

Lipo secundaria. Técnica para pasar de FAKE PACK a SIX PACK

Secondary Lipo. Technique to go from FAKE PACK to SIX PACK

Dr. Ricardo Babaitis¹

REVISTA ARGENTINA DE CIRUGÍA PLÁSTICA 2024;30(1):37-40. [HTTPS://DOI.ORG/10.32825/RACP/202401/0037-0040](https://doi.org/10.32825/RACP/202401/0037-0040)

INTRODUCCIÓN

Se ve un aumento importante de casos de pacientes que ya tienen una lipo anterior, donde se ha producido un cambio en la forma y la definición abdominal que da un resultado falso e insatisfactorio ya que el paso del tiempo o el aumento de peso generan aspectos muy falsos con estigmas de cirugía.

Las causas son variables. Con el advenimiento de la Lipo¹ ejecutada sin la experiencia necesaria, muchas veces se realiza una definición muy superficial con escasa lipoaspiración de la capa profunda de la grasa, o se han pasado tecnologías como Vaser muy superficial para generar retracción, o se hizo la lipoaspiración entera superficial, o se realizó una definición tan agresiva que vemos la piel pegada a la aponeurosis del recto abdominal, a la línea alba y a las líneas semilunares.

También vemos la realización de lipoaspiración con definición en pacientes con flaccidez que tienen indicación de abdominoplastia, y se realiza en esa piel flácida definición superficial con resultados catastróficos. Y por último vamos a ver a los pacientes a los que se les realizó una abdominoplastia con poca lipoaspiración dejando un abdomen plano con aspecto 2d ya que no se ven las formas musculares y óseas.

El objetivo de este artículo es contar con un protocolo para poder tratar estos resultados insatisfactorios y dar al paciente un resultado más natural y duradero.

Lo más importante es identificar principalmente al paciente flácido, ya que el tratamiento será principal-

mente similar a los otros, pero se va a agregar la abdominoplastia al final.

MATERIALES

MARCACIÓN

Se van a marcar las zonas a aspirar si es que hay grasa, y muy importante es marcar las zonas muy deprimidas y adheridas a la aponeurosis para mejorarla y borrar la marcación previa mediante la liberación de las adherencias y el relleno con grasa (**Figura 1**).

PRIMER PASO

Colocar 1 g de ácido tranexámico EV antes de comenzar a infiltrar para reducir hematomas y sangrados².

Hacer una infiltración voluminosa súper *wet* para que genere una disección del tejido fibroso y nos dé una zona de seguridad para poder seguir con el paso siguiente. La zona abdominal puede llevar de 3 a 4 litros de solución de infiltración. Se recomienda usar cánulas Mercedes 3 o 4 ya que nos dan un control más preciso que la aguja de Klein, la que fácilmente se puede desviar y producir perforaciones abdominales sobre todo porque vamos a encontrar zonas muy fibrosas que desvían las cánulas.

En general, la solución de infiltración lleva solo 1 ampolla de adrenalina por litro si vamos a hacer anestesia general o bloqueo.

Se agregan 20 ml de lidocaína al 2% con epinefrina cada 2 litros de solución si se va a realizar sedación.

SEGUNDO PASO

La utilización del ultrasonido (Vaser, Heus, Ultra z) con sondas de 1 anillo o nuevas sondas con una especie de espátula ideal para despegar la fibrosis y liberar las adherencias, se usa al 50% ya que será utilizado mucho tiempo hasta que la piel quede liberada y suelta. (20 a 60 min). También puede ser realizado con láser de diodo de 980 nm a 20 watts o de 1470 nm a 13 watts. El láser rompe con más facilidad la fibrosis pero requiere

1. Práctica privada

✉ Correspondencia: revista@sacper.org.ar

Los autores no declaran conflictos de intereses

Recibido: 08/01/2024 | Aceptado: 22/01/2024

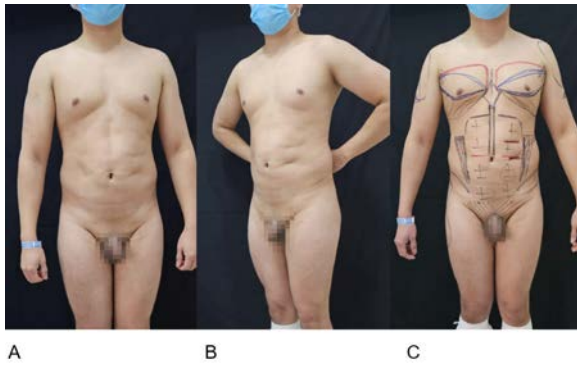


Figura 1. Paciente de 40 años con cirugía de lipo con definición hace 5 años. A) y B). Preoperatorio. C) Marcación: lo que está en negro son zonas a lipoaspirar y definir; en el abdomen se ven dos líneas rojas a liberar y rellenar.

firmeza de mano al usar la cánula para evitar el desvío de esta hacia la piel o el músculo (**Figura 2**).

