

Multimed 2013; 17(4)
OCTUBRE-DICIEMBRE

ARTÍCULO ORIGINAL

Dermolipectomia abdominal asociada con herniorrafia incisional. Enero 2010 –julio 2012.

Abdominal dermolipectomy associated with incisional herniorrafy. Carlos Manuel de Céspedes hospital. January 2010-July 2012.

Ciro Braulio Estrada García.

Especialista de primer grado en Medicina General Integral y en Cirugía Reconstructiva y Caumatología. Máster en Urgencia y Emergencias Médicas. Asistente. Hospital Provincial Universitario Carlos Manuel de Céspedes.

RESUMEN

Las deformidades de la pared abdominal son frecuentes pues causan serios trastornos estéticos funcionales y psicológicos en nuestro medio y constituyen motivo de consulta en los servicios de Cirugía Plástica y Cirugía General, en los pacientes que la padecen. Se realizó un estudio descriptivo prospectivo para de describir la evolución de la dermolipectomía abdominal asociada con herniorrafia incisional en el hospital Carlos Manuel de Céspedes, municipio Bayamo – Granma, durante el periodo comprendido desde enero de 2010 hasta julio de 2012. Se incluyeron a los 67 pacientes que presentaron vientre péndulo y hernia incisional que asistieron a las consultas de cirugía plástica y cirugía general de dicho hospital. La información se obtuvo a través de las historias clínicas individuales, protocolos de anestesia e informes operatorios. No existieron limitaciones para el estudio. El procesamiento de la información incluyó el cálculo de porcentajes para las variables utilizadas. Predominaron las edades entre 30 y 39 años, el sexo más afectado fue el femenino, el dolor bajo vientre fue el síntoma más referido por los pacientes, el anillo herniario grande y el vientre péndulo fueron las deformidades de la pared abdominal y de la hernia que más incidieron. Sólo 11 pacientes presentaron alguna complicación postoperatoria y el resultado estético final evaluado a los 6 meses arrojó el mayor resultado hacia la buena evolución. El comportamiento fue similar al resto del país y a otros lugares del mundo.

Descriptores DeCS: LIPECTOMIA; HERNIA VENTRAL/cirugía

ABSTRACT

The abdominal wall deformities are frequent because they cause serious aesthetical, functional and psychological disorders in our environment and they are a consulting reason in the services of Plastic and General Surgery. It was performed a descriptive and prospective research to describe the evolution of the abdominal dermolipectomy associated to the incisional herniorraphy at Carlos Manuel de Cespedes Hospital in Bayamo during the period January 2010 to July 2012. There were included the 67 patients that came to the consult presenting pendulum abdomen and incisional hernia. The information was obtained checking the clinical antecedents, anesthesia protocol and surgery report of these patients. It did not exist limitations for the study. The processing of the information was estimated by percentage of the applied variables. It prevailed the age between 30 to 39 years old patients and females were the most affected. The pain of back abdomen was the mostly referred symptom by patients and a big herniary ring and pendulum abdomen were the abdominal wall deformities. Only 11 patients presented post surgery complications and the final esthetics results evaluated after 6 months demonstrated the best result and good evolution. The behavior was similar in the rest of the country and in the whole world.

Subject headings: LIPECTOMY; HERNIA VENTRAL/surgery

INTRODUCCIÓN

Las deformidades de la pared abdominal son frecuentes en nuestro medio por lo que constituyen motivo de consulta de los pacientes que la padecen en los servicios de Cirugía Plástica y Cirugía General. Estas causan serios trastornos estéticos, funcionales y psicológicos en los mismos; de ahí las múltiples clasificaciones que se han utilizado al respecto como la de Gonzáles Ulloa, Sheldon y Lewis.¹⁻⁴

Las descripciones de la forma corporal o de la pared abdominal pueden resultar de utilidad para la categorización de los pacientes, en términos generales tiene una aplicación clínica limitada. Hasta el momento no se cuenta con un esquema universal para la clasificación de las deformidades abdominales, aunque muchos cirujanos coinciden en que la pared abdominal debe ser vista en término de los elementos que la componen: grasa, piel y músculos. Se puede deducir que la tetrada deformante de la pared abdominal esta constituida por la obesidad, distensión intestinal, la gravitación y la diastasis muscular.⁵⁻⁷

