

Hernioplastia incisional y abdominoplastia simultáneas como métodos quirúrgicos seguros y eficaces

Simultaneous incisional hernioplasty and abdominoplasty as effective and safe surgical methods

Dr. Adolfo Rafael Jaén Oropeza, Dr. CM. José Miguel Gonzalo Goderich Lalán, Dr. Miguel Ángel Quevedo Tamayo, Dr. Rider Díaz Pérez y Dr. Alexander Rosell Fernández

Hospital General Docente "Dr. Juan Bruno Zayas Alfonso", Universidad de Ciencias Médicas, Santiago de Cuba, Cuba.

RESUMEN

Introducción: la hernioplastia-abdominoplastia simultáneas producen resultados clínicos-estéticos favorables en pacientes con exceso de piel y tejido graso en abdomen inferior.

Objetivo: evaluar los resultados de estos métodos quirúrgicos.

Método: se efectuó un estudio prospectivo de 16 pacientes operadas de hernia incisional y abdomen péndulo en el Hospital General Universitario "Dr. Juan Bruno Zayas Alfonso" de Santiago de Cuba, durante el bienio 2015-2016.

Resultados: predominaron la hernia infraumbilical, el anillo de 10-15 centímetros, las técnicas de dermolipectomía y Rives, así como el seroma como complicación posoperatoria. La edad media fue de 40 años; se realizó profilaxis antimicrobiana y antitrombótica. Se usó la prótesis de polipropileno en 100,0 % de las afectadas.

Conclusión: la eventroplastia y abdominoplastia son métodos seguros y eficaces en pacientes adecuadamente seleccionados.

Palabras clave: hernia, abdomen péndulo, dermolipectomía, abdominoplastia, atención secundaria de salud.

ABSTRACT

Introduction: simultaneous hernioplasty-abdominoplasty provoke favorable clinic-cosmetic results in patients with excess skin and adipose tissue in the lower abdomen.

Objective: to evaluate the results of these surgical methods.

Method: a prospective study of 16 operated patients with incisional hernia and pendulum abdomen was carried out in "Dr. Juan Bruno Zayas Alfonso" University General Hospital in Santiago de Cuba, during 2015-2016.

Results: There was a prevalence of the infraumbilical hernia, 10-15 cm ring, dermolipectomy and Rives technique, as well as seroma as postoperative complication. The mean age was 40 years; antimicrobial and antithrombotic prophylaxis were carried out. The polypropylene prosthesis was used in 100% of the affected patients.

Conclusion: eventroplasty and abdominoplasty are safe and effective methods in patients adequately selected.

Key words: hernia, pendulum abdomen, dermolipectomy, abdominoplasty, secondary health care.

INTRODUCCIÓN

Una hernia incisional (HI) puede definirse como cualquier defecto de la pared abdominal, con aumento de volumen o sin él, en el área de una cicatriz posoperatoria, perceptible o palpable por el examen clínico o imagenológico. Esta enfermedad representa el fracaso en la reconstrucción de la pared en una cirugía abdominal con una frecuencia de 3-11 % en pacientes con cirugía abdominal general y 23 % si existe infección del sitio quirúrgico. Se ha evidenciado que la reparación con malla es mejor que la realizada con sutura; así, las cifras de recurrencia acumulada a los 10 años son de 63 % para la última y 32 % para la primera. Existen varias clasificaciones de las eventraciones poslaparotómicas, pero en el Hospital General Docente "Dr. Juan Bruno Zayas Alfonso", centro de referencia de cirugía herniaria de la pared abdominal, se utiliza la de Jean P. Chevrel, que es aceptada universalmente.¹

Ahora bien, la obesidad es un importante factor de riesgo en la etiopatogenia de las eventraciones abdominales y favorece la aparición de complicaciones tanto preoperatorias como posoperatorias; entre las primeras se encuentran: incarceraciones, obstrucciones y estrangulaciones intestinales, ulceraciones de la piel, alteraciones en la relación continente-contenido, respiración paradójica abdominal o alteraciones en la circulación esplácnica, y entre las segundas sobresalen: seromas, hematomas, infecciones (tanto locales como generalizadas), problemas tromboembólicos, así como alteraciones respiratorias.²

Algunos autores³ se han referido al tratamiento de hernias incisionales en pacientes obesos, pues añaden una dermolipectomía durante la eventroplastia. La dermolipectomía ofrece la posibilidad de una vía de acceso directa a la hernia incisional, y puede tener implicaciones en la prevención de complicaciones relacionadas con el exceso de piel y tejido celular subcutáneo.

