

Se realizó Dermolipectomía Abdominal Funcional con resección de 20, 15 y 11 Kg respectivamente de tejido dermograso; siendo la única opción para el tratamiento de pacientes con vientre péndulo

Dermolipectomía Abdominal Funcional

**Servicio: Cirugía Plástica y
Caumatología La Habana,
2020**

Dra. Elizabeth Ardevol Ramírez
Dr. Daniel Alfredo Posada Ruiz

Resumen

La obesidad mórbida aparece como estadio final de la obesidad. Es una enfermedad crónica de origen multifactorial caracterizada por acumulación excesiva de grasa o hipertrofia del tejido adiposo, ocasionando problemas higiénicos y funcionales, afectando calidad de vida. Se presentan tres casos: masculinos de 66 y 54 años de edad y femenina de 60, con panículo adiposo colgante severo que según clasificación de Igwe son grados V, III y II respectivamente, con afectación cutánea, limitación funcional, movilización dependiente y discapacidad para realizar actividades diarias, siendo pacientes con alto riesgo. Se realizó Dermolipectomía Abdominal Funcional con resección de 20, 15 y 11 Kg respectivamente de tejido dermograso; siendo la única opción para el tratamiento de pacientes con vientre péndulo. Aplicando cuidados perioperatorios adecuados se disminuyen las complicaciones y finalmente se logra mejorar la calidad de vida de estos pacientes que, a causa del enorme faldón abdominal, se vieron limitados por muchos años.

Palabras clave: Dermolipectomía funcional, obesidad, lipodistrofia abdominal

Introducción

La obesidad es la enfermedad crónica de origen multifactorial que afecta a la sociedad moderna, es el quinto factor principal de riesgo de defunción en el mundo. La obesidad mórbida es la forma más temible del sobrepeso pues además de disminuir la expectativa de vida causa discapacidad, minusvalía y problemas de exclusión social. Por sus efectos a nivel colectivo es un problema de salud pública en muchos países desarrollados y en vías de desarrollo, como efecto de los cambios en las costumbres sociales y alimentarias^{1,2}.

Nuestro país no escapa a esta problemática y es frecuente que pacientes con esta patología sean rechazados y estigmatizados, además, la frecuencia de presentar comorbilidades importantes es alta como también lo son el riesgo de complicaciones anestésicas y quirúrgicas; no obstante, una vez compensadas sus patologías de base, sí es posible operarlos. En el presente trabajo se exponen tres casos (grado V, grado III y grado II) según la clasificación de Igwe ([tabla 1](#)), con compromiso importante en la calidad de vida, a los que se les realizó Dermolipectomía abdominal funcional; teniendo en cuenta que ni la dieta, ni la cirugía bariátrica aislada son capaces de reducir la lipodistrofia abdominal una vez establecida. Con la clasificación de Igwe se puede cuantificar la extensión de la misma, evaluar y dar recomendaciones quirúrgicas (agradecimiento a la revista Obesity Surgery).

Tabla 1. Clasificación de Igwe para colgajo abdominal redundante.

CLASIFICACIÓN DE IGWE	
Grado I	Llega al vello púbico.
Grado II	Cubre el pubis.
Grado III	Llega al tercio superior del muslo.
Grado IV	Cubre la mitad del muslo.
Grado V	Se extiende a la rodilla o por debajo de ella.

Fuente: Igwe D, Stanczyk M, Lee H. Panniculectomy adjuvant to obesity surgery. *Obes Surg.* 2000;10:330

Desarrollo

Caso #1

Paciente masculino de 66 años de edad, procedencia rural, con antecedentes de Hipertensión Arterial y Diabetes Mellitus tipo II controladas con Enalapril 20 mg/día y Metformina 850 mg/día respectivamente; quien acudió a consulta externa remitido del servicio de Cirugía general del Hospital Clínico Quirúrgico Hermanos Ameijeiras de La Habana, Cuba, para valoración reconstructiva por presentar faldón abdominal gigante incrementado tras pérdida masiva de peso de forma continua y progresiva durante 5 años de evolución, luego de establecer un régimen dietético saludable. El paciente refería problemas con su higiene personal y se movilizaba en silla de ruedas con limitación funcional para sus actividades diarias.

Con 123 kg de peso e índice de Masa Corporal (IMC): 50 kg/m², el examen físico abdominal mostró a la inspección: abundante panículo adiposo, piel de naranja, edema y vergeturas. Auscultación y percusión sin alteraciones. Palpación: blando, depresible, sin tumoraciones, ni dolor. Mensuraciones: Test Rolling: positivo. Test Illouz: Negativo. Test Pinch: >9 cm. Diámetro abdominal: 140 cm. Altura ombligo-pubis: 15 cm. (Fig. 1). Se realizó ultrasonido abdominopélvico para descartar hernia, que impresionó la atrofia muscular abdominal sin eventración. Hemoquímicasangünea: dentro de límites normales.