En estudios anteriores se ha visto que el vientre péndulo y globoso afecta generalmente al sexo femenino aunque puede afectar a los hombres también.⁸⁻¹⁰

El carácter típico del vientre péndulo es que se desarrolla en personas obesas cuyos tegumentos están flácidos después de uno o más tratamientos para adelgazar los que pueden haber hecho desaparecer parte de la grasa subcutánea, pero que no han logrado ningún cambio en la parte declive del pliegue, aunque también pueden presentarse algunas veces en individuos delgados.¹¹

Como podemos ver existen múltiples factores que causan enfermedades y procesos que alteran el balance fisiológico del organismo, los cuales también pueden alterar la forma del abdomen hasta que lo convierta en desagradable para la persona, cause dificultades para la higiene corporal normal o para el desarrollo de otros tipos de actividades; por lo tanto la idea de reconstruir las deformidades de los tejidos, corregir las distorsiones corporales congénitas o adquiridas, así como el deseo de mejorar los defectos de la forma humana, con posibilidad de estabilizar la integridad emocional y social del individuo, probablemente sean tan antiguas como las civilizaciones.¹²

La abdominoplastia fue descrita por primera vez por Dermars y Marx en 1890, aunque otros autores se la atribuyen a Kelly en 1889.¹³ Durante los siguientes 50 años este procedimiento y muchas variaciones de la incisión abdominal descritas se reservaron para casos funcionales y en realidad eran paniculectomías. Tendencias sociales hacia mayor concienciación del cuerpo y trajes de playa más pequeños promovieron las abdominoplastias por razones cosméticas. No fue hasta la segunda mitad del siglo XX, a finales de la década de los años 60 cuando emergió el concepto de abdominoplastia estética.^{14,15}

Las técnicas quirúrgicas de forma general las podemos clasificar en tres grupos: las técnicas de incisión vertical, las de incisión horizontal y las mixtas. Todos estos grupos han sufrido modificaciones manteniéndose en la actualidad las ventajas de cada uno de ellos. Las más utilizadas ahora son las que la cicatriz postoperatoria está localizada de forma horizontal; casos graves requieren incisiones mixtas y ocasionalmente se usan incisión vertical.¹⁶⁻¹⁹

Las combinaciones de abdominoplastia y otras cirugías han sido elogiadas y criticadas simultáneamente y así encontramos quienes son fieles defensores y exageran su indicación y otros que son detractores radicales.^{20,21}

Las asociaciones quirúrgicas de gran amplitud surgieron en la década de los años 70 con mejoría de las condiciones técnicas e instrumentales y del propio conocimiento médico, posibilitaron someter a los pacientes a procedimientos quirúrgicos más prolongados sin riesgos considerables.²²⁻²⁴

En el hospital Carlos Manuel de Céspedes del municipio Bayamo –Granma desde el año 1995 se comenzó a practicar la asociación de estos procedimientos quirúrgicos por lo que teniendo en cuenta las disímiles controversias que existen sobre este tema nos propusimos la realización de este trabajo como un pequeña contribución al estudio de

esta temática, describiendo la evolución de pacientes operados con la técnica quirúrgica combinada de dermolipectomía abdominal y herniorrafia incisional.

MÉTODO

Se realizó un estudio descriptivo prospectivo donde se asoció en un mismo tiempo quirúrgico la dermolipectomía abdominal con la herniorrafia incisional en 67 pacientes que asistieron a las consultas de Cirugía General y Cirugía Plástica del hospital Carlos Manuel de Céspedes del municipio Bayamo – Granma, durante el periodo comprendido desde enero de 2010 hasta julio de 2012.

Se incluyeron libremente en el estudio los 67 pacientes que asistieron a las consultas que presentaron abdomen péndulo y hernia incisional.

Se excluyeron del estudio los pacientes portadores de neoplasias malignas, adenoma prostático, trastornos inmunológicos o de la cicatrización, enfermedades dermatológicas agudas y crónicas así como los que tenían algún proceso inflamatorio agudo o crónico.

