugía bariátrica, a pesar de las listas de espera, forma parte de las Seguridad Social de los diferentes países europeos, la cirugía remodeladora postbariátrica, raramente lo hace, y constituye una herramienta de la cirugía plástica privada.

El exceso de piel y tejido blando superficial en nalgas, muslos y tronco, así como en la parte superior de las piernas constituye una evidencia del peso perdido, pero es también un lastre enorme que solventar. Así que el lifting corporal circunferencial o lifting total se ha convertido en el método elegido para tratar a pacientes postbariátricos desde que Ted Lockwood introdujo este sistema.

El XV Curso Internacional de Cirugía Plástica, Estética y Reparadora de la Clínica Planas de Barcelona contempló este tema



Antes (arriba) y después (abajo) de cirugía abdominal y en el pecho a mujer que había adelgazado como consecuencia de una cirugía bariátrica anterior. El sistema de lifting empleado por el Dr. Richter para la abdominoplastia es circular con cicatrices evidentes

En las fotos de la derecha, vista de perfil del antes y después de una paciente del Dr. Richter a quien le fue practicado lifting corporal postbariátrico

desde la perspectiva de importantes cirujanos de reconocimiento mundial.

Inició la sesión de la mañana el doctor Dirk F. Richter sobre el lifting corporal. Combinó en su exposición fotos y vídeo, de manera que pudimos ver los clásicos “antes” y “después”, las cicatrices que dejaban las intervenciones que, en estos casos, son difíciles de solucionar, y además, observamos el manejo de los colgajos durante la intervención de forma que se evidenció su movilidad y estiramiento hacia zonas convenientes.

El conferenciante alemán comentó que en el curso de los últimos diez años se han observado 8 problemas esenciales en relación al lifting

corporal:

- o la duración de la operación
- o las asimetrías que se producían en ellas
- o las dificultades de cicatrización
- o la formación de seromas
- o las cicatrices difíciles de disimular
- o los glúteos salidos
- o ciertas problemáticas del muslo interno
- o el contorno del talle desigual.

El doctor Richter señalaba dos tipos de causas o riesgos trascendentales:

- o el despegar demasiado la masa que hay que mover o estirar
- o y la necesidad de evitar que el paciente pierda demasiada sangre.

En estas cuestiones coincidiría asimismo el conferenciante francés, Dr. Jean François Pascal, advirtiendo ambos que la solución pasa por la utilización de bisturí cauterizante.

El doctor Richter hacía hincapié en la necesidad de tomar medidas para ser exacto en la simetría de ambos lados y en poner al paciente de lado para observar bien la presión de la zona, cuyos puntos de descarga utilizaría para las cicatrices. De manera que éstas tendrían la forma de la cintura algo baja y más baja de

“

frente y de espalda que de los lados en donde la circunferencia tiende a subir. En cuanto a las cicatrices de las piernas, éstas son verticales en el sentido de una especie de cremallera a ambos lados de las piernas y también en la parte interior en casos graves.

“En una visión frontal de los despegamientos, hay que trabajar con una relajación de la piel en la zona superior y liberar la zona de adherencias conservando los vasos. Hay que vigilar las perforantes que hay que conservar”, observaba el doctor Richter.

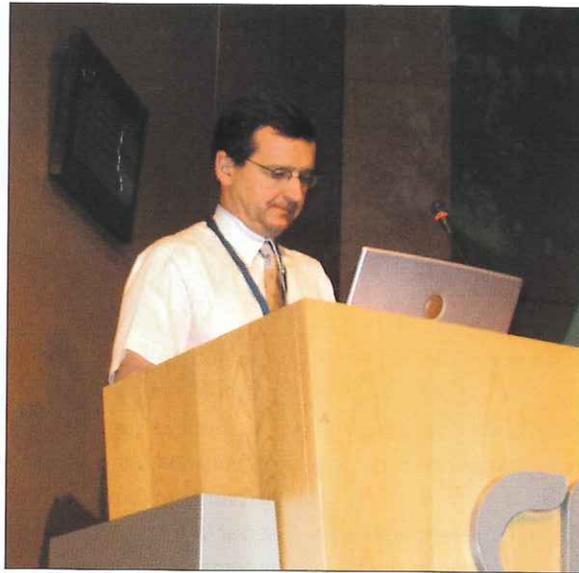
“Es evidente, añadía, que hay que advertir al paciente que va a conservar las cicatrices el resto de su vida. Porque, indiscutiblemente, las cicatrices son visibles. Y hay que decirselo”.

“En cuanto a los posibles problemas y complicaciones, el ponente concretaba la posibilidad de complicaciones en las cicatrices debido a granuloma, o a que podía darse debido a demasiada movilización o excesivo despegamiento de la masa operada. Otra de las complicaciones aludida fue la necesidad de transfusiones de los pacientes por problemas en el riego sanguíneo”.

