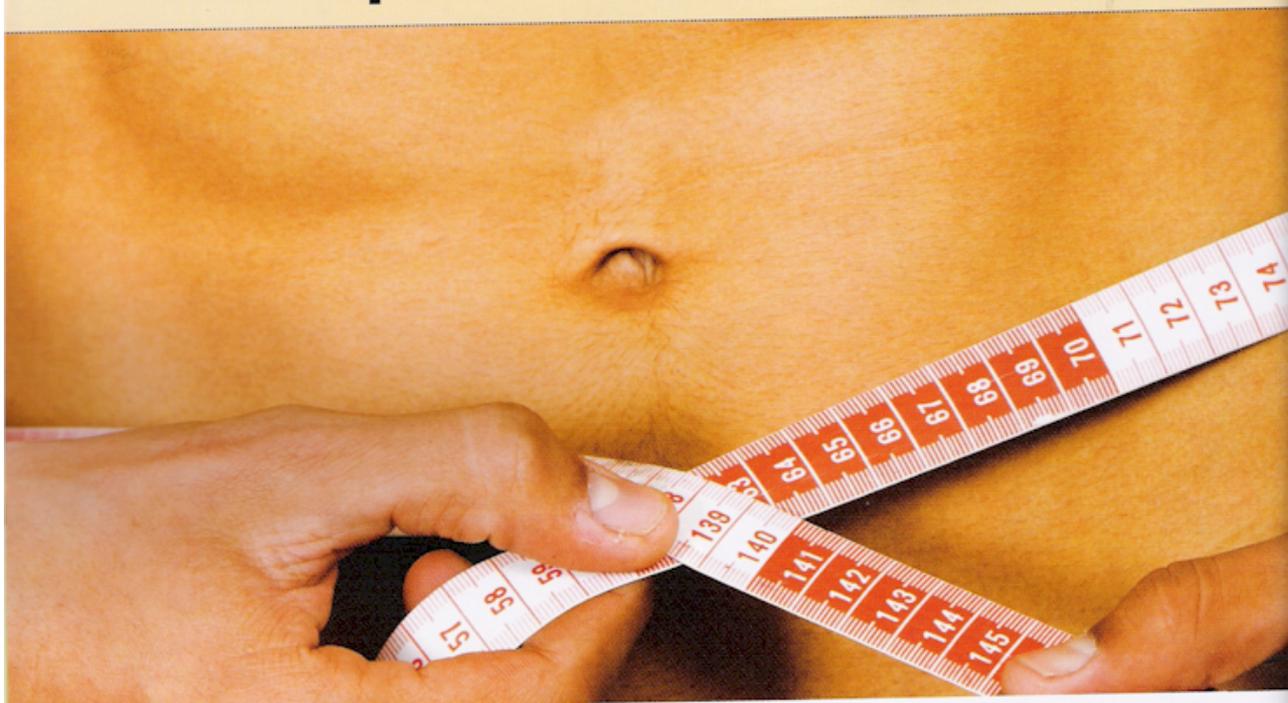




Dr. Fabián Pérez Rivera
CIRUJANO PLÁSTICO (Mat. Nac. N° 86793)
info@perezrivera.com.ar

Abdominoplastias: Dermolipectomía vs. lipoescultura



Actualmente, uno de los paradigmas de la belleza está fuertemente asociado con la delgadez y la esbeltez. Abdomenes planos, delgados, sin curvas agregadas y con músculos marcados son sinónimo de belleza y juventud.

Aunque en épocas remotas se era más permisivo con las curvas en exceso, hoy no sólo es difícil de aceptar desde el punto de vista de la calidad de vida sino también en la cantidad de vida. Numerosos trabajos científicos asocian el aumento del diámetro abdominal con el incremento en los porcentajes de trastornos vasculares y circulatorios.

La solución definitiva para esta afección va de la mano de la abdominoplastia, prácticas quirúrgicas tendientes a mejorar estéticamente la región abdominal. Estas prácticas son principalmente dos: la dermolipectomía y la lipoaspiración o lipoescultura.

