

Cirugía del tejido adiposo subcutáneo

Dr. Guillermo Fossati¹

Resumen

Se analizan las técnicas clásicas de resección del tejido adiposo subcutáneo (lipectomías y dermolipectomías) y de los injertos de ese mismo tejido.

Se explica el adelanto fundamental que significan las técnicas de lipectomía por aspiración y lipo-injerto por inyección.

Se menciona la importancia de la forma del cuerpo entre las exigencias estéticas del mundo actual y la forma en que estas nuevas técnicas contribuyen a mejorar la situación de los pacientes que requieren este tipo de corrección.

Palabras clave: Tejido adiposo – terapia
Lipectomía
Dermolipectomía

Summary

Classical subcutaneous adipose tissue resection techniques (lipectomies and dermolipectomies) and grafts of the same tissue are analysed. The essential advance obtained with liposuction and fat-injection graft is explained. The importance of body form among cosmetic requirements of present times and the way in which these new techniques contribute to improve the condition of patients that need this type of correction are mentioned.

Introducción

En la década del '70 los cirujanos conocíamos técnicas bien regladas para tratar con éxito múltiples enfermedades del interior de nuestro cuerpo, de las cavidades craneana, torácica y abdominal, del cuello, de la columna y del sistema circulatorio.

Sin embargo, *nuestras posibilidades para manejar quirúrgicamente el tejido adiposo subcutáneo eran muy limitadas.*

Cuando queríamos resecar parte de ese tejido graso, teníamos que recurrir a técnicas agresivas: las lipectomías y las dermolipectomías, con resultados muy pobres y secuelas importantes en la mayoría de los casos. En el caso contrario, cuando queríamos aumentar el volumen de ese tejido, recurrimos a los autoinjertos en block de tejido adiposo con resultados aún peores que en el caso de las resecciones. La reabsorción del injerto, su necrosis parcial o total, las calcificaciones y los quistes eran secuelas habituales.

A pesar de ello y ante la necesidad real de actuar sobre este tejido, muchos fueron los intentos que se hicieron y en algunos casos los resultados obtenidos nos parecían *acceptables* ante la imposibilidad de obtener cosas mejores.

Entre los autores más destacados de ese período podemos citar a Kelly y Neuber en 1910, Lexer en 1911, Le Gros Clark en 1945, Peer, Watson y Bames en la década del '50 para limitarnos a los más conocidos⁽¹⁻⁷⁾.

En los '70 aparecen los primeros trabajos orientados hacia técnicas más lógicas para el remodelado del tejido graso subcutáneo (Schrudde, J. en 1973; Kesselring U. K. y Meyer R. en 1978)^(8,9).

Pero fue necesario esperar hasta el final de esa década para que aparecieran los primeros trabajos, verdaderamente revolucionarios en este capítulo de la cirugía.

Para nosotros fue Y.G. Illouz, en París, quien propuso por primera vez una técnica bien reglada para resecar tejido adiposo subcutáneo en la forma y volumen deseado con un resultado estéticamente bueno⁽¹⁰⁾.

Se trata de una técnica de las llamadas «cerradas» y consiste en la extracción de los lobulillos adiposos mediante la introducción de una cánula unida a una fuente de vacío⁽¹¹⁾.

Fue resistida por muchísimos cirujanos que la consideraron «a priori» como peligrosa. No debemos olvidar que todas las técnicas cerradas o realizadas con instrumentos tubulares introducidos por los orificios naturales o a través de la piel fueron siempre rechazadas inicialmente por las escuelas quirúrgicas. La laparoscopia fue uno de los primeros ejemplos.

¹ Cirujano plástico.

Presentado a la Sociedad de Cirugía del Uruguay el 9 de agosto de 1989.

Correspondencia: Dr. G. Fossati, José Scosería 2594. Montevideo, Uruguay.

En Europa —y a pesar de las críticas— este método entusiasmó a un grupo de cirujanos entre los que deseo destacar a dos, Pierre Fournier de París y Francis Otteni de Strasburgo con quienes aprendí la técnica en 1982 ⁽¹²⁾. Ese año presentamos el primer trabajo en nuestro país ⁽¹³⁾.

La técnica consiste en la introducción de una cánula de diámetro variable, en el espesor del tejido adiposo subcutáneo. Esta cánula está unida a una fuente de vacío cercana a una atmósfera. Movimientos de va-y-viene estimulan el pasaje de los lobulillos adiposos al interior de la cánula y de ahí a un frasco colector. La cánula se introduce formando diferentes túneles, dispuestos en abanico, desde uno o varios puntos de la superficie, de manera de recorrer toda la región que se desea tratar sin producir en ningún momento decolamientos cruentos ni lesionar pedículos vasculares y nerviosos.