Las variables estudiadas se analizaron de la siguiente forma: Edad se distribuyeron por los siguientes intervalos de clases de 20 a 29 años, 30 a 39 años, 40 a 49 años, 50 años y más; el sexo (masculino y femenino); el tipo de incisión en la operación previa supraumbilical e infraumbilical; los síntomas referidos se clasificaron en sentimientos de inferioridad, dolores lumbares, dolor bajo vientre, dolor en miembros inferiores, dificultad en los movimientos corporales; los signos de la deformidad de la pared abdominal se clasificaron según Lewis: Vientre péndulo (cuando presenta acumulación de grasa en el abdomen inferior y alrededor del ombligo y la piel abdominal puede replegarse sobre el pubis), vientre globoso (cuando el vientre es redondo con distensión generalizada y exista una cantidad variable en el tejido subcutáneo y la principal queja sea la falta de moldeamiento con una cintura ancha) y vientre flácido (cuando tiene una mínima cantidad de grasa con laxitud del sistema músculo aponeurótico o sin ella pero la piel es redundante y arrugada). La hernia incisional se clasificó en pequeña (cuando el anillo herniario fue menor o igual a 5cm de diámetro), mediana (cuando el anillo herniario sea de 6 a 10cm de diámetro) y grande (cuando el anillo herniario sea mayor de 10 cm). Las complicaciones postoperatorias se dividieron en inmediatas (en las primeras 24 horas), mediatas (entre el 2º y 3º días) y tardías (después de 4º día). Se consideraron las siguientes complicaciones: Hematoma, necrosis de la piel, cicatriz hipertrófica, necrosis grasa, necrosis parcial del ombligo.

Para la evaluación del resultado final de la técnica quirúrgica combinada, a los 6 meses se operacionalizó de la siguiente manera:

Durante las visitas postoperatorias se valoró clínicamente la desaparición de los síntomas preoperatorios, el resultado estético y el impacto psicológico que el mismo

había tenido en los pacientes; así como el estado de satisfacción de los pacientes con su intervención quirúrgica.

El método de evaluación fue el siguiente: Bueno (cicatriz plana, abdomen simétrico, posición adecuada del ombligo, tamaño adecuado del ombligo (diámetro entre 1.5 y 2 cm), cicatriz umbilical poco o nada visible; malo (cicatriz queloidea, asimetría del abdomen, ausencia del ombligo por necrosis total de su pedículo, localización inadecuada del nuevo orificio umbilical, herniación del pedículo umbilical); regular (los criterios buenos asociados a un criterio malo, procedimiento de campo, preoperatorio). La valoración preoperatoria comenzó con la realización de la historia clínica y un examen físico completo y exhaustivo. Se realizaron exámenes de laboratorio a todos los pacientes que incluyeron: hemograma completo, coagulograma completo, eritrosedimentación, glicemia, creatinina, grupo sanguíneo y factor Rh, y a los pacientes mayores de 40 años se le realizó electrocardiograma y rayos X de tórax.

A los pacientes fumadores se les solicitó suspender el consumo de cigarrillos 10 días antes de la cirugía, explicándoles el riesgo de presentar necrosis de la piel. También se suspendieron dos semanas antes todos los tratamientos que contenían aspirina y anticonceptivos orales destacando en primer lugar la posibilidad de hemorragias y trombosis postoperatorias. Los que recibían inhibidores de la enzima monoaminoxidasa (IMAO) y antidepresivos, también interrumpieron su uso durante este periodo, dada la posibilidad de que estos interfirieran en el metabolismo de los tranquilizantes barbitúricos y narcóticos que podrían ser administrados durante la anestesia.

Se solicitó la confección de una faja abdominal a cada paciente que serviría como aditamento de presoterapia en el postoperatorio.

El ingreso hospitalario se realizó el día previo a la intervención quirúrgica durante el cual se llevó a cabo la evaluación anestésica preoperatoria.

El día antes de la operación se hicieron indicaciones habituales del preoperatorio inmediato, además se utilizó antibióticoterapia profiláctica de preferencia con cefazolina.

Técnicas quirúrgicas

Con la paciente de pie se evaluó el grado de flacidez y protrusión de la pared abdominal, así como las áreas que más molestias le causaban; de esta manera se determinó la técnica de abdominoplastia. En los casos que presentaban gran protrusión y cicatrices a nivel del hemiabdomen superior se consideró la técnica de Schepelmann, además, la técnica de Pitanguy, así como, en algunos casos se combinaron ambas técnicas.⁸

Postoperatorio

La evolución y tratamiento postoperatorio fueron usuales de todo paciente operado. Los pacientes en los cuales se aplicó la técnica de Pitanguy mantuvieron semiflexión del tronco durante las primeras 72 horas.