Los cirujanos generales que reparaban hernias umbilicales masivas, fueron los primeros en realizar dermolipectomía abdominal, pues la excisión del faldón en esta región facilitaba la reparación de dicha hernia y libraba al paciente tanto del exceso de piel como del tejido adiposo. En 1890 Demars y Marx notificaron la primera dermolipectomía limitada hecha en Francia. Por su parte Kelly, cirujano ginecólogo, fue el primero en referirse a este proceder en los Estados Unidos, en el Hospital "John Hopkins" de Baltimore, en 1899.³

De hecho, la dermolipectomía abdominal, abdominoplastia o cirugía plástica de abdomen es un procedimiento quirúrgico complejo de reconstrucción de la pared abdominal, que consta de la eliminación del exceso de piel y grasa, así como de la tensión de los músculos de dicha pared, con el objetivo final de remodelar el abdomen, la cintura y la forma del tronco del cuerpo. Esta cirugía se suele realizar en pacientes con una silueta relativamente buena pero que han tenido aumento de peso y pérdida posterior o en mujeres con varios embarazos, tras los cuales la piel y músculos abdominales se han relajado y no han recuperado su tono inicial. También puede mejorar la pérdida de elasticidad de la piel en adultos mayores, situación que frecuentemente se asocia a una obesidad moderada que no mejora a pesar de las dietas y el ejercicio físico.³

Si el individuo solo tiene acumulación de grasa por debajo del ombligo y una flacidez leve, puede ser suficiente la realización de un procedimiento menos complejo y de menor magnitud denominado miniabdominoplastia, que se efectúa en menos tiempo. En este proceder se realiza una incisión más corta, encima del pubis, no es necesaria

la cisura alrededor del ombligo, que en algunos casos puede ser descendido al estirar la piel.³

La dermolipsectomía o abdominoplastia se puede clasificar de la manera que sigue:

- Tipo 1: lipsectomía asistida con succión
- Tipo 2: minidermolipsectomía
- Tipo 3: dermolipsectomía modificada
- Tipo 4: dermolipsectomía *full* y succión asistida

También según el sentido de la resección pueden ser horizontales, verticales y combinadas.⁴

A los autores les gustaría expresar que esta operación no deja cicatrices, pero definitivamente no pueden, puesto que dicha cicatriz será siempre visible, aunque con el tiempo podrá adquirir un color rosa pálido y resultará menos evidente. Esta operación está diseñada para permanecer siempre oculta por la ropa interior o los trajes de baño, pues sigue el mismo recorrido que dibuja el elástico de un bikini en su parte delantera. Otra herida posible es la que se hace alrededor del ombligo, pero esta se "mimetiza" muy bien con la circunferencia del ombligo y resulta muy difícil de ver.⁵

La eventroplastia se puede hacer por videolaparoscopia con buenos resultados; sin embargo, tiene la desventaja que no se puede realizar al mismo tiempo la corrección de la deformidad estética de la pared abdominal.⁵

En este trabajo se presenta la combinación de dermolipsectomía con la reparación de hernias ventrales realizadas, para evaluar el resultado estético, las complicaciones y el índice de recurrencia herniaria.

MÉTODOS

Se realizó un estudio combinado, longitudinal, observacional, analítico y descriptivo de todos los pacientes operados simultáneamente de hernia incisional y abdomen péndulo o faldón abdominal en el Hospital General Docente "Dr. Juan Bruno Zayas Alfonso" de Santiago de Cuba, durante el bienio 2015-2016, a fin de evaluar los resultados de estos métodos quirúrgicos, sus complicaciones y recurrencia herniaria.

Los criterios de inclusión fueron eventración poslaparotómica en la pared abdominal anterior, abdomen infraumbilical flácido y descendido, así como consentimiento informado del paciente.

Se analizaron las siguientes variables: edad, sexo, comorbilidad, índice de masa corporal (IMC) según Quetelet: grados 0 (normopeso 20-25 %), 1 (sobrepeso 25-30 %), 2 (obesidad 30-40 %) y 3 (obesidad mórbida más de 40 %); clasificación según Asociación Americana de Anestesiología (ASA, por sus siglas en inglés, I-IV), clasificación clínica de la eventración según localización, diámetro transversal del anillo y recurrencia (M, W, R según Chevrel), cuidados preoperatorios, método anestésico, técnicas de eventroplastia y abdominoplastia, prótesis y sutura utilizada, tiempo operatorio, complicaciones, estadía hospitalaria y recurrencia herniaria.

