

Llanos, S.; Macan, F.; Llanos, P.; Llanos, F.

Incidencia de seroma postoperatorio tras reparación de la fascia de Scarpa en abdominoplastia-liposucción

Cirugía Plástica Ibero-Latinoamericana, vol. 39, núm. 2, abril-junio, 2013, pp. 129-136

Sociedad Española de Cirugía Plástica, Reparadora y Estética

Madrid, España

Disponible en: <http://www.redalyc.org/articulo.oa?id=365533930003>

Cirugía Plástica
Ibero-Latinoamericana

Cirugía Plástica Ibero-Latinoamericana,

ISSN (Versión impresa): 0376-7892

ciplaslatin@gmail.com

Sociedad Española de Cirugía Plástica,

Reparadora y Estética

España

Incidencia de seroma postoperatorio tras reparación de la fascia de Scarpa en abdominoplastia-liposucción

Postoperative seroma incidence after repair of Scarpa fascia in abdominoplasty-lipoaspiration

**Llanos, S.****Llanos, S. *, Macan F.**, Llanos P.***, Llanos F.*****

Resumen

La fascia de Scarpa es un hito anatómico de la pared abdominal y divide el tejido graso de ésta en una capa superficial y en otra profunda. Existen publicaciones que aseguran que en una abdominoplastía, la preservación *in situ* de esta estructura mediante disección superficial a la misma puede prevenir la formación de seromas, pero en la ejecución de ésta técnica se han observado peores resultados estéticos. Consideramos que al reparar el defecto creado, mediante la sutura de la fascia de Scarpa, podemos emular el efecto de disminución de seromas pero sin comprometer el resultado estético.

Mediante el uso de la base de datos del primer autor, seleccionamos pacientes que cumplan como criterios de inclusión: ser menores de 65 años, en rangos normales de peso, sometidas a abdominoplastia con lipoaspiración en el período comprendido entre abril del 2004 y diciembre del 2009, divididas en 2 grupos cuya diferencia es el cierre de la fascia de Scarpa (que hacemos de rutina desde julio del 2007). En total, 2 grupos de 97 pacientes cada uno en los que se midió el débito del drenaje que se retira al tercer día, y en controles médicos posteriores si se sospechaba la presencia de seroma, realizando punciones hasta obtener menos de 50 ml.

Al comparar el débito de drenajes, número de punciones y cantidad de fluido obtenido en las punciones, encontramos diferencias estadísticamente significativas entre ambos grupos. No hubo diferencia en el índice de masa corporal (IMC), comorbilidad y complicaciones entre los grupos.

En conclusión, planteamos que con la reparación de la fascia de Scarpa mediante su sutura en los procedimientos de abdominoplastia con lipoaspiración se remeda el efecto de prevención de formación de seroma de una disección más superficial, pero sin compromiso estético secundario; además, creemos que la retirada de los drenajes al tercer día postoperatorio es una práctica segura. Sin embargo, se requieren más estudios para profundizar y confirmar los hallazgos.

Palabras clave Abdominoplastia, Liposucción abdominal, Seroma, Fascia de Scarpa.

Código numérico 5311

Abstract

The Scarpa fascia is an anatomic hint in the abdominal wall, and divides the fat tissue in a superficial and a deep layer. Other publications assert that in abdominoplasty, preserve this structure and making a more superficial dissection can prevent the seroma formation, but with worse aesthetic results. We consider that repairing the defect created by suturing the Scarpa fascia we can emulate the effects in diminishing the seroma, but without the aesthetic compromise.

Using the first author's data base, we select patients that complies with the following inclusion criteria of abdominoplasty plus liposuction: women, younger than 65, with no overweight, operated between April 2004 and December 2009, divided in 2 groups, with and without Scarpa's fascia closure (that became a routine in July 2007). Two groups, 97 patients each. We measured drain content (all the drains were took away by day 3), and in subsequent medic control if a seroma was clinically suspected, it was punctured until the amount of serum obtained was under 50 cc.

Comparing both groups, there is statistically significant difference between them in drainage and amount of fluid obtained by punctures; also in the number of punctures and number of patients that needed the procedure. There is no difference between groups in age, body mass index (BMI), co-morbidity or complications.

We think that repairing the defect by stitching the Scarpa fascia redeems the effect of preserving it but without the aesthetic defect, and all drainages can be safely took away by day 3. Anyway, further studies are needed in order to confirm this aspect.

Key words Abdominoplasty, Abdominal liposuction, Seroma, Scarpa fascia.