La deambulaci3n se inici3 precozmente entre las 12 y 48 horas, los puntos separados se retiraron a los 7 d3as y los intrad3rmicos entre los 15 y 21 d3as.

La faja abdominal se utiliz3 de forma permanente durante 30 d3as, retir3ndola solo en el momento de la curaci3n y del aseo personal diario.

Los pacientes fueron valorados cl3nicamente en sala o en consulta externa en los siguientes momentos del postoperatorio: Diariamente durante la primera semana, cada dos d3as durante las siguientes dos semanas y al mes, a los 3 meses y 6 meses de operados.

Esta frecuencia pudo variar ante la aparici3n de alguna complicaci3n o dificultad imprevista. El seguimiento se realiz3 por personal de Ciruj3a General y Ciruj3a Pl3stica.

Se cont3 con el consentimiento oral y escrito de los pacientes, para lo cual se confeccion3 una planilla. A cada paciente se le inform3 durante el preoperatorio acerca del procedimiento a los que se someter3an, la estadia hospitalaria, y las molestias que podr3an presentar; tambi3n se les mencionaron las posibles complicaciones. Adem3s se mantuvo la confidencialidad de los datos recogidos en las entrevistas.

Los pacientes estuvieron conscientes de todos los problemas potenciales que podr3an presentarse y con expectativas realistas, estuvieron de acuerdo a someterse a las intervenciones quir3rgicas programadas.

La informaci3n se obtuvo a trav3s de historia cl3nica individual, informe operatorio, protocolo de anestesia.

Los datos obtenidos a trav3s de los registros utilizados se agruparon en una planilla de recolecci3n de datos que se elabor3 para facilitar la confecci3n de la base de datos y el an3lisis de los mismos.

Para el an3lisis de los resultados se utilizaron frecuencia y porcentajes como medidas de resumen. Los resultados se presentaron en tablas y gr3ficos. Se confeccion3 un informe final con el procesador de texto Microsoft Word y el procesador de bases de datos en Microsoft Excel.

RESULTADOS

En la tabla 1 se muestra la distribuci3n de pacientes portadores de hernia incisional y vientre p3ndulo seg3n sexo y edad, donde podemos observar que el grupo de edad que predomin3 fue el 30 a 39 a3os con 23 (34.3%) pacientes, seguido de los grupos

de de 40 a 49 años y de 50 y más años con 19 y 13 pacientes que representan 28.3% y 18%, respectivamente. El sexo mayormente afectado fue el femenino con 82.1%.

Tabla 1. Distribución de pacientes según edad y sexo. Hospital Carlos Manuel de Céspedes, enero 2010-julio 2012.

| Grupo de edades | Sexo | | | | Total | |
|-----------------|-----------|------|----------|------|-------|------|
| | Masculino | | Femenino | | | |
| | Nº | % | Nº | % | Nº | % |
| 20-29 años | 1 | 8.3 | 11 | 20 | 12 | 18 |
| 30-39años | 4 | 33.3 | 19 | 34.5 | 23 | 34.3 |
| 40-49años | 4 | 33.3 | 15 | 27.2 | 19 | 28.3 |
| 50 y mas | 3 | 25 | 10 | 18.1 | 13 | 19.4 |
| Total | 12 | 100 | 55 | 100 | 67 | 100 |

Fuente Historia Clínica individual

En la tabla 2 se recogen los principales síntomas por los que acudieron los pacientes estudiados a consultas, siendo el dolor bajo vientre el síntoma más frecuente con 24 pacientes (35.8%), seguido de la dificultad de los movimientos corporales con 13 pacientes (19,4 %) y el dolor lumbar con 12 pacientes (17,9 %).