TERCER PASO

Aca hay dos opciones

- No hay grasa: en ese caso se utiliza una cánula básquet 4 mm con sistema PAL (microaire) sin aspiración ya que lo que se quiere lograr es ecualizar el colgajo, y la grasa que se desprende de ciertas zonas llega a zonas más adelgazadas a modo de autoinjerto.
- Hay grasa: utilizamos el mismo método que en a), pero si se realiza la aspiración para poder adelgazar el colgajo donde lo requiera, realizarlo en el plano profundo pegado a la aponeurosis, principalmente para no dañar el plexo subdérmico que quizás ya está muy afectado por la anterior cirugía.

CUARTO PASO

Es muy importante para recrear un abdomen definido y que no quede plano la incorporación de la Técnica UGRAFT³, que nos permite definir el abdomen sin necesidad de tallar la grasa la que ya fue tratada en la lipo que realizamos tratando de dejar el colgajo lo más parejo posible sin realizar definiciones en la grasa.

Esta técnica mediante una cánula ecoguiada nos permite realizar lipotransferencia en todo el recto abdominal y en los oblicuos.

Vamos a utilizar la grasa aspirada si es que pudimos recolectar durante la etapa de lipo, aproximadamente 200 cc en mujeres y 300 cc en varones en todo el recto.

QUINTO PASO

Si hay una flaccidez importante con estrías, edad más de 50 años o paciente con pérdida masiva de peso previa, se realiza una abdominoplastia que puede ser normal o ampliada y en ese caso, en lugar de usar la técnica de UGRAFT³, vamos a usar la técnica RAFT⁴ o UNIRAFT, que nos permite rellenar el recto abdominal con cánulas normales 3 o 4, realizando incisiones en cada *pack* o rellenando todo el recto a través de una



Figura 2. A) Varón de 50 años con fibrosis muy adherida usando Vaser. B) Mujer de 45 años liberando fibrosis con láser.

sola incisión (UNIRAFT). Esta es mi técnica preferida por la rapidez y seguridad.

Si hay flaccidez mediana, vamos a utilizar tecnologías de retracción con radiofrecuencia (BodyTite, Renuvion, Dorian). Y si no hay flaccidez, no aplicamos tecnologías ya que la piel puede tener compromiso vascular de la lipo previa (**Figura 3**).

SEXTO PASO

Si existen zonas con marcación superficial que simulan cortes en la piel y que se siguen viendo a pesar de los pasos anteriores se inyecta grasa a modo de microinjerto con aguja 18 G y jeringas de 3 cc que nos van a dar más control. Estas punciones múltiples serán dadas en el plano dérmico en distintos planos y con la aguja a 90 grados. Usar una cánula e inyectar debajo de la piel y profundo no dará resultado ya que la grasa se moverá. Una metámera en general nos va a demandar de 10 a 20 cc de grasa.

Es importante aclarar al paciente que puede ser necesario en un segundo tiempo volver a realizar el injerto en las zonas deprimidas (**Figura 4**).

En estos casos de lipos secundarias se aconseja usar vendajes muy suaves y colocar espuma de poliuretano o Epifoam, que sería la ideal pero difícil de conseguir en Argentina.

COMPLICACIONES

Podemos tener mayor compromiso vascular por la afectación previa del plexo subdérmico. Por eso, es mejor utilizar las tecnologías con propiedad y no excederse en su empleo. Se puede usar cámara hiperbárica, DMSO y tratamientos preventivos de sufrimiento cutáneo.

Por lo tanto, hay que vigilar de cerca la evolución de la piel y no abusar con las compresión elástica los primeros 7 días.

