

Reubicación estética del ombligo, al rotar un colgajo TRAM para reconstrucción mamaria

Antonio Fuente del Campo,¹ Tamara Raveh,² Christopher B Gordon³

RESUMEN

En el presente trabajo se describe un método simple para reubicar el ombligo en los casos de plicatura abdominal unilateral, debida a la creación y rotación de un colgajo TRAM. El ombligo es desplazado a lo largo de una incisión hecha en la aponeurosis anterior del músculo recto abdominal contralateral. Este procedimiento mantiene el ombligo estable, sin estenosis y evita la formación de cicatrices hipertróficas a su alrededor, como ocurre con otros métodos. Aunque se podría suponer que este procedimiento debilitaría la musculatura abdominal contralateral, hemos observado que nuestros pacientes tienen resistencia abdominal normal, pueden realizar abdominales y ejercicio en general sin manifestar áreas de debilidad en la pared abdominal.

Palabras clave: Reubicación, ombligo, colgajo TRAM.

El ombligo, estructura estética del abdomen es considerado punto de referencia y símbolo de belleza y sensualidad. Restaurar su estructura y ubicación es parte de cualquier operación de la pared abdominal, incluyendo la realización de un colgajo abdominal transverso dermo-graso con pedículo en el músculo recto del abdomen (TRAM), para la reconstrucción de la mama. Después de cualquier operación quirúrgica

ABSTRACT

In this paper a new method of umbilical repositioning by incising the anterior rectus sheath and rectus abdominis muscle is reported for cases of unilateral abdominal wall plication during the TRAM flap operation. This method keeps the umbilicus stable and nonstenotic, and it avoid hypertrophic scars, which result from other techniques such as direct suturing to the skin. Although it is possible to suppose that this method might weaken contralateral muscle activity, the patients we operated on maintained their ability to perform sit-ups, and no periumbilical or abdominal weakening was noticed.

Key words: Repositioning, umbilical, TRAM flap.

que involucre esta estructura, es deseable conservar un ombligo estético, con aspecto y ubicación adecuados. Esto plantea algunas dudas técnicas de cómo reconstruir o preservar y reposicionar estéticamente el ombligo original.

Después de disecar y levantar un colgajo TRAM, al cerrar la aponeurosis del área donadora del músculo recto abdominal, el ombligo junto con las estructuras de la pared abdominal, son generalmente desplazados lateralmente, quedando fuera de su posición original en la línea media. Las opciones para centralizar el ombligo incluyen, la amplia liberación de los tejidos remanentes en el área donadora, plicaturas de la aponeurosis anterior del músculo recto abdominal contra-lateral, la colocación de un injerto o implante mallado en el lado afectado, la resección del ombligo original con formación de uno nuevo^{1,2} etc., sin embargo estos métodos tienen limitaciones.

En nuestra experiencia hemos empleado la transposición horizontal del ombligo original para reubicarlo

¹ Médico Adjunto e Investigador B de Cirugía Plástica y Craneofacial en la Dirección de Investigación del Hospital General "Dr. Manuel Gea González", miembro de la Clínica de Cirugía Craneofacial del Hospital Infantil "Federico Gómez", México, D.F.

² Cirujana Plástica, Tel Aviv, Israel.

³ Cirujano Plástico, Pittsburgh, USA.

Correspondencia:

Dr. Antonio Fuente del Campo
Círculo Empresarial No. 8, L 4, 4º piso
Interlomas, Huixquilucan, Edo. de México 52760

Dirección postal: CAP Interlomas No. 26, México 52786, D.F.

en la línea media, en aquellos casos en que no es necesario corregir asimetría muscular o diastasis.

En el presente trabajo describimos este procedimiento por considerarlo un método simple, rápido y efectivo.

TÉCNICA QUIRÚRGICA

Antes de elevar el colgajo abdominal transverso (dermo-graso), debe marcarse el sitio deseado para la reubicación del ombligo. Después de elevado y rotado el colgajo, se reconstruye la zona donadora mediante cierre directo unilateral de la aponeurosis residual del músculo recto (*Figura 1*). Enseguida se hace una incisión horizontal en la hoja anterior de la aponeurosis del músculo recto anterior contralateral, cuya longitud puede variar de los tres a cinco centímetros dependiendo del caso. Se diseña el ombligo ampliamente hasta su base para proporcionarle un pedículo, tan largo como sea posible y se desplaza a lo largo de la incisión hecha en la aponeurosis hasta llegar a la línea media (*Figura 2*). A continuación el resto de esta incisión horizontal de la aponeurosis y el músculo son reparados mediante sutura reabsorbible de larga duración. El resultado es un ombligo centralizado que conserva su ubicación y forma originales (*Figuras 3 y 4*).