Tabla 2. Síntomas Preoperatorios. Hospital Carlos Manuel de Céspedes, enero 2010-julio 2012.

| Síntomas Preoperatorios | Nº | % |
|--|----|------|
| Dolor bajo vientre | 24 | 35.8 |
| Dificultad para las relaciones sexuales | 7 | 10.4 |
| Dolor en miembros inferiores | 8 | 11.9 |
| Dificultad en los movimientos corporales | 13 | 19.4 |
| Dolor lumbar | 12 | 17.9 |
| Sentimientos de inferioridad | 3 | 4.4 |
| Total | 67 | 100 |

Fuente Historia Clínica individual.

Según los tipos de incisiones realizadas en las intervenciones quirúrgicas previas; observamos que las incisiones más utilizadas fueron las infraumbilicales en 55 pacientes (82%).

En la tabla 3 observamos que el vientre péndulo constituyó la característica más representada de la pared abdominal con 56.7%, mientras que el anillo herniario grande, con 88.8 %, predominó dentro de las características del anillo herniario.

Tabla 3. Característica de la pared abdominal y el anillo herniario. Hospital Carlos Manuel de Céspedes, enero 2010-julio 2012.

| Deformidad de la pared | Tamaño del anillo herniario | | | | | | Total | |
|------------------------|-----------------------------|------|---------|------|--------|------|-------|------|
| | Pequeño | | Mediano | | Grande | | | |
| | Nº | % | Nº | % | Nº | % | Nº | % |
| Ventre péndulo | 8 | 42.1 | 6 | 28.5 | 24 | 88.8 | 38 | 56.7 |
| Ventre globoso | 4 | 21 | 12 | 57.1 | 3 | 11.1 | 19 | 28.3 |
| Ventre flácido | 7 | 36.8 | 3 | 14.2 | - | - | 10 | 14.9 |
| Total | 19 | 100 | 21 | 100 | 27 | 100 | 67 | 100 |

Fuente Historia Clínica individual.

En la tabla 4 observamos que solo 11 (16.4%) pacientes tuvieron alguna complicación postoperatoria. La cicatriz hipertrófica con 5 pacientes (7.4%) seguida por la necrosis parcial de ombligo con 3 pacientes (4.4%) fueron las más frecuentes.

Tabla 4. Complicaciones postoperatorias. Hospital Carlos Manuel de Céspedes, enero 2010-julio 2012.

| Complicaciones | Nº | % |
|--------------------------------|----|------|
| Cicatriz hipertrófica | 5 | 7.4 |
| Necrosis parcial del ombligo | 3 | 4.4 |
| Sepsis de la herida quirúrgica | 1 | 1.4 |
| Necrosis grasa | 1 | 1.4 |
| Necrosis cutánea | 1 | 1.4 |
| Total | 11 | 16.4 |

Fuente Historia Clínica individual.

La tabla 5 muestra el resultado estético en relación con la técnica quirúrgica de dermolipectomía abdominal evaluada a los seis meses, en la misma observamos que en 53 pacientes (79.1%) de la casuística estudiada fue catalogado como bueno; en 14 pacientes (20.8%) fue regular y no fue malo en ningún caso. Además, observamos que en 68.6% de los pacientes se utilizó la técnica quirúrgica horizontal y que fue bueno el resultado estético al utilizarla, pues con ello se cumplieron los requerimientos estéticos actuales, ya que con esta técnica la cicatriz se oculta bastante, además la misma no se visualiza al utilizar los trajes de baño; observamos que en 12 pacientes se utilizó la técnica quirúrgica vertical, con buen resultado en 7 pacientes, lo que demuestra que, a pesar de la cicatriz, se resolvió el problema estético de su contorno corporal y además, resolvieron el problema funcional, o sea, la reparación de la hernias, y las complicaciones fueron mínimas; 9 pacientes fue necesario utilizar técnica quirúrgica de dermolipectomía abdominal combinada, pues en ellos, utilizando la técnica horizontal provocaba tensión en la hernia quirúrgica, lo cual acarrea complicaciones. No obstante, en 6 pacientes fue considerado como bueno el resultado estético.