A la pregunta, en el posterior coloquio, de si utilizaba auto-transfusiones, el conferenciante afirmaba que sí que el paciente se convertía en dador unos meses antes de su intervención para autoabastecerse.

La fascia superficial

Otra de las premisas del doctor Richter era subir la fascia superficial “que se puede estirar mucho”, según sus palabras, y suturar fuertemente por dentro esta subida. Y advertía que era necesario reutilizar el tejido en lugar de desecharlo, usándolo para reconstruir las nalgas, que en este tipo de pacientes suelen estar caídas como consecuencia de la pérdida de 40 a 70 Kg. de peso. “Y el mayor problema”, advertía de nuevo: “impedir que se formen seromas, que se producen si no hay control de la homeostasis. Y para prevenirlos, yo utilizo el bisturí eléctrico o



Jean François Pascal.

”

ultrasónico, como el de Baroudi con ultracisión, porque hay que evitar la desnaturalización de las proteínas, y desde luego, drenaje. Y aconsejo prendas de compresión a las dos o tres semanas de la intervención”.

Planificación o proyección de la intervención

o Resecar el tejido para obtener una buena envoltura cutánea

o Dejar la grasa cutánea intacta
o No eliminar tejido, sino restaurarlo y recolocararlo, en particular en la región glútea

o En la zona de la espalda, no despegar esta zona. “Si se hace”, advertía, “hay problemas”.

Luego añadía el ponente alemán que su equipo utiliza esta técnica recombinaada desde 1999 y que en su departamento la han utilizado hasta en pacientes que han llegado a perder 160 Kg.

Muslos inferiores. En la elevación de los muslos inferiores, la elevación de los colgajos es vertical y horizontal con liposucción previa, con una buena fijación interna arriba para conseguir la máxima tensión.

Abdominoplastia. En el arreglo de la parte delantera o abdominoplastia, el doctor Richter dijo utilizar la técnica Pull-sting, evitando el levantamiento vertical para que no hubiera un desplazamiento de la vulva o de su sensibilidad, “porque si no, el mons pubis se va hacia arriba después de la abdominoplastia. El truco es echar el tejido sobrante hacia adentro”.

Por tanto, dijo realizar un lifting vertical con algo de rotación “maniobrando la piel y rotando hacia arriba manipulando el tejido. Pero con gran atención a los vasos linfáticos y con poca profundidad en la incisión, para evitar topar con ellos, haciendo un arduo seguimiento de los superficiales para no dañarlos, realizando una fijación de la piel abdominal y suturando sin tensión, pero manipulando hacia arriba y hacia afuera reconstruyendo la fascia”.

Enseñaba los resultados y el proceso de la manipulación quirúrgica en un paciente que había perdido 160 Kg.

“Entre las posibles complicaciones el Dr. Richter se refería al granuloma que podía darse debido a demasiada movilización o excesivo despegamiento de la masa operada y la necesidad de evitar que el paciente pierda demasiada sangre.”

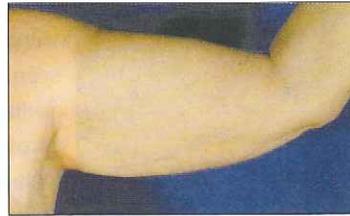
Posibles complicaciones

- Transfusiones (un 15 por 100 de los pacientes las necesitan)
- Cicatrices que no cierran bien

- Seromas. “No son frecuentes. Pero es necesario advertirlos, por si acaso”.

- Otras posibles complicaciones son las derivadas de la gastroplastía sufrida anteriormente por el paciente. Son individuos que presentan malnutrición y por tanto, estas intervenciones no pueden hacerse enseguida, sino después de no menos de uno o dos años de la gastroplastía.

- En cuanto al postoperatorio, advertía el conferenciante, son pacientes de riesgo que se han de levantar el primer día de la intervención en prevención de tromboembolismo, a pesar de estar medicados contra ello en posologías adaptadas al peso.



Antes y después de lifting.



Resumen de actuaciones

- o Liposucción
- o Abdominoplastia
- o Lifting corporal

Braquioplastia

La Braquioplastia fue tratada por el doctor Jean François Pascal, quien abrió su alocución advirtiendo que él procedía de Lyon, que era una zona francesa de buena comida y buenos vinos, con lo cual había mucha gente con obesidad.

El doctor Jean François Pascal es profesor internacional en todos los grandes encuentros mundiales de cirugía de la remodelación corporal. Es autor de diversas publicaciones, entre ellas dos libros de técnicas quirúrgicas: “Lifting interno del muslo (Inner thigh lift)”, “Cirugía Plástica tras una gran pérdida de peso (Plastic Surgery after massive weight loss)”, y numerosos artículos al respecto en revistas especializadas de prestigio mundial.