Para entender mejor

Pero antes de insertarnos en estos dos procedimientos, vamos a conocer algunos detalles que hacen al entendimiento completo del tema.

Los adipositos tienen como función en todas las especies almacenar energía en forma de triglicéridos y movilizarlos según la necesidad. Su tamaño puede incrementarse hasta 1000 veces según el requerimiento de almacenaje o exceso de grasas o calorías circulantes. Para entender esta magnitud podemos comparar por ejemplo a una célula grasa con una dieta pobre en grasas con el tamaño de una aceituna (en realidad mide menos de un milímetro). Esta misma célula con una dieta rica en grasa y con excesos de calorías llevaría su tamaño comparable al de un pomelo. Esto se explica mejor mediante la *teoría adipositaria*. Sostiene que nacemos con una cantidad fija de adipositos (células grasas) que se multiplican y se desarrollan hasta la pubertad, pero que después de la pubertad dejan de multiplicarse y, por consiguiente, la cantidad de adipositos permanece fija. O sea que el aumento del volumen del tejido graso en una persona con

sobrepeso es a expensas de la hipertrofia (aumento de tamaño) de los adipositos y no de hiperplasia (aumento de número).

Esto hace que cualquier tratamiento adelgazante en pacientes con obesidades localizadas sólo pueda hacer reducir en volumen proporcional todas las células grasas de su cuerpo, pero no así en forma localizada. Por lo tanto, esta persona verá disminuir parte del volumen graso de la zona deseada (zona de obesidad localizada) al mismo tiempo que pierde volumen graso en zonas no deseadas (por ejemplo, mamas y glúteos).

El límite a esta teoría es cuando el paciente aumenta su peso corporal en más del 100%: en estos casos nuestro cuerpo comienza a fabricar células grasas nuevamente, para poder contener todo ese exceso de calorías y grasas que ingresaron a nuestro cuerpo.

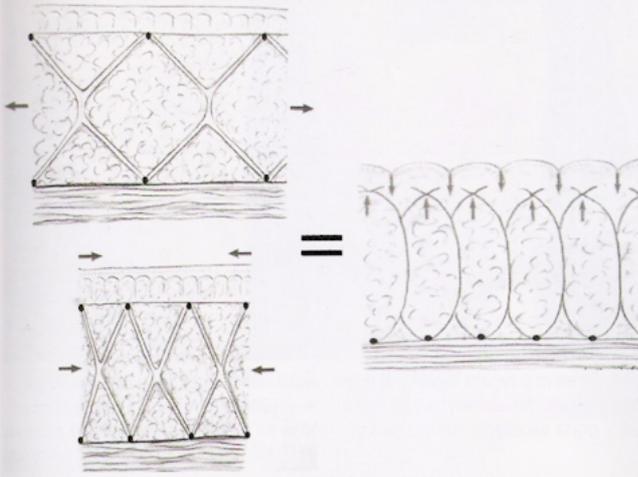
La piel se encuentra adherida al plano muscular por medio de tabiques de tejido conectivo anclados entre la dermis cutánea y la fascia o membrana que recubre los músculos. Estos tabiques conforman entre sí espacios que denominamos celdillas y que son ocupados con tejido graso.

Estos tabiques tienen capacidad elástica. Cuando el acumulo de tejido graso entre las celdillas es excesivo nos enfrentamos al fenómeno del "acordeón". Se da cuando la capacidad de cada una de las celdillas grasas se ve excedida: éstas sólo se deforman, dada la capacidad elástica del tejido conectivo, y el acumulo entre medio de ellas protuye en la superficie de la piel. Así aparece el capitoneado o imagen de piel celulítica, o mejor expresado, el fibroedema geloide. Pero a su vez, esta capacidad elástica también se vuelve en capacidad retráctil, permitiendo que - si eliminamos tejido graso - la piel permanezca adherida al plano muscular.