Inicialmente se infiltraba la región a tratar con una solución de hialuronidasa con la idea de que favorecía el desprendimiento del tejido adiposo. Luego se vio que esta infiltración era innecesaria.

El procedimiento fue enfocado desde el inicio de dos maneras diferentes. Algunos cirujanos prefirieron —y prefieren hoy día— realizar el tratamiento del paciente en un solo tiempo operatorio, bajo anestesia general y eventualmente con reposición de sangre.

Otros cirujanos hemos elegido, casi desde el inicio, la realización de la técnica en forma sectorial, por zonas, en tiempos quirúrgicos diferentes, con anestesia local y en forma ambulatoria. Vemos ventajas fundamentales en esta manera de proceder: técnica muy poco agresiva, sin sangrado intraoperatorio, con mínima morbilidad postoperatoria y, muy especialmente, con ausencias de fantasías en cuanto al resultado estético final. Este último aspecto es en nuestra opinión el más importante ya que la indicación habitual de esta técnica es el remodelado del cuerpo con fines estético-psicológicos.

Algunas de las indicaciones no estrictamente estéticas son el tratamiento de ciertos lipomas, la lipomatosis periarticular dolorosa e invalidante, la ginecomastia y la reducción del grosor del panículo adiposo en zonas del cuerpo a través de las cuales el cirujano desea abordar estructuras profundas (operaciones abdominales, pelvianas, cadera, etc.) ⁽¹⁴⁾.

La Lipectomía por aspiración es una técnica aparentemente sencilla pero, como todas las técnicas cerradas o semicerradas, la simplicidad es solo aparente.

Las complicaciones son de dos tipos: las vinculadas a una mala realización del procedimiento y las que son posibles luego de un correcto acto quirúrgico.

Entre las primeras se han descrito hemorragias, shock, exceso de expoliación de tejidos, infecciones de causa conocida y evitable, penetración de la cánula en cavidades, etc. Las complicaciones que pueden

producirse luego de un acto quirúrgico correcto son pocas y raras. En nuestra experiencia, coincidente con la de autores con enorme casuística y similar «modus operandi» no hemos tenido infecciones ni hemorragias y no hay ningún caso de embolia grasa. No hemos tenido complicaciones derivadas de la anestesia o de la transfusión sanguínea ya que actuamos con anestesia local y nunca hemos necesitado reponer sangre. Complicaciones menores son el edema postoperatorio en general moderado, las sufusiones o el dolor que suele ser muy discreto. Desde el punto de vista estético, la gran complicación es el exceso o la irregularidad del tejido grasoso remanente que indicaría un error en la cantidad de tejido que se reseco o una desprolijidad en la técnica.

Para lograr los mejores resultados se debe planear cuidadosamente la operación, emplear una técnica atraumática con cánulas finas. La abundancia de túneles y su disposición en red permiten obtener mayor regularidad en la superficie. Es muy importante evaluar la elasticidad de la piel y las características del cuerpo. La información al paciente debe ser abundante y muy clara ⁽¹⁵⁾.

La lipectomía por aspiración permite obtener un volumen muy importante de tejido adiposo sano, en lobulillos, cuya integridad y viabilidad son fácilmente demostrables con el estudio microscópico. Ya en 1982 Illouz ⁽¹⁶⁾ planteó la posibilidad de aprovechar este material como injerto. En 1983 se hicieron los primeros intentos y nosotros realizamos el primer injerto de grasa obtenida por aspiración a comienzos de 1984 ⁽¹⁷⁾.

La esperanza de que esta nueva técnica de injerto de tejido adiposo dé resultados superiores a los obtenidos con los injertos en block, se basa en que el injerto es depositado en túneles labrados en forma incruenta en el espesor del tejido celular subcutáneo. El contacto entre injerto y lecho receptor es muy íntimo ^(18, 19).

Desde 1984 hasta la fecha hemos realizado, con mucha prudencia, injertos de tejido grasoso en cara, senos, cicatrices deprimidas y depresiones naturales antiestéticas. Desde el punto de vista clínico los beneficios para el paciente son evidentes. Existe siempre un porcentaje de reabsorción, variable e imprevisible, que es aceptado de antemano.