La braquioplastia es una operación poco frecuente para el cirujano. Existen dos tipos de técnica:

la técnica axilar, que tiene demasiada poca acción

la técnica vertical, que deja una cicatriz demasiado visible

Tras analizar distintas lesiones, el doctor Pascal proponía algunas mejoras a estos clásicos procedimientos. Los objetivos que se planteaba eran:

o mejorar la cicatriz
o eliminar las grandes complicaciones como la linforrea y el edema de todo el brazo.

La técnica que presentó fue la vertical, con unos puntos innovadores:

- un marcaje más efectivo

- ningún tipo de hundimiento, que se evita con la liposucción previa a la intervención

- una nueva suspensión que reduce la tensión en la cicatriz y proporciona una más rápida curación.

La primera premisa del doctor Pascal fue la necesidad de preservar la total movilidad del brazo, de 180 grados. La segunda, la toma de medidas de anchura y longitud, de manera que era preciso calcular la proporción adecuada que debía tener ese brazo, una vez operado. Y de nuevo advertía que la zona axilar del brazo era una zona de gran concurrencia de vasos y ganglios linfáticos que había que preservar para evitar problemas. “Y si se corta en ellos”, advertía seriamente, “seguro que tendremos seroma con grave riesgo”. Otra gran advertencia era la de preservar los nervios y no despegar demasiado los tejidos “porque en esta zona son muy movibles”.

En resumen, tres reglas básicas:

- no despegar demasiado porque se producen seromas y problemas de cicatrización
- buenas suturas internas absorbibles
- buen marcado de la incisión

A las que añadía:

- cálculo de la anchura máxima de la resección
- y la cicatriz en el triángulo axilar para que quede escondida
- Zetaplastia clásica recomendada con sutura compresiva
- Liposucción recomendada, porque es muy importante
- Bajo la zona reseçada, se deja la piel
- Luego, se obtiene esta zona hundida en la que como se han eliminado los adipocitos, no hace falta drenaje.
- Amplia resección
- Y sutura

Y advertía que en algunos casos había sido necesario quitar hasta 1 Kg. de grasa de cada brazo en la liposucción precedente a la intervención. Y de nuevo añadía: “cuanto más grave es el caso, menos despegamiento, porque tendrán problemas. Cuanto más

“ El doctor Richter señalaba la necesidad de advertir al paciente de que va a conservar las cicatrices el resto de su vida. El profesor Jean François Pascal señalaba que la braquioplastia es una operación poco frecuente para el cirujano. ”

despegamiento, mayor pérdida de sangre. Yo elimino piel y mantengo dermis. No hago la desepitelización porque se pierde mucha sangre”.

De nuevo resumía: “No olviden, antes de la liposucción, la prueba del pellizco para buscar el punto B de la axila. Hay que ir pellizcando y hacer una estimación personal. La liposucción es agresiva, pero es necesaria porque se salva la zona y permite no tener que hacer drenaje, ya que quita la grasa de la zona reseçada. Incisión superficial (piel, dermis, epidermis). Yo sólo elimino la piel de la zona reseçada. Y atención a los ganglios linfáticos superficiales”.



Jean François Pascal.

Lifting crural concéntrico medial (glúteos)

El doctor Jean François Pascal habló asimismo de lifting corporal en personas que han sufrido una cirugía bariátrica. Y empezó su alocución hablando de la intervención en la zona de los glúteos, la cual precisaba, a su criterio, de un buen marcaje de las incisiones.

“Yo les pido que se pongan ropa interior para hacer coincidir las cicatrices con la forma de esta ropa. Pellizco la primera vez para determinar el punto de incisión. Y el segundo pellizco es para estimar el ancho posterior de resección. Y marco moviendo lateralmente. El tercer pellizco lateral determina algo muy importante: el punto del ancho mínimo de resección”.

A menudo, los cirujanos plásticos tienen que realizar liftings de muslo horizontales porque la piel de esta área tiene poca elasticidad, causada por el exceso de piel y también por el depósito superior de grasa. Estos excesos de piel y grasa producen irritación e incluso problemas funcionales. Por ello, se trata de una operación que gusta poco a los cirujanos, por su justificada mala reputación. Obviamente, se trata de una área difícil de tra-

tar debido a muchos efectos secundarios (dificultades para la curación, desplazamiento de la cicatriz, necrosis, efusiones y dolor) y resultados poco fiables.

El doctor Pascal proponía una nueva manera de pensar para aligerar esta operación y ser capaces de usarla con más frecuencia.