La información se obtuvo de las historias clínicas y las fichas de seguimiento ubicadas en la consulta de cirugía herniaria de la pared abdominal.

El autor principal realizó las cirugías y solo en una participó un cirujano estético para realizar el injerto de piel al nuevo ombligo.

La dermolipsectomía consistió en una incisión horizontal suprapúbica de una espina ilíaca a la otra, resección del plano cutáneo adiposo infraumbilical, liberación del ombligo de sus inserciones cutáneas, despegamiento extenso del colgajo superior supraumbilical hasta el plano costal y xifoideo, así como el descenso de este colgajo, que debió unirse al borde inferior suprapúbico para ser suturado. A continuación, el ombligo se exteriorizó. Cabe señalar que, aunque este método suele denominarse con el término de transposición umbilical, en realidad se trata de una reposición del ombligo, puesto que este no es realmente transpuesto. Se pueden realizar otras técnicas para el nuevo ombligo.

Cuando existe un exceso cutáneo adiposo limitado al nivel infraumbilical del abdomen, sobre todo si la piel presenta lesiones bajas (estrías, cicatrices) y el resto de la pared está en buen estado se realiza la minidermolipsectomía, que consiste en una plastia abdominal localizada, con incisión transversal baja en forma de medialuna suprapúbica. En este tipo de operación no se efectúa ninguna maniobra en el ombligo, tampoco transposición, ni desinserción.

El estado de satisfacción posquirúrgica se evaluó según la clasificación de Visick modificada por Goligher (I-IV), a saber:

- I: asintomático
- II: con síntomas eventuales, uso esporádico de medicamentos
- III: sintomáticos con uso continuo de medicamentos
- IV: insatisfecho con los resultados obtenidos

RESULTADOS

La serie estuvo constituida por 16 pacientes, todas del sexo femenino, con mayor incidencia del grupo etario de 31-50 años (13 para 81,2 %) y edad media de 40 años.

En cuanto a la comorbilidad predominaron la obesidad en 8 pacientes para 50,0 % (en su mayoría con IMC de 30 y 40 %), hipertensión arterial en 6 y diabetes mellitus en 4. Según la clasificación ASA, 11 afectadas (68,7 %) pertenecieron al grado II (enfermedad sistémica leve a moderada) y las demás al I.

Todas las pacientes presentaban hernia incisional, de ellas 12 (75,0 %) de localización media infraumbilical (M_3 según Chevrel), 3 suprainfraumbilical (M_4) y 1 supraumbilical (M_1), así como anillos superiores a 5 cm de diámetro transversal; entre 5-10 cm, 4 féminas, 10-15 cm 7 (43,7 %) y superior a 15 cm, 5 ($W_{2,3,4}$ según Chevrel). Asimismo 2 pacientes tenían 2 recurrencias (R_2) y otra solo 1 (R_1); además, tenían un abdomen péndulo o faldón abdominal (figura 1) y (figura 2).



Fig.1. A). Período preoperatorio: hernia incisional por cicatriz transversa suprapúbica y abdomen péndulo; B) Período posoperatorio, a los 3 meses (transposición umbilical)

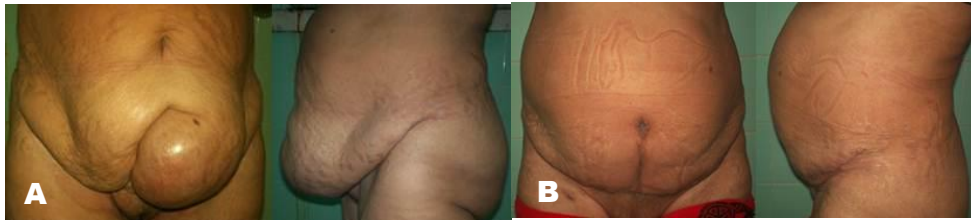


Fig.2. A). Período preoperatorio: hernia incisional por cicatriz media infraumbilical y abdomen péndulo; B) Período posoperatorio, a los 2 meses (transposición umbilical)

Todas las eventraciones eran totalmente reductibles sin afectación respiratoria o alguna otra manifestación por aumento de la presión intraabdominal (PIA), por lo que esta se midió por vía vesical. El diagnóstico de las eventraciones fue solamente clínico.