Hay zonas de fibrosis que son verdaderos bloques que no hay manera de ablandar, el láser de diodo es una op-



Figura 3. Una vez aplicados los pasos 1, 2, 3 y 4, pasamos al empleo de tecnologías para retracción, en este caso Renuvion, que es una radiofrecuencia que usa helio en estado de plasma.



Figura 5. Resultados posoperatorios. A) Varón de 50 años con tres lipos previas. Se utilizaron todos los pasos más Renuvion. B) Varón de 43 años con dos lipos previas. Se utilizaron todos los pasos más Renuvion. C) Mujer de 26 con lipo previa con Vaser, ella quería borrar la definición que le daba aspecto masculino. Solo se usó láser de diodo de 980 nm para liberar las adherencias.

ción, ya que a diferencia de los ultrasonidos atraviesa cualquier tejido sin discriminar y nos permite liberar con más eficiencia esos bloques duros.

Y hay casos en los que va a permanecer cierta zona endurecida, que el paciente debe saber de antemano.

El resto de las complicaciones son iguales a las lipos o dermos en sí.

La única salvedad es que si hay flaccidez importante y vemos una lipo muy superficial previa se recomienda una abdominoplastia Tuluá⁵ y la variante Tuluá HD masculina⁶, que va a tener un compromiso vascular menor y es mucho más segura que la dermo tradicional con gran despegamiento.



Figura 4. Acá está el paciente de la Figura 1 al final de la realización de los 6 pasos. Se llegan a ver las punciones realizadas a nivel de una metámera supraumbilical del lado izquierdo.

La evolución posoperatoria es más larga que una lipo primaria, y con kinesioterapia y aparatología podemos acelerar el procesos de cicatrización (**Figura 5**).

CONCLUSIONES

Cada vez se ven más casos de lipos secundarias de pacientes con malos resultados de la criolipólisis y la fosfatidilcolina que generan mucha fibrosis, e incluso abdominoplastias que han quedado planas y el paciente quiere una forma más natural y anatómica; por lo tanto, es necesario en estos casos contar al menos con tecnologías para liberar las fibrosis.

Lo más importante es la seguridad de la cirugía y evitar las complicaciones de la lipo HD⁶.

1) Ultrasonidos (Vaser, Heus, Ultra Z).

2) Láser de diodo, que cumple una función similar.

Además de ocuparnos de la piel nos ocuparemos de la voluminización del abdomen mediante técnicas cerradas en caso de lipo UGRAFT y en caso de abdominoplastias el RAFT, y sus variantes.

El tratamiento posterior debe ser muy de cerca y sin compresión los Iros días ya que ignoramos los daños en la vascularización de los procedimientos previos.

BIBLIOGRAFÍA

- 1- Hoyos AE, Millard JA. Vaser-assisted high-definition liposculpture. *Aesthet Surg J.* 2007;27(6):594-604.
- 2- 1Agochukwu-Nwubah N, Mentz HA. Abdominal etching: Past and present. *Aesthet Surg J.* 2019;39(12):1368-1377.

3. 1 Vera Cucchiaro J. High definition liposuction classification. *Plast Reconstr Surg Glob Open*. 2019;7(9):e2440.
4. 2- Cansanção AL, Conde-Green A, David JA, Cansanção B, Vidigal RA. Use of tranexamic acid to reduce blood loss in liposuction. *Plast Reconstr Surg*. 2018;141(5):1132-1135.
5. 3- Viaro MSS, Danilla S, Cansanção AL, et al. Ultra HD liposuction: enhancing abdominal etching using ultrasound-guided rectus abdominis fat transfer (UGRAFT). *Plast Reconstr Surg Glob Open*. 2020;8:e2818
6. 4- Danilla S (2017) Rectus abdominis fat transfer (RAFT) in lipo abdominoplasty: a new technique to achieve fitness body contour in patients that require tummy tuck. *Aesthetic Plast Surg* 41(6):1389–1399. <https://doi.org/10.1007/s00266-017-0909-9>
7. 5- Villegas FJ. A novel approach to abdominoplasty: TULUA modifications (transverse plication, no undermining, full liposuction, neoumbilicoplasty, and lowtransverse abdominal scar). *Aesthetic Plast Surg*. 2014;38(3):511-520.
8. 6- Babaitis R, Villegas FJ, Hoyos AE, Perez M, Mogollon IR (2022) TULUA male high-definition abdominoplasty. *Plast Reconstr Surg*. 149(1):96–104. <https://doi.org/10.1097/PRS.00000000000008680>