Lo que continúa aún siendo objeto de investigación y discusión es el destino final del material injertado, el mecanismo de reabsorción, la necrosis parcial del injerto, la evolución del contenido grasoso intracelular, las posibles calcificaciones, la sustitución por tejido fibroso, etc. ⁽²⁰⁾.

Estas interrogantes se aclararán con mayor experiencia y mayores estudios.

Lo que ya no se puede negar es que el capítulo del remodelado de la forma del cuerpo, en lo que a manto

grasoso se refiere, ha dado un salto con la incorporación de las técnicas de lipoaspiración y de lipoinjerto.

La importancia de la estética corporal para una más satisfactoria actividad de cada uno de nosotros en el medio familiar, social y laboral no se reduce actualmente a la armonía del rostro sino que la forma del cuerpo se ha convertido en algo muy importante, nos parezca bien o no, en el éxito o fracaso de nuestra actividad en este mundo, tan competitivo, especialmente en las grandes ciudades.

Nuestra experiencia en el tema se basa en una casuística que, para nuestro medio, se puede considerar relativamente importante.

Lipectomía por aspiración (1982–1989)

- Número de pacientes tratados: 467
- Número de sesiones operatorias: 899
- Número de regiones: 1801

Lipoinjerto intersticial (1984–1989)

- Número de pacientes tratados: 115
- Número de sesiones operatorias: 140
- Número de regiones: 160

Bibliografía

- Kelly HA. Excision of the fat of the abdominal wall: lipectomy. *Surg Gynecol Obstet* 1910; 10: 229–31.
2. Neuber G. Asepsis und Kunstliche Bluteere Verhandl. Deutsch Gesellsch. fur Chir. (Berl.), 1910; 22: 159.
3. Lexer E. Freie Fett-transplantation. *Dtsch Med. Wocheschr.* 1911; 36: 640.
4. Le Gros Clark FRS. *The tissues of the Body.* Oxford at the Clarendon Press, 1945.
5. Peer LA. The neglected free fat graft. *Plast Reconstr Surg* 18: 233, 1956.
6. Watson J. Some observations on free fat grafts with reference to their use in mammoplasty. *Brit J Plastic Surg* 12: 263. 195.
7. Barnes HO. Augmentation mammoplasty by lipotransplant. *Plastic Reconstr. Surg*; 1953; 11: 404.
8. Schrudde J. Lipexeresis as a new type of aesthetic plastic surgery. Congress of the European Section of the International Confederation of Plastic Surgeons 2º Madrid, 1973 (Abstract Book).
9. Kesselring UK, Meyer R. Suction curette for removal of excessive local deposits of subcutaneous fat. *Plast. Reconstr. Surg.* 1978; 62: 305.
10. Ilouz YG. Une nouvelle technique pour les lipodystrophies localisées. *Rev. Chir. Plast. Fr.* 1980; 19(6).
11. Fossati GH. Lipectomía subcutánea por aspiración. Sociedad de Cirugía del Uruguay 1983. Publicado en *Bol Serv Cir Plást Hosp Pasteur.* 1985; (5 oct).
12. Fournier P, Otteni F. Lipodissection in body Sculpturing. The dry procedure. *Plast Reconstr Surg* 72, 598, 1983; 72: 598.
13. Fossati GH. Lipectomía subcutánea por aspiración. Sociedad de Gastroenterología del Uruguay. Noviembre 1982.
14. Fossati GH. Lipectomía por aspiración. Relato Congreso Ibero-latinoamericano 5º y congreso Paraguayo de cirugía Plástica y Reparadora. Asunción, Paraguay. 5–10 Agosto 1984. *Actas.*
15. Fossati GH. Verdades y mitos de la cirugía estética. Montevideo, Uruguay 1988. Ed. del Autor.
16. Ilouz YG. Comunicación personal, 1983.
17. Fossati GH. Injerto de tejido adiposo (lipo-injerto). Relato Docente. XVIII Congreso Argentino de Cirugía Plástica. Villa Carlos Paz, Córdoba, Argentina. Publicado en el *Bol Serv Cir Plást Hosp Pasteur*, 1989; 4(13).
18. Salgado M. Autoinjerto en islotes de tejido adiposo extraído por aspiración para el remodelado de las deformaciones mamarias hipoplásicas. Monografía para acceder al título de Especialista, 1988. Biblioteca de la Facultad de Medicina de Montevideo, Uruguay.
19. Peer LA. Transplantation of fat. *Plastic Reconstr Surg* 1977; 1: 251–61.
20. Vazquez Barbé A, Ontiveros S, González G. Histopatología de la grasa aspirada. *Am Cosmetic Surg* 1985; 2(4).