En el periodo preoperatorio 8 pacientes (50,0 %) tuvieron estadía hospitalaria entre 2 y 4 días para cuidados respiratorios (nebulización, insuflar guante y fisioterapia respiratoria); todas hicieron antisepsia personal y selectiva de la pared abdominal (ombigo y pliegue suprapúbico) con agua y jabón, ninguna recibió neumoperitoneo preoperatorio progresivo (NPP). Igualmente, la totalidad de las afectadas se beneficiaron de la profilaxis antimicrobiana con cefalosporinas (75,0 % con cefazolina) una hora antes de la cirugía y profilaxis antitrombótica con heparina de bajo peso molecular (nadroparina o enoxaparina) entre 0,3–0,6 mL (2500–3500 unidades anti-Xa) subcutáneos según riesgo quirúrgico, 2 horas antes de la cirugía.

Respecto al método anestésico, 12 pacientes (75,0 %) recibieron general endotraqueal y 4 anestesia regional. Se hizo hernioplastia mediante la técnica de Rives a 10 afectadas (62,5 %), con "traslapado" a 6 y en 4 de ellas se asoció la técnica de Bendavid por tener el anillo herniario parapúbico o suprapúbico. A ninguna de las pacientes se le realizó plicatura sobre los músculos rectos abdominales a fin de brindar mayor firmeza a la pared abdominal, que se logra con la incorporación del material protésico. Tampoco se ejecutó ningún proceder de liposucción.

En 100 % de los casos se implantó una prótesis macroporosa de 85 gr/m² de polipropileno (Surgimesh®), que fue fijada con sutura de ácido poliglicólico (PGA) en 9 pacientes (56,2 %), polipropileno (PP) en 4 y polidioxanona (PDO) en 3. En todas las féminas la prótesis se colocó en posición retromuscular prefascial (músculos rectos y anchos del abdomen) según las técnicas señaladas.

Por otro lado, en cuanto a la abdominoplastia, se efectuó dermolipectomía a 12 pacientes (75,0 %) y a 4 minidermolipectomía; a ninguna se le realizó plicatura de la aponeurosis de los músculos rectos del abdomen (figura 3).



Fig. 3. Gran colgajo dermoadiposo y saco herniario; anillo herniario con prótesis implantada y desinserción umbilical

Se le realizó transposición umbilical a 7 pacientes (43,7 %), 3 se dejaron sin ombligo bajo consentimiento informado, a 1 se le hizo injerto de piel para la plastia umbilical y a otra nuevo ombligo, luego de incisión en piel.

A todas las afectadas se les administró una dosis profiláctica de cefalosporina, luego de 2 horas de tiempo quirúrgico, el cual osciló entre 2 y 4 horas, con una media de 2,3. No hubo complicaciones durante la operación; sin embargo, en el periodo posoperatorio se produjeron 2 seromas en tejido celular subcutáneo que fueron resueltos espontáneamente; una sospecha de tromboembolismo pulmonar de ramas finas en una paciente sobrepeso con IMC mayor que 35, a pesar de la profilaxis antitrombótica (dosis insuficiente), la cual fue tratada en sala con nadroparina y egresó con warfarina por período de 6 meses; además, una necrosis umbilical luego de transposición, resuelta espontáneamente, donde quedó una cicatriz umbilical adecuada (figura 2).

Resulta importante señalar que no hubo infección del sitio quirúrgico. La profilaxis antimicrobiana parenteral se extendió hasta 3 días y la antitrombótica hasta la deambulacion del paciente, que osciló entre 24 y 48 horas. En 10 afectadas se utilizó descompresión nasogástrica con sonda de Levin y en 6 sonda vesical de Foley (en 4 casos se asoció técnica de Bendavid). Los drenajes utilizados fueron tipo hemovac y de Penrose y se retiraron entre 48 y 72 horas. La estadía posoperatoria osciló entre 3 y 10 días, con una media de 3 días. Todas las pacientes utilizaron banda compresiva abdominal alrededor de 45 días. Hasta el momento actual no ha existido recurrencia herniaria. Según el grado de satisfacción posoperatoria se observó el tipo Visick I en 10 pacientes (62,5 %) y II en 6 (37,5 %).