Numeral Code 5311

* Cirujano Plástico, Profesor adjunto Universidad de Chile y Universidad de los Andes, Departamento de Cirugía Plástica Hospital del Trabajador de Santiago, Cirugía Plástica Hospital Parroquial de San Bernardo, Universidad de Los Andes. Santiago, Chile.

** Cirujano General, Diplomado en Bioestadística Aplicada, Hospital Clínico Mutual de Seguridad, Santiago, Chile.

*** Estudiante de Odontología, Universidad de Chile, Santiago, Chile.

Introducción

La fascia denominada de Scarpa es una estructura que lleva su nombre en honor al médico Antonio Scarpa, italiano, nacido en 1752, discípulo de Morgagni. Está descrito que el compartimento graso de la pared abdominal se divide en una porción superficial y otra profunda, estando delimitada esta división por la fascia de Scarpa que posee predominio de fibras elásticas amarillas, colágenas y escaso contenido graso. Esta fascia se continúa en el canal inguinal con el nombre de fascia de Colles y en el muslo con la fascia lata (1, 2).

Existen publicaciones en las que se describe que la conservación anatómica de la fascia de Scarpa, tanto en su porción infraumbilical como en otros casos donde se realiza una abdominoplastia completa suprafascial, presentaría menor incidencia de seroma postoperatorio, pero con la desventaja de un resultado estético de menor calidad dado que no se obtiene el adelgazamiento óptimo de la cobertura cutáneo-grasa de la pared abdominal (2-7).

En la formación de los residentes de Cirugía Plástica, en algunos centros se les instruye acerca de que el cierre en la abdominoplastia tradicional se debe hacer solo en dos planos (dermis y epidermis), con resultados estéticos variables dependiendo del grosor del colgajo supraumbilical de avance. Los colgajos gruesos producirán una depresión lineal a lo largo de la cicatriz postoperatoria final, con una apariencia estética inadecuada y, en caso de preservar la fascia de Scarpa, con la formación de un abultamiento por insuficiente adelgazamiento del colgajo abdominal. Creemos que la conservación anatómica de la fascia mediante la técnica descrita, efectivamente disminuye la incidencia de seroma postoperatorio en la abdominoplastia, pero con un resultado estético deficiente.

Por lo tanto, con la intención de mantener los resultados estéticos en la abdominoplastia y a la vez disminuir la incidencia de seroma postoperatorio, realizamos la resección completa cutáneo-grasa del hemiabdomen inferior incluyendo desde la piel hasta el plano muscular, y luego reparamos el defecto mediante cierre directo de la fascia de Scarpa. Esta maniobra quirúrgica nos parece que puede tener el mismo efecto en la menor incidencia de seroma postoperatorio que su conservación anatómica

Material y método

Realizamos una revisión retrospectiva sobre una selección de pacientes que cumplen los criterios más abajo mencionados de la base de datos del cirujano primer autor del presente trabajo, intervenidos en un centro hospitalario único, entre los meses de abril del 2004 y septiembre del 2009. Los datos se extraen de las historias clínicas electrónicas creadas por un ingeniero informático iniciadas en el año 2001, en las que se incorporan los programas Excel®, Word®, Acces® y Visual Basic®, todas ellas cuentan con preoperatorio, protocolos quirúrgicos,

fotografías pre y postoperatorias, evolución postoperatoria, etc.

Se elige como inicio de selección de la muestra abril del 2004, fecha en que el cirujano incorpora la lipoaspiración de forma rutinaria en la abdominoplastia. La fecha de separación o corte entre los grupos de estudio es julio del 2007 que es cuando se comienza a practicar de forma rutinaria el cierre o reparación quirúrgica de la fascia de Scarpa.

Criterios de inclusión:

Sexo femenino con peso normal o sobrepeso (IMC >18 y <30).

Cirugía de abdominoplastia con liposucción complementaria del tronco.

Criterios de Exclusión:

Pacientes operadas en otros centros o clínicas.

Obesidad.

Miniabdominoplastia.

Lipoaspiración de otras zonas que no sean tronco o cadera.

Pacientes mayores de 65 años.

Abdominoplastia de aseo.

Abdominoplastia en ancla.

Policirugía, ya sea plástica o de otra especialidad (histerectomía).