Es así como podemos estar tranquilos de que al eliminar tejido graso, la piel que la contenía, y que ahora se muestra redundante o sobrante, va a contraerse para fijarse en su nueva ubicación gracias a su capacidad elástica /retráctil, más cercana al plano muscular dada la ausencia parcial del tejido graso que los separaba (ver figura 1).

De esta forma sabemos que si eliminamos tejido graso en forma aguda (procedimiento quirúrgico) y no crónica (dieta)

Figura 1: Fenómeno del acordeón



El tejido conectivo que une la dermis de la piel con la fascia muscular tiene capacidad elástica /retráctil. El espacio que se forma entre cada una de ellas se denomina celdilla. Las celdillas contienen adipositos (células grasas) que almacenan calorías en forma de triglicéridos. De esta forma cuando ingerimos una dieta rica en grasas o hipercalórica, aumenta el volumen de los adipositos y las paredes de las celdillas se elongan, aumentando su capacidad y provocando proyección del volumen graso a la superficie con la consiguiente imagen de "empedrado" o "piel de naranja". Del mismo modo pero en forma inversamente proporcional, cuando ingerimos dietas pobres en grasa o hipocalóricas nuestro cuerpo toma calorías de las almacenadas provocando una disminución del volumen de los adipositos, las celdillas se retraen, disminuyendo su capacidad y acortando la distancia entre la dermis y el plano muscular. Esta retracción también la vamos a ver en forma aguda y localizada cuando disminuimos la cantidad de células grasas por medio de una lipoescultura o dermolipectomía.

la piel no va a quedar redundante o con grandes pliegues.

Dermolipectomía vs. lipoescultura

Primero debemos aclarar que el término de lipoescultura no hace más que aclarar que se realiza la lipoaspiración convencional con bomba de aspiración pero con cánulas más pequeñas que las habituales: se usan de diámetro no mayor a los 3-5 milímetros. Por lo tanto, pueden ser usados como sinónimos.

Por otro lado el término dermolipectomía corresponde a la resección de tejido cutáneo y grasa de alguna zona corporal. En el caso que nos ocupa hablamos entonces de dermolipectomía abdominal.

Ahora bien, nos encontramos ante un abdomen con exceso de tejido graso y con la persona que lo porta queriendo resolverlo... ¿Qué le podemos ofrecer como solución?

Le vamos a preguntar al interesado ante todo si quiere un resultado temporario pero no cruento o mínimamente invasivo (por ejemplo endermoterapia) o un resultado permanente pero invasivo o quirúrgico. Nos vamos a quedar con esta última posibilidad.