DISCUSIÓN

Gallego *et al*⁶ señalan que habitualmente, las hernias incisionales se presentan en pacientes del sexo femenino, en la quinta o sexta décadas de la vida, con sobrepeso u obesidad; características presentes en esta serie. Refieren que la mayoría de edad se asocia a una síntesis pobre de fibras de colágeno con inversión de la relación de colágena I / III y destrucción acelerada de estas, por lo que aumenta la aparición de hernias incisionales. También plantean que la frecuencia de eventración posoperatoria es mayor en las féminas con una relación de 3:1, atribuible a la debilidad y mayor flacidez de los tejidos de la pared abdominal en las mujeres, causada por la menor actividad física, antecedentes de embarazo y mayor frecuencia de intervenciones quirúrgicas en relación con el hombre.

Por su parte, Sauerland *et al*⁷ plantean que la obesidad es un importante factor de riesgo en la etiopatogenia de las eventraciones abdominales, que favorece complicaciones preoperatorias y posoperatorias. El aumento en el contenido de grasa

en el epiplón y mesenterio en pacientes obesos incrementa la presión intraabdominal en el período posoperatorio; además, en estos pacientes existe disminución del tono y resistencia de la masa muscular, lo cual influye negativamente en la cicatrización. También señalan que la morbilidad secundaria al sobrepeso y la obesidad, además de diabetes mellitus e hipertensión arterial incluye aumento de la grasa en la pared abdominal, riesgo a las infecciones, enfermedad varicosa y tromboflebitis en miembros inferiores, vía aérea difícil para la intubación orotraqueal, dificultades para la anestesia regional y con ello mayor riesgo de complicaciones. Refieren que el paciente obeso tiene un mayor riesgo de bacteriemia y una prolongación del tiempo de cicatrización de las heridas, lo que indica que la obesidad ejerce efectos negativos sobre los componentes del sistema inmune y su función; por tanto, el riesgo de complicaciones de la herida quirúrgica es más elevado.

Madeo *et al*⁸ refieren que en su serie la vía de acceso quirúrgico abdominal usada con mayor frecuencia fue la incisión mediana y las eventraciones se observaron en 77,0 % de estas laparotomías. En otra casuística, las incisiones medias originaron más hernias en 67,0 %, después las paramedias en 16,3 % y las transversas en 7,7 %. Opinan que la incisión paramedia permite mejor exposición quirúrgica; es un proceder rápido, y las posibilidades de hernia serán mínimas si se utiliza una buena técnica de cierre.

Berry *et al*⁹ señalan que pacientes con marcada obesidad, luego de pérdida rápida e importante de peso corporal o múltiples embarazos pueden presentar un abdomen inferior péndulo o faldón graso abdominal con exceso de tejido celular subcutáneo, piel atrófica y cicatrices quirúrgicas que coinciden con el campo quirúrgico y permiten una mejor exposición, así como vía de acceso al defecto herniario para su disección y reparación protésica. Este tipo de abdomen influye en la calidad de vida del paciente, así como en su vida laboral, social y sexual; además, facilita la entrada de infecciones locales bacterianas y micóticas.

En 1940 Ivan Goñi Moreno describió el NPP. Esta técnica tiene vigencia en los recursos terapéuticos de los cirujanos que tratan grandes defectos herniarios, sobre todo en pacientes con enfermedad cardiorrespiratoria grave, pues se consigue la relajación por distensión progresiva de la musculatura de la pared abdominal que se encuentra retraída, aumenta la capacidad abdominal progresivamente, evita la elevación brusca del diafragma y facilita la circulación venosa de retorno. Además, a partir de la segunda semana estimula el sistema inmunitario, mejora la respuesta celular de los macrófagos y posteriormente favorece la cicatrización de las heridas. Este proceder estaría indicado en eventraciones con "pérdida del derecho a domicilio" entendida como aquella en la cual más de 50 % del contenido de la cavidad abdominal se encuentra fuera de ella.¹⁰ En esta serie no hubo necesidad de emplear dicha técnica.

Blatnik *et al*¹¹ señalan que existen pacientes, a quienes se les reconstruye la pared abdominal y pueden presentar complicaciones respiratorias, por lo que se deben identificar factores predictivos, tales como edad, obesidad, tabaquismo, diámetro del defecto herniario, enfermedades pulmonares, clasificación ASA superior a II, tiempo de hospitalización e incrementos de la presión intraabdominal de 6 cm de agua. Es por ello que insisten en los cuidados respiratorios de estos pacientes.