De un total de 412 pacientes operadas en el periodo señalado (68 meses) extraídas de la base de datos y aplicados los criterios de inclusión y exclusión, 194 pacientes cumplieron los criterios, siendo excluidos el resto. Las pacientes seleccionadas se dividieron en 2 grupos: uno en el que no se realiza cierre de la fascia de Scarpa (grupo A) y otro en el que sí se cierra la fascia de Scarpa (grupo B), cada uno de ellos con 97 pacientes.

Con vistas a minimizar el sesgo de la curva de aprendizaje, se toma la fecha de incorporación de la reparación y cierre de la Fascia de Scarpa al procedimiento quirúrgico y a partir de ella, se seleccionan las pacientes hacia atrás y hacia delante, según criterios de ingreso, lo que permitió lograr el grupo A de 97 pacientes e igualar otro grupo B del mismo tamaño.

Se obtienen los datos sociodemográficos, peso, talla e IMC; operatorios, como volumen de grasa lipoaspirada, días de hospitalización, volumen obtenido de los drenajes, número y volumen de punciones ambulatorias realizadas para extraer líquido de seroma, etc. Se introducen los datos en una planilla y se procesan mediante software estadístico STATA v 10.0, realizando t-test y test de Z para revisión de diferencias estadísticas, con nivel de significancia 0,05. Análisis realizado para cada día de débito de drenaje o débito promedio por día en sospecha de seroma y para medias de totales de ambos grupos y para comparar proporciones de pacientes que requirieron punición.

TÉCNICA QUIRÚRGICA

Consistió en liposucción con técnica superhúmeda del contorno abdominal (dorso lumbar, flancos y abdomen anterior) y/o caderas.

Abdominoplastia tradicional con plicatura de la vaina de los rectos abdominales en la línea media con sutura continua de Prolene® nº 1.

Drenaje aspirativo doble del nº 14 exteriorizado por contrabertura en zona suprapúbica

Uso de Monocryl® 3-00 en puntos separados para cierre de la fascia de Scarpa.

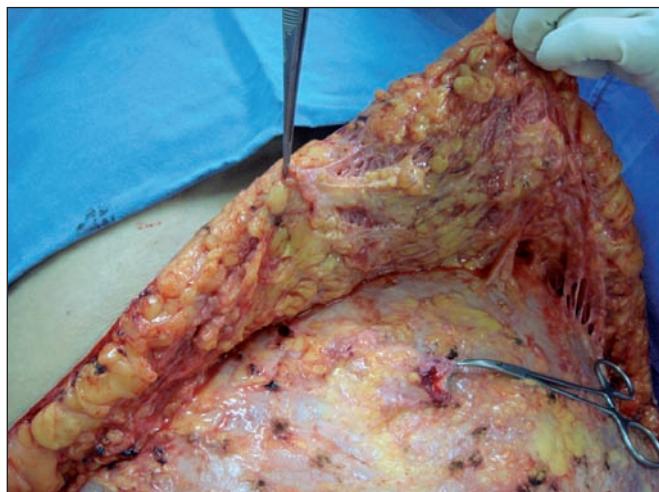


Fig. 1. Colgajo dermograso superior en el que se identifica la fascia de Scarpa tomada con una pinza; se observa también la capa de tejido adiposo profundo, sometida a lipoaspiración.



Fig. 2. Reparación de la fascia de Scarpa mediante sutura con monocryl®.

En el plano dérmico empleamos sutura continua con Monocryl® 3-00 e intradérmica con Monocryl® 5-00.

Uso de profilaxis antibiótica en 1 dosis (cefazolina 1 gr. IV.) y repetición intraoperatoria a las 4 horas.

Uso de heparina de bajo peso molecular (Fragmin® 5000 UI) desde las 6 horas postoperatorias, una dosis diaria mientras la paciente esté hospitalizada y una dosis más al día siguiente del alta.

La paciente es levantada entre 18 y 24 horas después de la intervención ayudada por una cuidadora del equipo quirúrgico.

La hospitalización es de 3 días y los drenajes se retiran en el momento del alta hospitalaria.

Uso de faja modeladora con compresión, con cojinete abdominal y lumbar, durante 30 días (Fig. 1, 2).

El primer control postoperatorio se realiza al sexto día para las pacientes que fueron operadas en lunes y al quinto día para las operadas en miércoles.

El diagnóstico de seroma se realizó de forma clínica en el momento del primer control postoperatorio y en caso de ser positivo, se cita a la paciente cada 2 días para evaluación y eventual punción. Cuando el débito de la punción es menor de 50 ml., se suspenden las punciones.