Figura 1: *Vistas lateral (A), frontal (B), oblicua (C) y en decúbito supino (D) que muestran extensión del faldón abdominal*

Se realizó una Dermolipectomía Abdominal Funcional. Indicaciones pre-quirúrgicas: profilaxis antibiótica y antitrombótica, sedación y control dietético. Valoración por cardiología, cirugía general y anestesiología. Planificación preoperatoria. Acto quirúrgico: previa sepsia y antisepsia, bajo anestesia general, se realizó exéresis en bloque del faldón abdominal excedente, sin plicatura biaxial de rectos abdominales ni transposición umbilical, hemostasia rigurosa, cierre por planos previa colocación de dos drenajes de succión negativa, colocación de faja abdominal (Fig. 2). Tiempo quirúrgico dos horas. Indicaciones postoperatorias: control de signos vitales, hidratación, analgesia, control dietético, antibiótico terapia, deambulación precoz, medidas antitrombóticas, fisioterapia respiratoria y cuidados generales de enfermería.



Figura 2: Pieza quirúrgica reseçada (A), dimensiones(B y C) y resultado postoperatorio inmediato (D).

Evolucionó satisfactoriamente, sin complicaciones. Alta hospitalaria al quinto día postoperatorio con menos de 25 ml de contenido serohemático en los drenajes. Seguimiento y control por consulta externa semanal. Retiro de puntos a los 21 días. Alta a los 30 días.

Caso #2

Paciente masculino de 54 años de edad, procedencia urbana, con antecedentes personales de Hipertensión Arterial y Diabetes Mellitus tipo II controladas con Captopril 50 mg/día, Clortalidona 25mg/día y Metformina 1500 mg/día respectivamente; y familiares de cáncer cerebral (padre); que acude a nuestro servicio por inconformidad estética y funcional con su abdomen tras haber adelgazado 67 kg en aproximadamente 8 meses, con estilo de vida saludable. El

mismo refería depresión, impotencia funcional y micosis cutánea recurrente en el pliegue provocado por el péndulo.

Con 142 kg peso e IMC de 39.33 kg/m²sc, el examen físico abdominal mostró a la inspección: asimetría de la región con abundante panículo adiposo que impresiona mayor volumen en cuadrante inferior derecho, cuya piel cae y sobrepasa tercio superior de ambos muslos, cicatriz umbilical lateralizada hacia el lado izquierdo (fig.3); piel a nivel del surco erosionada, eritematosa, con intertrigo candidiásico. Auscultación y percusión sin alteraciones. Palpación: blando, depresible, sin tumoraciones, ni dolor. Mensuraciones: Test Rolling: positivo. Test Illouz: Negativo. Test Pinch: >9 cm. Diámetro abdominal: 169 cm. Se realizaron complementarios preoperatorios que informaron hemoquímica sanguínea con parámetros dentro de los límites normales y el ultrasonido abdominal descartó hernias de la pared abdominal.



Figura 3: Vistas frontal (A) y lateral derecho (B) de región abdominal.

Se realizó Dermolipectomía Abdominal Funcional. Indicaciones pre-quirúrgicas: profilaxis antibiótica y antitrombótica, sedación y control dietético. Valoración por cardiología, cirugía general y anestesiología. Planificación preoperatoria. Acto quirúrgico: previa sepsia y antisepsia, bajo anestesia general, se incidió según lo planificado, se decoló colgajo abdominal, se realizó exéresis en bloque de piel sobrante, sin plicatura biaxial de rectos abdominales ni transposición umbilical, hemostasia rigurosa, cierre por planos previa colocación de dos drenajes de succión negativa, colocación de faja abdominal (Fig. 4). Tiempo quirúrgico 3 $\frac{1}{2}$ horas. Indicaciones postoperatorias: control de signos vitales, hidratación, analgesia, control dietético, antibiótico terapia, deambulación precoz, medidas antitrombóticas, fisioterapia respiratoria y cuidados generales de enfermería.



Evolucionó satisfactoriamente, sin complicaciones. Alta hospitalaria al noveno día postoperatorio con menos de 50 ml de contenido serohemático en los drenajes. Seguimiento y control por consulta externa semanal. Retiro de puntos a los 21 días. Alta a los 30 días.

Caso #3

Paciente femenina de 60 años de edad, procedencia urbana, con antecedentes personales de Hipertensión Arterial y Diabetes Mellitus tipo II controladas con Enalapril 40 mg/día y Metformina 1500 mg/día respectivamente y antecedentes familiares de Hipertensión Arterial (madre). La misma acude a nuestros servicios por tener inconformidad con el aspecto de su abdomen además de referir molestias físicas y dificultades para llevar a cabo las rutinas cotidianas.