Tabla 5. Resultado estético final en relación con la técnica de quirúrgica de dermolipectomía. Hospital Carlos Manuel de Céspedes, enero 2010-julio 2012.

| Técnica quirúrgica | Resultado estético | | | | | | Total | |
|--------------------|--------------------|------|---------|------|------|---|-------|------|
| | Bueno | | Regular | | Malo | | | |
| | Nº | % | Nº | % | Nº | % | Nº | % |
| Horizontal | 40 | 59.7 | 6 | 8.9 | - | - | 46 | 68.6 |
| Vertical | 7 | 10.4 | 5 | 7.4 | - | - | 12 | 17.9 |
| Combinada | 6 | 8.9 | 3 | 4.4 | - | - | 9 | 13.4 |
| Total | 53 | 79.1 | 14 | 20.8 | - | - | 67 | 100 |

El estado de satisfacción de los pacientes con la técnica quirúrgica de dermolipectomía abdominal, mostró que 62 pacientes (93.4%) declararon estar satisfechos con la intervención quirúrgica realizada, y solo 5 pacientes (7.4%) no mostró satisfacción con su intervención quirúrgica; esto demuestra la eficacia de realizar ambos procedimientos quirúrgicos, o sea, la reconstrucción de la hernia incisional y la dermolipectomía abdominal en un mismo tiempo quirúrgico.

DISCUSIÓN

El predominio de la hernia incisional asociada a vientre péndulo encontrado en nuestros pacientes entre 30 y 39 años se debe en lo fundamental a que en este grupo etario fue donde mayor número de intervenciones quirúrgicas se realizó y comprobamos al revisar las historias clínicas que en el mismo fue donde mayormente incidieron las complicaciones postoperatorias como hematomas, seromas y dehiscencia de la herida quirúrgica, así como infección de la misma; que actuaron como factores desencadenantes de las eventraciones; además después de los 30 años se ve limitada la actividad física, lo que influye en el acumulo de tejido graso sobre todo en el abdomen.

En cuanto a la afectación del grupo de edad de más de 50 años, esto se debió a que después de esta edad es mayor la frecuencia de enfermedades asociadas que retardan la cicatrización de las heridas; otro hallazgo considerado importante es el hecho de que 55 pacientes fueron del sexo femenino, lo encontrado en nuestro estudio al compararlo con la bibliografía nacional y extranjera consultada vemos que tiene gran similitud. ^{5,6-12,24-36}

En el estudio se comprobó, que las grandes hernias y el vientre péndulo aparecieron en la mayoría de los pacientes, lo que explica que el dolor esté presente en los mismos, debido a la tracción y presión que este ejerce sobre los tegumentos, en otros estudios realizados encontramos que estos fueron los síntomas por los que más consultaron los pacientes coincidiendo con los resultados de otras serie de casos como la de Chevrel, Gonzalo y colaboradores. ^{2, 8, 25, 28,35}

Se identificaron las incisiones infraumbilicales como las de mayor frecuencia lo que se debe al predominio del sexo femenino y la mayoría de intervenciones quirúrgicas se realizaron por enfermedades ginecobstétricas; que por supuesto es necesario realizar el abordaje por vía infraumbilical y conocemos las características de la pared abdominal en esta región es más débil y actúa con fuerza la gravitación sobre las heridas realizadas ; en estudios similares realizados como el del francés Rivoalan, se encontró 60 pacientes operados de hernia incisional y vientre péndulo 53.3% tenían como antecedentes incisiones infraumbilicales, coincide con el citado autor y con otros autores nacionales y extranjeros. ^{21,36-41}

Al analizar los resultados vemos que coinciden el vientre péndulo con el anillo herniario grande lo que se explica porque al presentarse en gran número de pacientes esta deformidad abdominal, sabemos que la grasa acumulada en el abdomen inferior y alrededor del ombligo es capaz de actuar como factor mecánico sobre la herida quirúrgica traccionandola y aumentando la tensión, lo que explica la presencia de gran número de pacientes con anillo herniario grande. Resultados similares obtuvieron Carreirao y Sanabria. ^{1, 2,5}

Es importante señalar que las cicatrices fueron hipertróficas durante los primeros seis meses del postoperatorio con remisiones espontáneas en todos los casos una vez transcurrido el primer año postquirúrgico. Algunos de los operados sufrieron necrosis parcial del ombligo lo que se resolvió satisfactoriamente con injerto libre de piel. Lo reflejado en el estudio, o sea, pocos pacientes con complicaciones; coincide con otros autores como Bajar y Martin que han realizado estudios similares, esto demuestra la eficacia de asociar ambos procedimientos quirúrgicos. ⁴⁰⁻⁴⁵

Rivoalan Stashomer,⁸ Mandel, ²¹ Del Sol y Díaz Fernández ³⁹ en sus investigaciones obtuvieron resultados muy parecidos a los de la presente investigación en cuanto a lo estético en relación con la técnica quirúrgica de dermolipectomía abdominal evaluado a los seis meses.