RESULTADOS

Comparamos los datos demográficos de ambos grupos, como edad, peso, talla, antecedentes mórbidos y complicaciones, sin encontrar diferencias significativas entre ambas poblaciones. Tampoco encontramos diferencias en los volúmenes lipoaspirados (Tabla I).

Después, tabulamos el débito del drenaje obtenido durante los 3 días que la paciente está hospitalizada, encontrando diferencia estadísticamente significativa desde el primer día: menor débito en aquellos pacientes en los que se realizó el cierre de la fascia de Scarpa.

En los controles ambulatorios subsecuentes evaluamos clínicamente a las pacientes y en caso de sospecha de seroma procedemos a su punción; tanto el número de pacientes que requirieron punción en cada control, como el volumen extraído en cada punción es menor en el grupo de pacientes en las que se realizó reparación de fascia de Scarpa, con diferencias estadísticamente significativas (Tabla II, Gráfico 1 y Tabla III).

En el grupo A (sin cierre de la fascia de Scarpa) el número de pacientes que requirieron punción en la pri-

Tabla I. Edad, IMC y volumen lipoaspirado en cada grupo y total

	Grupo A	Grupo B	Total
Edad (años)	42,54 (24 - 60)	40,88 (23 - 55)	41,71 (23 - 60)
IMC	25,64 (23,24 - 29,32)	25,2 (21,1 - 29,9)	25,42 (21,1 - 29,9)
Vol. lipoaspirado (ml.)	1651,55 (150 - 3950)	1504,64 (300 - 3800)	1578,1 (150 - 3950)

* Ninguna de las variables demográficas evaluadas en ambos grupos presentó diferencias estadísticamente significativas.

Tabla II. Número de pacientes que requirieron punción por sospecha de seroma en los controles clínicos en cada grupo.

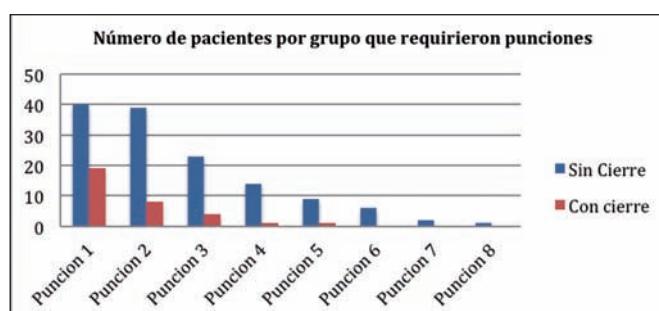
Nº de punción	Grupo A (número de pacientes puncionados)	Grupo B (número de pacientes puncionados)
1	40	19
2	39	8
3	23	4
4	14	1
5	9	1
6	6	0
7	2	0
8	1	0
Total punciones	134	33

Tabla III. Débitos y punciones en cada grupo.

Vol. total (ml)	Grupo A (sin cierre fascia)	Grupo B (con cierre fascia)	p
Drenaje día 1	154,19 (55-315)	124,63 (58-278)	<0,0000*
Drenaje día 2	121,47 (43-214)	103,9 (55-192)	<0,0000*
Drenaje día 3	87,44 (27-156)	75,83 (5-116)	<0,0000*
Controles ambulatorios (ml/punción)			
Punción 1	102,58 (60 -320)	57,84 (20-100)	<0,0002*
Punción 2	77,48 (20 -245)	43.13 (20-70)	<0,0212*
Punción 3	80,21 (30 -175)	41 (15-80)	<0,05*
Punción 4	87,14 (35-160)	60 (60)	**
Punción 5	76,11 (30-120)	20 (20)	**
Punción 6	76,67 (40-95)	0	**
Punción 7	85 (80-90)	0	**
Punción 8	45 (45)	0	**

*Estadísticamente significativo p < 0,05

** No son comparables por la diferencia extrema en el N de los grupos

**Gráfico 1. Número de pacientes que requirieron punción por sospecha clínica de seroma en los controles postoperatorios. Comparación del grupo con cierre de fascia de Scarpa (en rojo) y sin cierre (en azul).**

mera visita es de 40, frente a 19 en el grupo B (con cierre de la fascia), diferencia que se repite de forma permanente en los controles siguientes. En el grupo con cierre de la fascia se requieren un máximo de 5 punciones en 1 paciente, mientras que en el grupo sin cierre se requieren hasta 8 punciones.