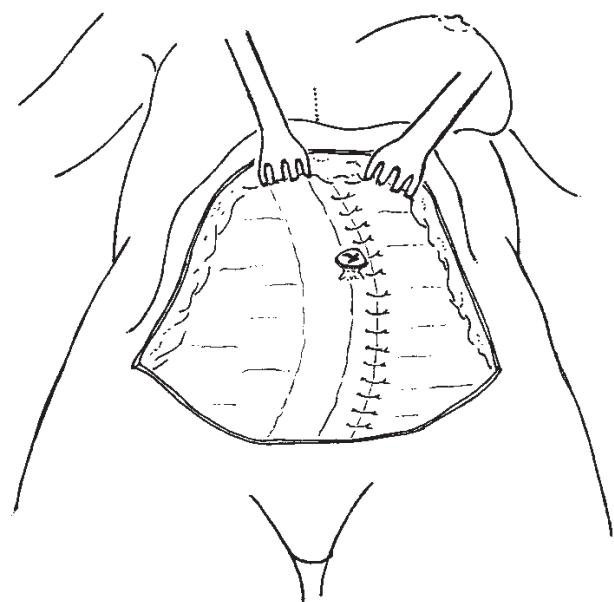


Figura 1. Cierre directo unilateral de la aponeurosis residual del músculo recto anterior. Ombligo excéntrico.



Figura 2. Reubicación del ombligo por incisión transversa en la hoja anterior del músculo recto anterior contralateral.

DISCUSIÓN

La transposición umbilical ha sido descrita en diversas operaciones como las realizadas para gasterosquisis, exotrofia de la vejiga, onfalocele e infecciones crónicas del ombligo.^{3,4} Algunos de estos procedimientos describen el desplazamiento junto con sus vasos, a manera de un colgajo axial. Esta amplitud de desplazamiento no es necesaria en el caso de un colgajo TRAM, que permite hacer una transposición extraperitoneal.

Existen dos limitantes para este método: el ombligo no debe ser desplazado más de la longitud de su pedículo, para evitar que se necrose o traccione lateralmente distorsionando la pared abdominal y la longitud de la incisión en la aponeurosis del músculo recto abdominal contralateral no debe rebasar su tercio medial, para evitar afectar su inervación y circulación.

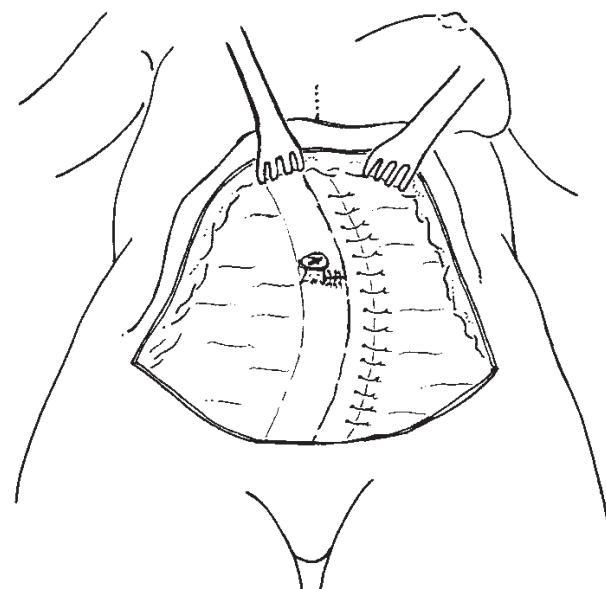


Figura 3. Ombligo centralizado.



Figura 4a. Paciente femenina con mastectomía con ombligo centralizado.

Éste es un procedimiento de fácil realización que permite obtener resultados más estéticos y funcionales.

REFERENCIAS

1. Hartrampf CR. The transverse abdominal island flap for breast reconstruction: A 7 year experience. *Clin Plast Surg* 1988; 15: 703.
2. Dinner MI, Dowden RV, Scheflan M. Refinements in the use of



Figura 4b. Paciente femenina con mastoplastía y con ombligo centralizado

transverse abdominal island flap for postmastectomy reconstruction. *Ann Plast Surg* 1983; 11: 362.

3. Dewan PA. Umbilical transposition in neonates with bladder extrophy. *Br J Urol* 1995; 76: 797.
4. Lim TC, Tan WTI. Managing the umbilicus during abdominoplasty. *Plast Reconstr Surg* 1996; 98: 1113.
5. Hammond DC, Larson DI, Severinac RN et al. Rectus abdominis muscle innervation: Implication for TRAM flap elevation. *Plast Reconstr Surg* 1995; 96: 105.