Con un peso de 113 kg e IMC: 42,5 kg/m²sc, al examen físico el abdomen se evidenció globuloso, péndulo que cubre el pubis, con incremento excesivo del panículo adiposo, cuya piel presentó vergeturas y cicatriz media infraumbilical de 14 cm de longitud retráctil; auscultación y percusión sin alteraciones; palpación: blando, depresible, sin tumoraciones, ni dolor. Mensuraciones: Test Rolling: positivo. Test Illouz: Negativo. Test Pinch: >7 cm. Diámetro abdominal: 154 cm. Se realizaron complementarios preoperatorios que informaron hemoquímica sanguínea con parámetros dentro de los límites normales y el ultrasonido abdominal descartó hernias de la pared abdominal.



Se realizó Dermolipectomía Abdominal Funcional. Indicaciones pre-quirúrgicas: profilaxis antibiótica y antitrombótica, sedación y control dietético. Valoración por

cardiología, cirugía general y anestesiología. Planificación preoperatoria. Acto quirúrgico: previa sepsia y antisepsia, bajo anestesia general, se incidió según lo planificado, se decoló colgajo abdominal, se realizó exéresis en bloque de piel sobrante, se realizó transposición umbilical sin plicatura biaxial de rectos abdominales, hemostasia rigurosa, cierre por planos previa colocación de dos drenajes de succión negativa, colocación de faja abdominal (Fig. 4). Tiempo quirúrgico 3 horas. Indicaciones postoperatorias: control de signos vitales, hidratación, analgesia, control dietético, antibiótico terapia, deambulación precoz, medidas antitrombóticas, fisioterapia respiratoria y cuidados generales de enfermería.



Evolucionó satisfactoriamente, sin complicaciones. Alta hospitalaria al séptimo día postoperatorio con menos de 50 ml de contenido serohemático en los drenajes. Seguimiento y control por consulta externa semanal. Retiro de puntos a los 21 días. Alta a los 30 días.

Los pacientes con obesidad mórbida que experimentan pérdida masiva de peso pueden llegar a presentar una masa abdominal que en los casos más graves ocasiona discapacidad, al punto de no poder deambular, como ocurrió en el caso #1 que se movilizaba en sillón de ruedas. Esta deformidad abdominal también es denominada Panniculismorbidus, lipodistrofia abdominal gigante o elefantiasis abdominal 2,4. La Dermolipectomía Abdominal Funcional es la técnica indicada en estos pacientes para eliminar el tejido excedente. El término Dermolipectomía habitualmente se asocia a la cirugía estética, pero el hecho que sea funcional la limita a la paniclectomía solamente sin tratar la pared muscular y sin aumentar la presión intraabdominal 2,5,6,7.

La Dermolipectomía funcional al igual que la paniclectomía se presentan como las únicas opciones terapéuticas capaces de mitigar esa evolución desfavorable y permiten al paciente iniciar un programa de pérdida de peso 1,8,9. Ni la dieta ni la cirugía bariátrica aislada son capaces de reducir la lipodistrofia abdominal una vez establecida. Se trata de un procedimiento de alto riesgo por presentar numerosas comorbilidades, restricción en el flujo sanguíneo, dificultad respiratoria y heridas muy grandes, elementos que hacen muy difícil su manejo. Según la bibliografía consultada, el índice de complicaciones está por encima del 50%2,7, entre las más frecuentes relacionadas con la herida quirúrgica están: seroma, hematoma, celulitis, infección y necrosis. A su vez son también frecuentes e importantes las pérdidas sanguíneas y las alteraciones hidroelectrolíticas y en menor frecuencia,

pero con alta tasa de mortalidad, el tromboembolismo pulmonar, infarto agudo de miocardio y sepsis 2,4.

En pacientes con adelgazamiento moderado o grande, la dermolipectomía multifuncional consigue en un único tiempo quirúrgico una mejora multivectorial del contorno corporal; no sólo trata el faldón abdominal anterior, sino que permite una mayor redefinición de los flancos, del pubis y del tercio superior de muslos. Este tipo de técnica, aborda además del tratamiento del excedente cutáneo-graso resultante de la pérdida masiva de peso, también el plano músculo-aponeurótico¹⁰.

Sin embargo, como nuestros pacientes presentaban alto riesgo quirúrgico se hizo énfasis sólo en lo funcional para asegurar una mejor evolución sin desarrollar complicaciones locales ni sistémicas, por tales motivos solo se reseco el tejido dermograso excedente. Cuanto más funcional es la cirugía, mayor es el grado de satisfacción del paciente. Los pacientes a los que hemos realizado esta técnica, buscaban una mejora no sólo estética, sino funcional.