La tabla III muestra en las primeras 3 filas, el débito (volumen en ml/día) promedio de drenajes por cada día en cada grupo mientras el paciente permanece hospitalizado. Luego se muestra el débito de las punciones realizadas en los controles postoperatorios (ml/punción) en caso de sospecha de seroma. La diferencia entre el grupo

sin cierre de fascia de Scarpa (grupo A) comparado con el grupo con cierre (grupo B) es estadísticamente significativa. Si comparamos la cantidad de líquido obtenido tanto en el tiempo que están colocados los drenajes como la cantidad de líquido obtenida en las punciones, es siempre menor en el grupo con reparación de la fascia de Scarpa.

Discusión

La abdominoplastia con liposucción asociada es un procedimiento común y con aceptación internacional por los excelentes resultados estéticos que ofrece; sin embargo una de sus complicaciones más frecuentes es la presencia de seroma en el postoperatorio, llegando incluso a producirse en al 60% de los casos (6, 8-10). Para evitar dicha complicación, que tendría origen en la disección de los plexos linfáticos subdérmicos, se propuso

conservar la fascia de Scarpa bajo la línea umbilical, lo que se logra mediante la disección del colgajo dermograso abdominal sobre el plano fascial, e incluso realizar un despegamiento menor al que se añade la lipoaspiración complementaria (6), con lo que efectivamente se consigue disminuir la cantidad de seromas postoperatorios e incluso la necesidad de dejar drenajes (7,11). Otros autores proponen realizar cierre con suturas de tensión progresiva, para disminuir su incidencia (12).

La ejecución de éstas variantes quirúrgicas lleva consigo un resultado estético no del todo óptimo, porque al conservar el plano graso más profundo, se pueden producir abultamientos en la zona (13). Creemos que en nuestro estudio, aunque es retrospectivo y se le pudiera criticar el sesgo que supone la curva de aprendizaje, detalle que minimizamos al restringirnos en forma forzada en la selección de la muestra a la fecha de incorporación

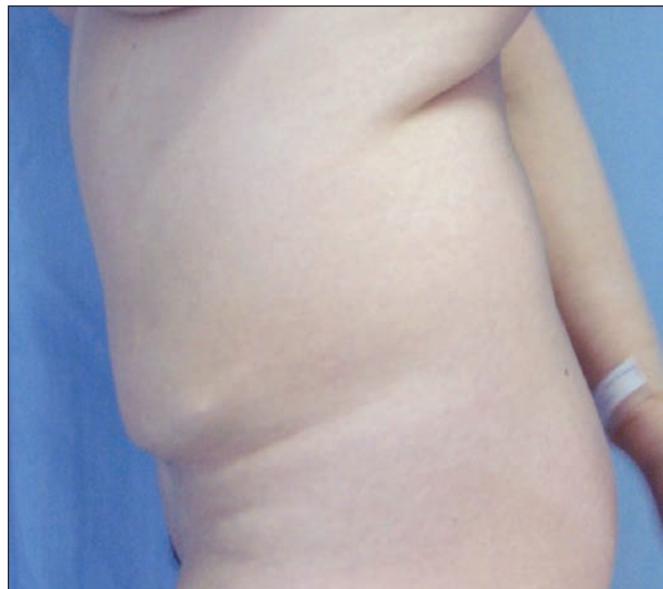


Fig. 3. Pre y postoperatorio en paciente sin reparación de la fascia de Scarpa; nótese el hundimiento y escalón entre el colgajo abdominal superior y el inferior.



Fig. 4. Pre y postoperatorio en paciente con cierre de la fascia de Scarpa; se aprecia claramente el excelente efecto estético obtenido, sin presencia de escalonamientos en el borde de la sutura abdominal.

del cierre mediante sutura de la fascia de Scarpa, demostramos que la reparación de dicha fascia produce un importante efecto en la disminución del volumen y en la permanencia del seroma postquirúrgico de una dermolpectomía tradicional, sin el defecto inestético que potencialmente puede resultar de un colgajo dermograso más grueso en la zona inferior abdominal. Esta afirmación respecto al resultado estético nos parece evidente en la mayoría de los pacientes de la casuística publicada y consultada, con una importante diferencia a favor de los pacientes con reparación de la fascia, en los cuales se consigue un resultado claramente superior sin abultamientos, escalones, ni otros defectos mayores que por el contrario si se observan en aquellos casos en los que no se realiza la reparación. Claro ejemplo de estos hallazgos se observan en las figuras 3 y 4.