Por otro lado, existe el consenso que se debe utilizar profilaxis antimicrobiana en la reparación de grandes defectos de la pared abdominal cuando se implantan materiales protésicos, y aunque esta reparación se considera una cirugía limpia, suele estar asociada a factores de riesgo de infección, entre los cuales figuran: edad, diabetes mellitus, obesidad, tiempo quirúrgico prolongado y disección amplia de los planos de la pared abdominal como la dermolipectomía. Para ello se sugiere el uso de

cefalosporinas de primera generación como cefazolina, 1 gramo endovenoso una hora antes o durante la inducción anestésica.¹²

Según García *et al*¹³ se estima que la incidencia de trombosis venosa profunda (TVP) en pacientes, a los cuales se les realiza cirugía abdominal, cuando no se utiliza profilaxis antitrombótica con heparina es de 20 y 30 %. La incidencia de embolismo pulmonar (EP) oscila entre 0,3 y 0,8 %; cuando este resulta mortal es de 0,1 %. El protocolo de terapia profiláctica más utilizado es la administración de una primera inyección vía subcutánea 2 horas antes de la intervención. Posteriormente se administra una única dosis cada 24 horas por 3-5 días y luego de la movilización precoz. No se necesita monitorización del tratamiento.

Las técnicas de hernioplastia incisional con implante del material protésico en posición preperitoneal – retromuscular prefascial de Rives y Bendavid son procedimientos muy utilizados en centros de cirugía herniaria de la pared abdominal de todo el mundo, así como el "traslapado" que en la institución donde se realizó este estudio ha tenido magníficos resultados en cuanto a morbilidad y recurrencia.¹⁴

Surgimesh®1, es una prótesis macroporosa de 85 gr/m² de polipropileno, comercializada por AspideMedical en tamaños de 15/15 cm y 30/30 cm, que se ha utilizado en este centro en más de 500 eventraciones de la pared abdominal, con magníficos resultados en cuanto a tolerancia, resistencia a la infección, seromas y recurrencia.¹⁵

Díaz *et al*¹⁶ señalan en una casuística de 61 pacientes una morbilidad general de 29,5 % (18 pacientes), a saber: seromas (6 para 9,8 %), hematomas (3 para 4,9 %), infección parcial de la prótesis (1 para 1,6 %), lesiones necróticas en la cicatriz (7 para 11,4 %) y recidiva herniaria (1 para 1,6 %), así como una estancia hospitalaria media de 2,1 días. Implantaron la malla según la técnica de Rives a 58 casos (95,08 %) y preaponeurótica a 3 (4,91 %). Refieren además, que la dermolipectomía como vía de acceso para reparar hernias incisionales y colocar prótesis presenta ventajas, entre ellas la exposición más favorable del campo quirúrgico que facilita el trabajo operatorio y reduce el peso de la tracción centrífuga que soporta la pared abdominal inferior, con lo cual se evita la debilidad de la parte central provocada por esa tracción, que puede favorecer la recidiva. También esta vía de acceso ofrece ventajas estéticas al realizarse sobre el pliegue abdominal inferior, puesto que reduce o elimina estrías, aplanar el abdomen, disminuye la talla de la cintura, levanta el tejido laxo anterolateral cerca del pubis y áreas ilíacas, crea una depresión xifoumbilical bien definida y permite cambiar la postura corporal.

Espinosa¹⁷ plantea que la pared abdominal, por su doble simbolismo (maternidad y erotismo), constituye uno de los elementos más importantes desde el punto de vista estético en la mujer, lo cual explica por qué los defectos de esta región se toleran negativamente. Se trata sobre todo de los defectos relacionados con el embarazo, la sobrecarga adiposa y el envejecimiento, así como las secuelas cicatrizales de intervenciones quirúrgicas anteriores.

Las técnicas tradicionales empleadas para el tratamiento de las deformidades severas de la pared abdominal incluyen diversos procedimientos que mantienen su vigencia: dermolipectomía para eliminar el exceso de peso y piel; plicaturas del músculo recto anterior del abdomen para tratar las diástasis musculares; transposición umbilical y nuevas técnicas como la succión asistida a lipectomía; cierre a alta tensión lateral con suspensión facial, así como los avances de la fascia del músculo oblicuo mayor para crear una pequeña cintura.¹⁷

De hecho, la existencia del ombligo en el centro de la pared abdominal y la necesidad de reconstruirlo al final de la operación constituye la principal dificultad técnica de esta intervención. Se trata de una verdadera "figura obligatoria", lo que no deja de provocar algunos problemas. Existen cierto número de artificios técnicos que permiten mejorar el aspecto del nuevo ombligo. Los elementos esenciales que han permitido estos avances son la mejora de las técnicas de transposición-reposición, y la adquisición de la desinserción-descenso, así como neoonfaloplastia.¹⁷

El seroma es una de las complicaciones de los procedimientos estéticos de la pared abdominal, sobre todo si se asocia a hernioplastia. Este líquido contenido en el tejido celular subcutáneo y en el espacio supraaponeurótico es frecuente tema de discusión debido a que existen opiniones divergentes y contradictorias con respecto a los factores causales, así como a los elementos que contribuyen a su formación y tratamiento.