Esta técnica horizontal, aseguraba, presenta varios puntos innovadores muy importantes:

- 1.- Una nueva línea de incisión que va por detrás de la nalga y nunca desciende al pliegue de la nalga.
- 2.- Ningún surco en absoluto, incluso en el área operada. La liposucción es la clave para evitar los hundimientos. Se realiza en todo el muslo pero sobre todo en el área de disección, donde tiene que ser eliminada toda la grasa, lo cual permite la cicatrización sin drenaje.
- 3.- La disección quita sólo las capas de la piel (la epidermis y la dermis) y

no quita el tejido liposucionado, que es muy fino. Como consecuencia, todos los ganglios linfáticos y demás vasos sanguíneos quedan preservados y el proceso de curación es más rápido y fácil. Además, no existen espacios muertos y ni riesgo de efusión.

4.- La dirección del estirado de piel es concéntrica hacia el pubis. Como consecuencia, el tamaño de la cicatriz se acorta tanto de frente como en la parte trasera.

5.- Las suturas en ancho (Ted Lockwood) tiran de la piel sin surcos, disminuyendo drásticamente el riesgo de necrosis.

Body lifting de alta tensión o alta tensión superior en la abdominoplastia

Bajo este epígrafe, el doctor Pascal explicaba el proceso de una abdominoplastia tal como él la realizaba, de modo que su técnica, siendo esencialmente la habitual, marcaba ciertos puntos especiales.

“La abdominoplastia estándar no permite una disección suficiente de la piel, y el cirujano tiene que realizar una vertical bajo

“ El Dr. Pascal advertía que la zona axilar del brazo es de gran concurrencia de vasos y ganglios linfáticos, que había que preservar para evitar problemas, al igual que los nervios, y no despegar demasiado los tejidos. ”

la cicatriz a nivel infraumbilical para reducir la tensión epigástrica.

El profesor Pascal señalaba con precisión los puntos de marcado de la incisión. El primero respondía al primer pellizco que situaba en la parte superior del abdomen, junto bajo la cintura. El segundo pellizco lo precisaba en la parte inferior del abdomen, justo sobre el pubis. Y el tercero, de lado, justo encima de la cadera. Con estos puntos ya marcados y con la ropa interior colocada luego, el doctor Pascal trazaba las líneas de incisión y dibujaba dentro de éstas las zonas de resección en forma de trapecio triangular.

Señalaba que deja 7 cm. entre la vulva y la incisión

para preservar la zona sensible. Y que coloca 6 suturas reabsorbibles en la fascia superficial para precisar la tensión de la zona y asegurar la no caída del tejido.

A continuación señalaba que para evitar efusiones o derrames hay que evitar despegamiento “y si hubiera que hacerlo”, precisaba, “se cierra el espacio con suturas de Barody, respetando siempre los vasos linfáticos”. Y añadía que no colocaba drenajes al no haber adipocitos, eliminados en la liposucción previa.

En lo que se refiere a la tensión para rehacer las nalgas, el doctor Pascal señalaba: “colocar el tejido adiposo de la cadera en la nalga. Se mueve y se desplaza hacia la nalga con una cierta desepitelización de la zona, aunque muy poca para evitar el sangrado. Se hace el anclaje del colgajo y se recupera la forma de la nalga. Hay que tomar medidas, una vez realizado un lado, porque la simetría es importante”.

“Después de una pérdida masiva de peso, decía, la nalga cuelga y prácticamente desaparece. Y hay que rehacerla con un colgajo



Dirk F. Richter.

sacado de otro sitio. Yo creo una especie de bolsa en la zona. Diseco la parte media y superior y la doblo sobre sí misma y la coloco para dar volumen. Luego, para que la piel quede tirante: buenas suturas internas con hilo absorbible, no menos de 6 puntos a tres niveles distintos, que soporten y dividan la tensión y una buena suspensión lateral con tirado directo y cerrado del espacio muerto. Y para tener un buen apretado, podemos reducir anchura”.

Entre las recomendaciones:

- usar cauterio, no bisturí, para ahorrar sangrado evitando pérdida de hematíes
- ahorrar sangre en todo momento: máxima cauterización

- hemostasia
- infiltraciones en la liposucciones
- y en la dermis, con epinefrina
- antes de cortar, infiltrar
- despegamiento de no más de 2 cm. para evitar la aparición de hoyuelos
- ganglios linfáticos hacia abajo
- comprobar que las suturas internas aguanten: suturas Quilting (de colchonero)
- autotransfusiones si son necesarias (hacer previsiones)

Aunque la abdominoplastia ha sido una operación rutinaria, el aumento de la demanda, debido a la cirugía bariátrica ha hecho que evolucione y ofrezca una mejora de las técnicas.

“Porque, finalmente”, precisaba, “una acumulación hemática o linfática no es, obviamente deseable, y puede conducirnos a un desastre estético. Por estas razones, los cirujanos necesitamos más que nunca una técnica fiable que se adapte a estas distintas situaciones”.