Existen estudios que demuestran mayor porcentaje de complicaciones con un IMC >39 kg/m² 2,8,12. Consideramos que el éxito en estos pacientes con IMC: 50 kg/m²sc, 39.33 kg/m²sc y 42.5 kg/m²sc está en relación con los estrictos cuidados perioperatorios quirúrgicos y anestésicos.

En el caso #1 véase la ausencia de zonas cruentas o granulomas, con un cambio radical en la calidad de vida en cuanto a lo funcional, psicológico y social del paciente después de haberle realizado resección de 20 kg de tejido dermograso, constituyendo la mayor pieza quirúrgica reseca por el servicio implicado.

Conclusiones

La Dermolipectomía Abdominal Funcional a pesar de ser una cirugía de muy alto riesgo, constituye el tratamiento de elección para pacientes con vientre péndulo. Debe ser considerado en esencia como un procedimiento reconstructivo y de rehabilitación, que busca objetivos funcionales, psicológicos y mejoría en el aspecto físico. Se demuestra con estos casos que aplicando todos los cuidados perioperatorios se logra que disminuya el número de complicaciones y se reintegra socialmente a los pacientes.

Referencias Bibliográficas

1. Richter DK, Lampe H, Wolters M. **Panniculectomy in patients with super obesity**. En: Rubin P, Richter D, Uebel CO, JewellML, editores. Body contouring and liposuction. United States: Elsevier Saunders; 2013. 265-77. DOI. [10.1097/01.prs.0000436818.34332.34](https://doi.org/10.1097/01.prs.0000436818.34332.34)
2. Esteban-Vico JR, Simón-Sanz E, Delgado-Ruiza T, García Sánchez JM, Llinás Portea A. **Paniculectomía masiva en lipodistrofia abdominal gigante: cuando el beneficio supera los riesgos**, rev hispanoam hernia. 2016; 4(4):173-178 S.L.U URL. <https://www.sciencedirect.com/science/article/pii/S2255267716000037>

3. Igwe D, Stanczyk M, Lee H. **Panniculectomy adjuvant to obesity surgery.** *Obes Surg.* 2000; 10(6):530-9. URL <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/11175961> [Links]
4. Evans C, DeBord J, Howe H, Marshall JS, Rossi T, Owolabi M. **Massive panniculectomy results in improved functional outcome.** *Am J Surg.* 2014; 207:441-4. URL <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/24439157>
5. Friedrich JB, Petrov RV, Wiechmann SA, Clark MP, Foy HM, Isik FF, et al. **Resection of Panniculus morbidus: A salvage procedure with a steep learning curve.** *Plast Reconstr Surg.* 2008; 121:108-14. DOI: [10.1097/01.prs.0000293760.41152.29](https://doi.org/10.1097/01.prs.0000293760.41152.29)
6. Semer NB, Ho WC, Mills S. **Abdominal lipectomy: A prospective outcomes study.** *Perm J.* 2008; 12:23-6. URL <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/18176212>
7. Manahan MA, Shermak MA. **Massive Panniculectomy after massive weight loss.** *Plast Reconstr Surg.* 2006; 117: 2191-9. Disponible en <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/16772916> [Links]
8. Zannis J, Wood BC, Griffin LP. **Outcome study of the surgical management of panniculitis.** *Ann Plast Surg.* 2012; 68:194-7. Disponible en <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/21629099>
9. Bonnet A, Mulliez E, Andrieux S, Duquennoy-Martinot V, Guerreschi P. **Suspension of abdominal apron in massive panniculectomy: A novel technique.** *J Plast Reconstr Aesthet Surg.* 2015; 68:272-73. Doi: [10.1016/j.bjps.2014.10.005](https://doi.org/10.1016/j.bjps.2014.10.005)
10. Muñoz V, Ayestaran S, Carames E. **"Abdominoplastia funcional en ancla: nuestra experiencia y nueva sistemática de abordaje en el paciente sin adelgazamiento"** *Cir. plást. Ibero-latinoam.* 2010, 36 URL: http://scielo.isciii.es/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S037678922010000400001
11. Sarwer, D.B.: **"Psychiatric considerations of the Massive Weight loss Patient".** *Clin. Plastic. Surg.* 35 (2008) 1. URL: [https://www.plasticsurgery.theclinics.com/article/S0094-1298\(07\)00136-8/pdf](https://www.plasticsurgery.theclinics.com/article/S0094-1298(07)00136-8/pdf)
12. Neaman KC, Hansen JE. **Analysis of complications from abdominoplasty.** *Ann Plast Surg.* 2007; 58:292-8. URL: <https://doi.org/10.1097/01.sap.0000239806.43438.54>