Moretti *et al*¹⁸ señalan que la dermolipectomía aumenta estadísticamente la aparición de seromas de la pared abdominal. Los factores que producen esta aparición son la ectasia linfática, exudado inflamatorio y proliferación vascular venocapilar, mostrados en estudios histológicos; sin embargo, no demostraron desde el punto de vista estadístico que la variación o uso del electrobisturí modificara el índice de seromas. Alertan a los profesionales que realizan estos procedimientos para que dejen drenajes como mínimo 7 días, compresión estricta, control ecográfico y clínico, y procedan a aspirar dichos seromas, puesto que de esta forma se evita la formación de la pseudobursa (seroma crónico).

Giustozzi *et al*¹⁹ en su trabajo sobre variaciones hematológicas posoperatorias en pacientes con dermolipectomías señalan que las variaciones del hematocrito y de la hemoglobina en las primeras 24 horas y a los 7 días del periodo posoperatorio no se relacionan de forma directamente proporcional con el peso del colgajo dermograso abdominal extraído; la realización de cirugías combinadas no incrementa el descenso de los parámetros medidos; el descenso de los valores de hematocrito y hemoglobina a las 24 horas y a los 7 días del citado periodo no resulta despreciable. También plantean la necesidad de enfocar con mucha responsabilidad y compromiso el momento de la preselección de los pacientes a quienes se les va a realizar una dermolipectomía abdominal.

Según la experiencia de los autores, la combinación de dermolipectomía y hernioplastia no ha producido modificaciones clínicas significativas, por variaciones del hematocrito y la hemoglobina en el periodo posoperatorio inmediato o mediano.

El concepto de calidad de vida en el ámbito sanitario comenzó a utilizarse en 1947, por Karnofsky y Burchenal, quienes midieron este constructo en estudios de quimioterapia para el tratamiento de enfermedades neoplásicas. Posteriormente, en 1952 fue definida por la Organización Mundial de la Salud y comenzó a considerarse como variable de estudio por investigadores clínicos, debido a su relevancia como medida final de resultado de una intervención, al permitir la valoración del acto médico desde la visión del protagonista, el propio paciente.²⁰

Nació luego, el concepto de calidad de vida relacionada con la salud: "efecto funcional que una enfermedad o evento de interés y su tratamiento producen sobre un paciente o sujeto, tal como es percibido por este". Los dominios o dimensiones que determinan y definen este concepto incluyen: funcionalidad física y ocupacional, estado emocional, interacción social y percepción somática.²⁰

La escala de Visick, publicada en 1948, fue creada con el objetivo de medir resultados posoperatorios de la gastrectomía radical por úlcera péptica. Posteriormente, su aplicación se amplió para valorar calidad de vida en pacientes operados por presentar úlcera péptica en general y luego, para la evaluación de resultados en diversos tipos de cirugías.²⁰

Se concluye que la reparación de hernias incisionales y defectos estéticos de la pared abdominal anterior de forma simultánea es un procedimiento quirúrgico seguro y eficaz en pacientes seleccionados, que logra un cambio importante en la imagen corporal de estos y produce gran satisfacción biopsicosocial.