En estudios realizados por autores como Rivoalan, González M. y Díaz Fernández se demuestra que los pacientes al realizarle este tipo de intervención quirúrgica se sienten satisfechos, a pesar de presentar complicaciones, pues ellos plantean que la principal preocupación de los pacientes que se someten a este tipo de cirugía es resolver el problema estético y funcional, lo que se logra la mayoría de las veces; esto coincide con lo encontrado en nuestro estudio. ^{21, 35,36}

CONCLUSIONES

- El grupo atareo que predominó en nuestros pacientes operados fue el de 30 y 39 años, siendo el sexo más afectado el femenino.
- El dolor bajo vientre fue el síntoma por el que acudieron a consulta mayor número de pacientes.

- El vientre péndulo y el anillo herniario grande fueron las deformidades más frecuente encontrados.
- Las incisiones infraumbilicales fueron las que más se utilizaron en las intervenciones quirúrgicas previas realizadas a nuestros pacientes.
- Las complicaciones postoperatorias más frecuentes en nuestros pacientes operados fueron: la cicatriz hipertrófica y la necrosis parcial del ombligo.
- El resultado estético final a los seis meses fue evaluado como bueno en la mayoría de los pacientes operados.
- La mayoría de los pacientes se mostraron satisfechos con la intervención quirúrgica.

REFERENCIAS BIBLIOGRÁFICAS

1. Palacín JM, Vidal Sanz J, del Cacho C. Reparación de la pared abdominal en las dermolipectomias estéticas. *Cir Plast Iberolatinoam.* 1988; XIV (3): 15-8.
2. Toyoshima H. Surgery of incisional hernia and its prognosis statistical analysis in 657 patients. *Nipón Geka Gakkai Zasshi* 1986; 87(7): 789-96.
3. Pinilla González R. Hernia Incisional. Revisión Estadística. *Rev Cubana Cir.* 1986; 25(6): 652-60.
4. Bajar G. Ricevoto G. Mastrandrea G. Laparocèle a late complication of bariatric surgery. *Minerva-Chir.* 1993; 48(7): 337-40.
5. Dargallo Raventos I. Dermolipectomía Abdominal. *Cir Plást Iberolatinoam.* 1981; 11(4): 86-9.
6. González Ulloa M. Las Deformidades Abdominales (Técnica Integral de Tratamiento). t2. En: *Texto de Cirugía Plástica, Reconstructiva y Estética.* La Habana: Pueblo y Educación; [sa]. p.1049-56.
7. Martínez Valls JF. Fisiopatología y tratamiento de la obesidad. *Medicine.* 1993; 6(36): 1549-60.
8. Rivolan F. Cure D'éventration par voie de dermolipectomie a propos de 60 cas. *Lyon Chir.* 1993; 89(6):38-42.
9. Hernias Abdominales. En: *Cirugía.*t3. La Habana: Pueblo y Educación; 2008.p.73-7.
10. Carreirao S. Treatment of abdominal wall eventrations associate with abdominoplasty techniques. *Esth Plast Surg* 1984; 8: 173-9.
11. Chevrel J P, Flament J B. Les eventrations de la paroi abdomianle. Paris: Rapport du 92 Congrès Fracais de Chirugie; 1990. p. 125.

