

Cirugía del contorno abdominal en el varón. Detalles técnicos a propósito de un caso

Abdominal contour surgery in men. Technical details and case report



Barbieri Grezzi, L.

Lucía BARBIERI-GREZZI*, Denisse HARTWIG-ROTA**,
Virginia GIACHERO-CASTAÑO***, Oscar JACOBO-BASTRERI ****

Resumen

La cirugía del contorno abdominal en el varón está en aumento dada la mayor demanda estética en el sexo masculino y el incremento de pacientes que consultan para remodelación corporal tras cirugía bariátrica.

Las opciones quirúrgicas en el varón no difieren sustancialmente de las técnicas utilizadas para remodelación en mujeres. Sin embargo, deben considerarse algunos aspectos diferenciales entre ambos sexos para obtener un mejor resultado global. Existen pocas publicaciones que describan los detalles técnicos a la hora de buscar un resultado más acorde al género, sino que habitualmente se aborda este tema de forma general.

El objetivo de este trabajo es analizar las diferentes opciones de tratamiento de acuerdo a las diferentes situaciones y el análisis de la técnica quirúrgica planteada a propósito de un caso clínico.

Abstract

The raise in abdominal contour surgery performed on men is due to an increase in aesthetic exigence in male patients and also because of a growth in the number of patients that ask for body contour reshaping after undergoing bariatric surgery.

In spite of the fact that surgical techniques options are basically the same as the ones used on women, we must take into account the basic differences between genders in order to achieve a better result. There are few publications in the international bibliography describing technical details regarding gender differences, and they usually refer to the theme with a general approach.

The main goal of our article is to briefly analyze the different surgical options according to patient needs and to present a case report.

Palabras clave Abdominoplastia, Liposucción, Lipectomía, Contorno corporal, Varón.

Nivel de evidencia científica 4d Terapéutico

Recibido (esta versión) 21 febrero/2018

Aceptado 25 marzo/2018

Key words Abdominoplasty, Liposuction, Lipectomy, Contour surgery, Male.

Level of evidence 4d Therapeutic

Received (this version) 21 february/2018

Accepted 25 march/2018

Conflicto de intereses: los autores declaran no tener ningún interés financiero relacionado con el contenido de este artículo.

* Médico Residente

** Cirujano Plástico Asistente

*** Cirujano Plástico, Profesor Adjunto

**** Cirujano Plástico, Profesor Agregado

Cátedra de Cirugía Plástica, Reparadora y Estética, Centro Nacional de Quemados, Hospital de Clínicas, Universidad de la República (UDELAR), Montevideo, Uruguay.

Introducción

Existen diferentes causas de deformidad del contorno abdominal, como son el envejecimiento, la influencia hormonal, las fluctuaciones de peso ya sea como aumento o como descenso, la diástasis de los músculos rectos abdominales, la debilidad muscular global de la pared abdominal, la presencia de cicatrices por cirugía abdominal previa, las hernias y eventraciones. Además influye el estilo de vida, la alimentación, la actividad física, los factores genéticos o el uso de algún tipo de medicación como los antiandrógenos.^(1,2)

El objetivo de la cirugía del contorno abdominal en el varón es corregir las alteraciones en los diferentes planos de la pared del abdomen: reseca el exceso de piel, disminuir el volumen del tejido adiposo subcutáneo y reparar o mejorar la debilidad muscular. Todo esto a través de incisiones planeadas específicamente de acuerdo al caso y con la mínima morbimortalidad posible.

La anatomía del varón y sus preocupaciones difieren con respecto a la mujer en muchos aspectos. El hombre presenta mayor porcentaje de tejido muscular con respecto al adiposo, con un tronco más cilíndrico y con menos cintura que la mujer. En general, los varones muestran preocupación por regiones aisladas y problemas locales, como la flacidez infraumbilical, la lipodistrofia periumbilical y la lipodistrofia de los flancos.

También existen diferencias en la posición del ombligo entre hombres y mujeres. En el hombre la posición es más caudal tomando como referencia la línea horizontal que une las crestas ilíacas, probablemente en relación con las proporciones corporales globales. En general, las diferencias entre el hombre y la mujer aparecen en las 3 capas de partes blandas del abdomen modificables mediante la cirugía del contorno abdominal: la piel, el tejido adiposo y el músculo.

La piel del abdomen del varón tiene mayor tensión por su mayor grosor y por no estar influenciada por el embarazo o la preponderancia de las hormonas femeninas. Es por ello que generalmente se ve un menor exceso de piel y flacidez cutánea en pacientes masculinos que han sufrido una gran disminución de peso o variaciones en el mismo.