REFERENCIAS BIBLIOGRÁFICAS

1. Moreno Egea A, Aguayo Albacini JL. Análisis histórico del tratamiento de la hernia incisional compleja: hacia una comprensión de la técnica de doble reparación protésica. *Ciruj Esp*. 2010; 88 (5):292–8.
2. López Cano M. Cirugía basada en la evidencia y hernia incisional. *Rev Hispanoam. Hernia*. 2013 [citado 8 Oct 2016]; 1(1). Disponible en: <http://www.elsevier.es/es-revista-revista-hispanoamericana-hernia-357-articulo-cirugia-basada-evidencia-hernia-incisional-X2255267713855788>
3. Mirrafati S. Abdominoplasty history and techniques. In: Shiffman Melvin A, Mirrafati S. *Aesthetic surgery of the abdominal wall*. Berlin Heidelberg: Springer-Verlag; 2005. p. 62-7.
4. Harth KC, Blatnik JA, Rosen MJ. Optimum repair for massive ventral hernias in the morbidly obese patient—is panniculectomy helpful? *Am J Surgery*. 2011; 201(3):396–400.
5. Noguera JF, Bruna M. Hacia una eventroplastia sin cicatrices. *Rev Hispanoam Hernia*. 2013; 1(2):57-63.
6. Gallego MA, Escobar ZO, Infante RY. Algunas características generales de las Hernias Incisionales. *Rev Electron*. 2016; 31(1):12-6.
7. Sauerland S, Korenkov M, Kleinen T, Arndt M, Paul A. Obesity is a risk factor for recurrence after incisional hernia repair. *Hernia*. 2004; 8(1):42-6.
8. Madeo SD, Pistan GE. Eventraciones medianas. Reparos Anatómicos en el tratamiento con prótesis. *Rev Arg Anat*. 2012; 3(3):72–80.
9. Berry MF, Paisley S, Low DW, Rosato EF. Repair of large complex recurrent incisional hernias with retromuscular mesh and panniculectomy. *Am J Surgery*. 2007; 194(2):199-204.
10. López Sanclemente MC, Robres J, López Cano M, Barri J, Lozoya R, López S, et al. Neumoperitoneo preoperatorio progresivo en pacientes con hernias gigantes de la pared abdominal. *Cir Esp*. 2013; 91(7):444–9.

11. Blatnik JA, Krpata DM, Pesa NL, Will P, Harth KC, Novitsky YW, et al. Predicting severe postoperative respiratory complications following abdominal wall reconstruction. *Plast Reconstr Surg.* 2012; 130(4):836-41.
12. Ríos A, Rodríguez JM, Munitiz V, Alcaraz P, Pérez Flores D, Parrilla P. Antibiotic prophylaxis in incisional hernia repair using prosthesis. *Hernia.* 2001; 5(3):148-52.
13. García Sabrido JL, Pacheco Sánchez D. Profilaxis de la enfermedad tromboembólica perioperatoria en cirugía general. *Cir Esp.* 2001; 69:49-55.
14. Jaén Oropeza AR, Goderich Lalán JM, Pardo Olivares E, Quevedo Tamayo MA, Casamayor Callejas E. Fundamentos técnicos y resultados de la reparación protésica novedosa de hernias incisionales grandes. *MEDISAN.* 2017 [citado 10 Sep 2016]; 21(2). Disponible en: http://scielo.sld.cu/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1029-30192017000200010
15. Goderich Lalán JM. Uso de la malla Surgimesh® en la cirugía de hernia. *MEDISAN.* 2014 [citado 10 Sep 2016]; 18(5). Disponible en: http://scielo.sld.cu/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1029-30192014000500011
16. Díaz Godoy A, García Ureña MA, Vega Ruiz V, Camacho Ramírez A, Najib A, Urbano Delgado MA, et al. Dermolipectomía asociada al tratamiento quirúrgico de las hernias incisionales en pacientes obesos. *Rev Hispanoam Hernia.* 2013; 1(1):12-7.
17. Espinosa MA. Reconstruction of the abdominal wall for incisional hernia repair. *Am J Surgery.* 2014; 191:173-7.
18. Moretti E, Gómez García F, Monti J, Vázquez G. Investigación de seromas postliposucción y dermolipectomía abdominal. *Cir Plas Iberolatinoam.* 2006; 32(3):151-60.
19. Giustozzi W, Chinellato A, Petroni A, Fernández Coria R. Variaciones hematológicas postoperatorias en dermolipectomía. *Cir Plast Iberolatinoam.* 2010; 36(2):11-3.
20. Manterola C, Urrutia S, Otzen T. Calidad de vida relacionada con salud. Instrumentos de medición para valoración de resultados en cirugía digestiva alta. *Rev Chil Cir.* 2014; 66(3):274-82.

Recibido: 3 de enero de 2017.

Aprobado: 3 de marzo de 2017.

Adolfo Rafael Jaén Oropeza. Hospital General Docente "Dr. Juan Bruno Zayas Alfonso", avenida Cebreco, km 1½, reparto Pastorita, Santiago de Cuba, Cuba.
Correo electrónico: adolfo.jaen@medired.scu.sld.cu