12. Sanabria JG. Dermolipectomia Abdominal: En Coiffman F. Texto de Cirugía Plástica, Reconstructiva y Estética. t2. La Habana: Científico-técnica; 1987.p.1058-62.
13. Van Der Linden F T, Van Vroonhoven JJ. Long Term Results after Surgical Correction of incisional hernia. North J Surg. 1988; 40: 127-9.
14. George C D, Ellis H. The results of incisional hernia repair: Twelve years review.n Ann R Coll Surg Engl[Internet].1987 [citado 14 May 2013]; 69(1). Disponible en: <http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pmc/articles/PMC2498419/> .
15. Goonetilleke GC. Synthetic mesh in the repair of incisional hernia. Ceylon Med J 1992; 37(3): 87-9.
16. Santora TA, Roslyn JJ. Incisional Hernia. Surg Clin North Am. 1993; 73(3): 557-70.
17. Hesselink VJ, Lui Jendij K, Dewitt JH. An evaluation of risk factors incisional hernia recurrence. Surg Ginecol Obstet. 1993; 176(3): 228-34.
18. Illouz YG. The Origin of Lipolysis. In: Hetter GP. Lipoplasty: The teory and Practice of Blunt Suction lipectomy. Boston: Little&Brown; 1994. p. 30.
19. Hetter GP. Lipoplasty: The theory and Practice of Blunt Suction lipectomy". Boston: Little&Brown; 1994.
20. Teimourian B, Perlman R. Surgery for Gynecomastia. Aesthet Plast Surg. 1983; 7(3):155-7.
21. Courtiss EH. Suction Lipectomy: A retrospective analysis of 100 patients. Plast Reconstr Surg. 1984; 73(5):780-96.
22. Grazer FM, Klingbeil JR. Body Image: A Surgical Perspective. St. Louis: Mosby; 2007.
23. Grazer FM. Suction-assited lipectomy, suction lipectomy, lipolysis, and lipexeresis. Plast Reconstr Surg. 1983; 72(5): 620-3.
24. Hanke CW, Bernstein G, Bullock S. Safety of tumescent liposuction in 15336 patients. National survey results. Dermatol Surg. 1995; 21(5): 459-62.
25. Pitman GH. Tumescent liposuction complicated by pulmonary edema". Plast Reconstr Surg. 1997; 99(1): 215-9.
26. Ovrebø KK, Grong K, Vindenes H. Small intestinal perforation and peritonitis after abdominal suction lipoplasty. Ann Plast Surg. 1997; 38(6): 642-4.

27. Rhee CA, Smith RJ, Jackson IT. Toxic shock syndrome associated with suction-assisted lipectomy. *Aesth Plast Surg.* 1994; 18(2): 161-3.
28. Courtiss E, Chocair R, Donelan M. Large volumen suction lipectomy: an análisis of 108 patients. *Plast Reconst Surg.* 1992; 89(6): 1068-79.
29. Albin R, de Campo T. Large-volume liposuction in 181 patients. *Aesthet Plast Surg.* 1999; 23 (1): 5-15.
30. Ali-Eed M. Mega-liposuction: analysis of 1520 patients. *Aesth Plast Surg.* 1999; 23(1): 16-22.
31. Kuzon W, Binhammer P, Knowlton R, Levine R, Fielding C. Effect of electrosurgical technique on wound healing and early complication rate following abdominal dermolipectomy. *Ann Plast Surg.* 1996; 37(3):245-50.
32. Mohammad JD, Warke PT, Stavraký W. Ultrasound in the diagnosis and management of fluid collection complications following abdominoplasty. *Ann Plast Surg.* 1998; 41 (5): 498-502.
33. Vastine VL, Morgan RF, Eilliams GS, Gampper TJ, Drake DB, Knox LK, et al. Wound complications of abdominoplasty in obese patients. *Ann Plast Surg.* 1999; 42 (1): 34-9.
35. Matarasso A. Liposuction as an adjunct to a full abdominoplasty. *Plast Reconstr Surg.* 1995; 95(5): 829-36.
36. Dillerrud E. Abdominoplasty combined with suction lipoplasty: a study of complications, revisions, and risk factors in 487 cases. *Ann Plast Surg.* 1990; 25 (5): 333-8.
37. Shestak KC. Marriage abdominoplasty expands the mini-abdominoplasty concept. *Plast Reconstr Surg.* 1999, 103(3): 1020-31.
38. Martin D, Pelissier P, Riachi R, Casoli V, Baudet J. Abdominoplasty whitth dissociated intraparietal liposuction. Technical note. *Ann Chir Plast Esthet.* 1998; 43 (1): 64-8.
39. Ersek RA, Ersek MD, Schade K. Subcutaneous pseudobursa secondary to suction and surgery. *Plast Reconstr Surg.* 1990; 85 (3): 442-5.

Recibido: 18 de septiembre de 2013.

Aprobado: 30 de septiembre de 2013.