Si el problema es sólo el exceso de tejido graso y no tiene ninguna otra afec-

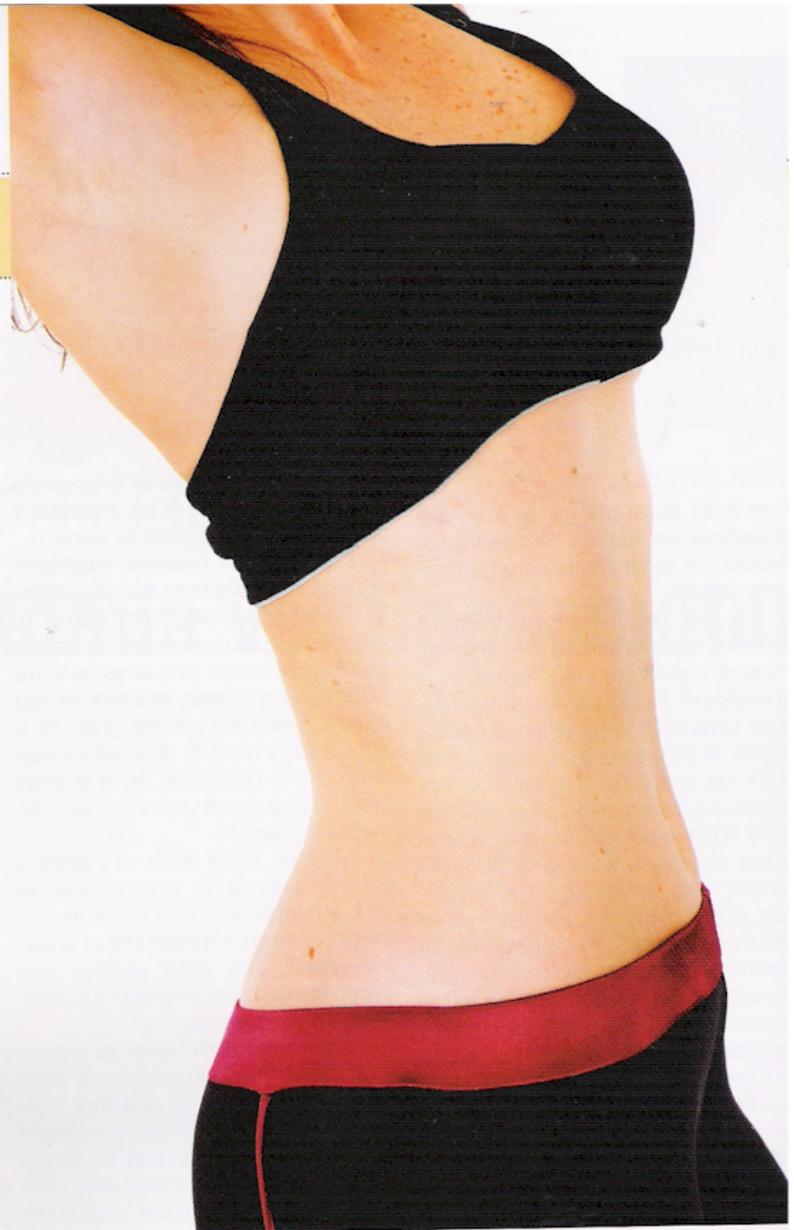
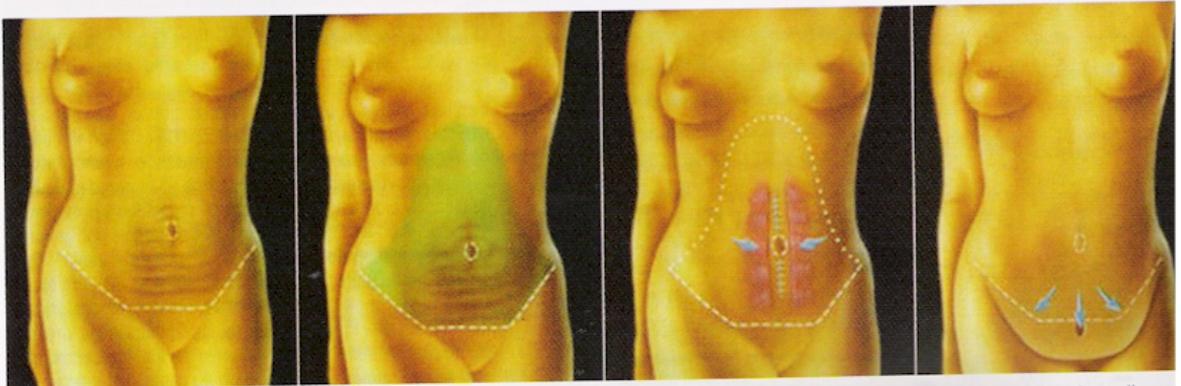


Figura 2: Esquema y pasos de una dermolipectomía abdominal



Se realiza una incisión pubiana horizontal que se prolonga a los lados. Se eleva y separa la piel y el tejido celular subcutáneo (grasa) hasta llegar al apéndice xifoideo (parte inferior del esternón) previa desinserción del ombligo. Se aprovecha y se juntan con suturas los músculos rectos abdominales para generar un abdomen plano. Finalmente, se recorta la piel y grasa excedente, se recoloca el ombligo en su nueva posición y se sutura las heridas.