Además, existe en el varón una predisposición genética al depósito de grasa lumbar, desde la 2ª a la 4ª vértebras lumbares en el sector pósterolateral, por debajo de la zona de lipodistrofia dorsal. Al aumentar la edad varía el patrón de grasa, de forma que esta grasa se internaliza, aumentando la grasa intraabdominal y disminuyendo la subcutánea, además de aumentar la infiltración muscular.

Por su parte, la mujer presenta más frecuentemente mayor diástasis de músculos rectos abdominales infraumbilical, con mayor prominencia abdominal a ese nivel. En cambio, el varón presenta mayor diástasis en el abdomen superior, lo cual contribuye, junto con la presencia de grasa intraabdominal, a la apariencia de abdomen más globuloso en el sector peri y supraumbilical. Esta combinación de

grasa intraabdominal y diástasis superior provoca una desproporción entre cintura y abdomen que a su vez es la causa más frecuente de insatisfacción y frustración en los varones con respecto al aspecto de su contorno corporal.

La diástasis de los rectos abdominales es común en los varones mayores de 30-40 años, y a diferencia de lo que sucede en las mujeres, sin presencia de un excedente cutáneo significativo.⁽³⁾

Estas diferencias anatómicas y fisiológicas entre ambos sexos hacen que la cirugía del contorno corporal en el hombre difiera en muchos aspectos de la de la mujer. Las publicaciones científicas sobre este tema son escasas, y es difícil encontrar la descripción de aquellos detalles técnicos que busquen un resultado más acorde al género. El objetivo de este trabajo es analizar estas diferencias a propósito de un caso clínico, revisando los detalles de la marcación preoperatoria y de la técnica quirúrgica de abdominoplastia en el varón con el fin de lograr un mejor resultado global de la cirugía.

Caso clínico

Varón de 30 años de edad que presenta dermatocalasia y lipodistrofia abdominales tras adelgazamiento masivo de 30 kg logrado mediante tratamiento higiénico-dietético conducido por nutricionista. Presenta deformidad abdominal (Fig. 1), con exceso de grasa supra e infraumbilical. En el examen físico no hay presencia de diástasis de músculos rectos, con pared continente y buen tono muscular.

El tratamiento quirúrgico realizado fue una dermolipectomía clásica asociada a una liposucción periumbilical, bajo anestesia general.

Realizamos la marcación preoperatoria con el paciente en bipedestación. Marcamos la incisión inferior de la resección cutánea abdominal como una línea recta horizontal, 3 cm por debajo de la línea que une ambas espinas ilíacas antero-superiores (Fig. 2). La marcación de la incisión superior de resección cutánea la realizamos en el intraoperatorio, de acuerdo a la necesidad de tejido a reseca.

Colocamos al paciente en decúbito dorsal durante todo el procedimiento, con la mesa de operaciones en posición neutra inicialmente y luego con el tronco semiflexionado a 30 grados para optimizar la resección cutánea y facilitar el cierre.

En primera instancia realizamos una liposucción asistida por vacío mediante técnica tumescente previa infiltración de una dilución de 1 litro de suero fisiológico, 20 ml de lidocaína al 2% y 1 ml de adrenalina 1:1000. Empleamos para la liposucción cánulas de 4 y 5 mm de diámetro, extrayendo 250 cc de grasa de las zonas supra e infraumbilical del abdomen. Además practicamos también liposucción selectiva de la línea alba supraumbilical.

La incisión de resección inferior de la abdominoplastia la realizamos según la marcación preoperatoria y lle-



Fig. 1. Pre y Postoperatorio a los 6 meses.

vamos a cabo el decolamiento cutáneo en el plano supraaponeurótico, acotando lateralmente a medida que la disección avanzaba a nivel supraumbilical. Resecamos un excedente cutáneo dermograso que abarcó toda la piel infraumbilical, con un peso total de 1100 gr, lo cual permitió un cierre sin tensión.

Por último, realizamos la trasposición del tallo umbilical empleando una incisión cruciforme ubicada 2 cm por debajo de la línea que pasa por ambas crestas ilíacas y el acolamiento de la cara profunda del colgajo al plano aponeurótico subyacente mediante puntos de anclaje.

Cerramos mediante sutura en 3 planos, priorizando los planos de resistencia (fascia de Scarpa y dermis). Como hilo de sutura empleamos Monocryl® (Johnson & Johnson, EE.UU.) de 2.0 y 3.0.

El paciente permaneció ingresado durante 48 horas durante el postoperatorio. Dejamos un drenaje aspirativo por contrabertura suprainguinal izquierda que mantuvimos durante esas 48 horas, hasta que el gasto fue menor de 30 cc.

Desde el perioperatorio inmediato el paciente llevó puesta compresión elástica mediante faja abdominal que mantuvo durante 30 días en el postoperatorio. A los 5 días de la cirugía comenzó también con un plan de drenaje linfático bisemanal, que se mantuvo durante 45 días.

El postoperatorio transcurrió sin complicaciones, con una buena evolución clínica que le permitió retomar sus tareas laborales a los 10 días de la intervención. El edema del colgajo abdominal retrocedió paulatinamente con las medidas tomadas y pudimos constatar la mejoría del contorno abdominal, en ausencia de redundancia cutánea,



Fig. 2. Marcación preoperatoria.

con buena definición de los relieves musculares. La cicatriz inferior resultó bien posicionada de acuerdo a los objetivos planteados y la cicatriz umbilical centrada y ubicada por debajo de las crestas ilíacas (Fig. 1).

Discusión

La cirugía del contorno abdominal en el varón abarca todas las técnicas descritas en la literatura para remodelación del contorno corporal, si bien todas ellas suelen ser más utilizadas en la mujer. Estos procedimientos quirúrgicos incluyen la liposucción y las distintas variedades técnicas de abdominoplastia, o la combinación de ambas.^(1,2)

En la actualidad, la aplicación de estas técnicas es cada vez más frecuente entre la población general, y los varones representan entre el 9.3 al 20% de los pacientes incluidos en publicaciones sobre cirugía del contorno abdominal.⁽⁴⁾

Al igual que en la mujer, cuando la deformidad que predomina en el abdomen es la lipodistrofia sin exceso cutáneo y con buena calidad de la piel, el paciente de sexo masculino puede beneficiarse de una liposucción aislada. Cuando presentan un marcado exceso cutáneo abdominal suele ser debido en general a fluctuaciones de peso, en contrapartida con las alteraciones cutáneas que por los embarazos padecen las mujeres. Como sucede en el caso clínico presentado, estos pacientes requieren alguna técnica de abdominoplastia que incluya resección cutánea, en sus diferentes variedades como pueden ser la minidermolipectomía, la dermolipectomía clásica, la dermolipectomía en ancla, etc.⁽⁵⁾

Para la marcación de la incisión inferior de la abdominoplastia en varones, la cual determinará la posición de

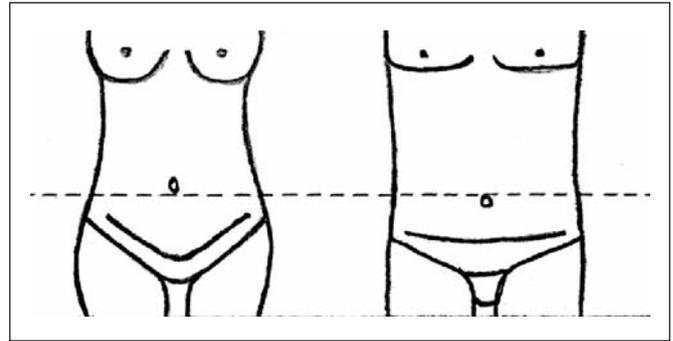


Fig. 3. Esquema de las diferencias técnicas entre géneros. En la mujer, incisión inferior más curva y ombligo al mismo nivel o por encima de la línea que une ambas crestas ilíacas. En el hombre, incisión más horizontal y más baja, y ombligo en posición más caudal.

la cicatriz suprapúbica resultante, debemos tener en cuenta las mismas referencias anatómicas que en la mujer, los cuales incluyen la línea media, el borde superior del pubis, las líneas inguinales, las espinas ilíacas ántero-superiores y las crestas ilíacas.⁽⁶⁾ Nuestra propuesta es que la cicatriz de la abdominoplastia en el varón debe ser horizontal y recta, manteniéndose de 2 a 4 cm por debajo de la línea que une ambas espinas ántero-superiores, 2 a 4 cm por encima del borde superior del pubis (Fig. 3). De ser posible, evitaremos cruzar los surcos inguinales; pero en las grandes resecciones cutáneas esto puede ser imposible sin generar orejas de perro. Debemos evitar las incisiones curvadas que ascienden lateralmente hacia las espinas ilíacas ántero-superiores, ya que le dan un aspecto más femenino al abdomen además de que serán más visibles con la vestimenta masculina.

La posición final del ombligo es también un punto diferencial entre ambos sexos. En el varón, la cicatriz umbilical debe ser levemente más baja que en la mujer,⁽⁷⁾ tal y como mostramos en el dibujo de la Figura 3. Según Yu y col.,⁽¹⁾ en la mujer la localización del ombligo en relación a la cresta ilíaca (punto 0) se encuentra entre -0.4 cm +/- 1.2 cm; mientras que en el varón se encuentra entre -1.0 cm +/- 1.3 cm. En el caso clínico presentado transpusimos el tallo umbilical a una posición 2 cm por debajo de la cresta ilíaca, logrando una cicatriz umbilical de posición armónica con el resto de su contorno abdominal.

En la pared muscular, de existir una diástasis de los músculos rectos, puede estar indicada su reparación, lo cual no difiere de las consideraciones técnicas que tenemos en cuenta en la mujer. En el hombre toma relevancia la percepción de los relieves musculares a través de la piel, para lo cual están descritas técnicas de esculpido muscular que intentan resaltarlos. La lipectomía selectiva o profundización de la liposucción en las zonas de las intersecciones musculares es una buena alternativa que puede generar este efecto. Está descrita también la liposucción selectiva de la línea alba, y de las líneas semilunares remarcando las intersecciones tendinosas transversales de acuerdo a cada caso en particular.^(8,9) En

Bibliografía

el caso clínico expuesto vimos que el paciente presentaba una definición muscular aceptable, dado el adelgazamiento que había seguido asociado a ejercicio físico, por lo cual realizamos la liposucción del sector de lipodistrofia periumbilical persistente asociada a lipoaspiración de la línea alba supraumbilical para resaltar la definición muscular.

De acuerdo a Chong y col.,⁽⁴⁾ el seroma y el hematoma son más frecuentes en la abdominoplastia del hombre que en la de la mujer, pero el resto de las complicaciones no varían su frecuencia de aparición de acuerdo al género. Por esta razón, y dado que se trata de una cirugía que requiere un gran decolamiento, creemos muy importante dejar drenajes aspirativos y mantener las medidas de compresión en el postoperatorio. Otra medida que tomamos en este tipo de cirugías es la realización de los puntos de acolamiento del colgajo a la aponeurosis subyacente propuestos por Baroudi y col. en 1998,⁽¹⁰⁾ que disminuyen el espacio muerto y las posibilidades del desarrollo de seromas en el postoperatorio.

Conclusiones

La experiencia en abdominoplastia en el varón es, en general, menor que en la mujer a pesar del aumento de las cirugías estéticas en el sexo masculino, así como aun son también escasas las publicaciones que tratan este tema de manera específica.

Dadas las diferencias en la anatomía entre ambos sexos, debemos considerar algunos aspectos particulares para obtener resultados más armónicos tanto en varones como en mujeres.

El análisis que realizamos de la técnica de marcación preoperatoria de acuerdo a las referencias anatómicas tradicionalmente establecidas, destaca la posición y la orientación más horizontal de la cicatriz inferior de la abdominoplastia y la posición más caudal del ombligo en el varón con respecto a la mujer.

Dirección del autor

Dra. María Lucía Barbieri Grezzi
Cátedra de Cirugía Plástica, Reparadora y Estética.
Hospital de Clínicas, Facultad de Medicina.
Avenida Italia s/n piso 13
CP 11600
Montevideo, Uruguay.
Correo electrónico: barbieri_lucia@hotmail.com

1. **Yu D., Novicoff W., Gampper T.** The average size and position of the umbilicus in young men and women. *Ann Plast Surg* 2016;76(3):376-348.
2. **Matarasso A.** The male abdominoplasty. *Clin Plastic Surg* 2004; 31(4):555-569.
3. **Lockwood T.** Rectus muscle diastasis in males: Primary indication for endoscopically assisted abdominoplasty. *Plast Reconstr Surg* 1998; 101(6):1685-1691.
4. **Chong T., Coon D., Toy J., Purnell Ch, Michaels J., Rubin P.** Body contouring in the male weight loss population: Assessing gender as a factor in outcomes. *Plast Reconstr Surg* 2012;130(2): 325e-330e.
5. **Roxo C.P.D., Roxo, A.C.W., Almenares, M.C.** Abdominoplastia multifuncional: estudio retrospectivo de 5 años de experiencia con 108 pacientes. *Cir plást iberolatinoam* 2008; 34(3): 201-210.
6. **Ballestas-Campo O., Pomerane A.** Abdominoplastia y pexia de pubis: estandarización de medidas. *Cir plást iberolatinoam* 2014; 40(2):149-158.
7. **Rodríguez-Feliz J., Makhijani S., Przybyla A., Hill D., Chao J.** Intraoperative assessment of the umbilicopubic distance: a reliable anatomic landmark for transposition of the umbilicus. *Aesth Plast Surg* 2012; 36(1):8-17.
8. **Monarca C., Rizzo M.** New body contouring technique in male: The muscular sculpture. *Aesth Plast Surg* 2015; 39(2): 199-202.
9. **Moretti E., Londoño L., Caballero Y., Galetto M., Godoy A.** Efecto del ultrasonido quirúrgico de alta potencia en el tejido dérmico y adiposo: Estudio experimental para aplicación en marcación abdominal. *Cir plást iberolatinoam* 2016; 42(3):227-232.
10. **Baroudi R., Ferreira C.** Seroma: How to avoid it and how to treat it. *Aesthet Surg J.* 1998;18(6):439-441.