Conclusiones

Los resultados extraídos nos muestran que el cierre mediante sutura de la fascia de Scarpa en abdominoplastia con liposucción realizadas en pacientes con peso normal o sobrepeso, produciría una menor incidencia de seroma postoperatorio y con ello, una menor necesidad de punciones para su drenaje y manteniendo el resultado estético. Con nuestra casuística también nos atrevemos a sugerir que podría realizarse retirada precoz de los drenajes al tercer día de posoperatorio en todos los pacientes, disminuyendo el riesgo del manejo ambulatorio de los mismos cuando son dados de alta con drenajes *in situ* y sin aumentar por ello las complicaciones postquirúrgicas.

Para complementar y objetivar nuestros hallazgos, sería interesante diseñar un estudio prospectivo e incorporar un estudio de imágenes del seroma postoperatorio.

Dirección del autor

Dr. Sergio Llanos Olmedo
Hospital del Trabajador de Santiago
Ramón Carnicer 185, 5º Piso.
Providencia – Santiago. Chile.
e-mail: sllanos3@hotmail.com

Bibliografía

1. **Worseg, A.K., R., Hübsch, P Y y col.:** Scarpa's fascia flap: anatomic studies and clinical application. *Plast Reconstr Surg*, 1997. 99(5): 1368 - 1380.
2. **Vásconez, L., delaTorre. J.:** Abdominoplasty, in Plastic Surgery, S.H. Mathes, V, Philadelphia, Edition 2006, Elsevier. Pp. 87 - 118.
3. **Koller, M. and Hintringer T.:** Scarpa fascia or rectus fascia in abdominoplasty flap elevation: a prospective clinical trial. *Aesth. Plast Surg*, 2012. 36(2): 241-243.
4. **Costa-Ferreira, A.R., M; Vásconez, L. y col.:** Scarpa Fascia Preservation During Abdominoplasty: What's the Point? *Plast Reconstr Surg*, 2010. 125(4): 1232 - 1239.
5. **Costa-Ferreira, A. y col.:** Scarpa fascia preservation during abdominoplasty: a prospective study. *Plast Reconstr Surg*, 2010. 125(4):1232-1239.
6. **Saldanha, O.R. y col.:** Lipoabdominoplasty with selective and safe undermining. *Aesth. Plast Surg*, 2003. 27(4):322-327.
7. **Fang, RC.,Lin, S.I., Mustoe, T.A.:** Abdominoplasty flap elevation in a more superficial plane: decreasing the need for drains. *Plast Reconstr Surg*, 2010. 125(2): 677-682.
8. **Matarasso, A.:** Liposuction as an Adjunct to a Full Abdominoplasty. *Plast Reconstr Surg*, 1995. 95(5):829-836.
9. **Centurión, P.O., Romero, C. y col.:** Lipoabdominoplastia con cicatriz reducida sin neo-onfaloplastía en abdomen tipo III (Matarasso). *Cir. plást. iberolatinoam.*, 2009. 35(4): 271-282.
10. **Le Louarn, C.:** Partial subfascial abdominoplasty. *Aesth. Plast Surg*, 1996. 20: 123-127.
11. **Moretti, E.G., Monti, J., Vásquez, G.:** Investigación de Seromas post liposucción y dermolpectomía abdominal. *Cir. plást. iberolatinoam.*, 2006. 32(3):151-160.
12. **Fernández García, A.F.P., Santoyo Gil-López, F. y col.:** Pseudoquiste de Morel-Lavallée tras abdominoplastía sin lipoaspiración. *Cir. plást. iberolatinoam.*, 2009. 35(2): 163-168.
13. **Aly, A.:** Discussion. Scarpa fascia preservation during abdominoplasty: a prospective study. *Plast Reconstr Surg*, 2010. 125(4): 1240-1241.

Comentario al artículo “Incidencia de seroma postoperatorio tras reparación de la fascia de Scarpa en abdominoplastia-liposucción”

Dr. Ernesto Moretti

Profesor adjunto de Anatomía Humana, Facultad de Medicina y Ciencias de la Salud, Universidad Abierta Interamericana
Jefe de Servicio Universitario de Cirugía Plástica, Grupo Gamma – Sanatorio Los Arroyos, Rosario, Argentina.

El presente trabajo explica los beneficios de suturar la Fascia de Scarpa en las dermolipectomías abdominales. Como primer comentario, es importante aclarar la terminología anatómica (1-2):

– **Fascia:** consiste en vainas, hojas o capas de tejido conectivo fibroso. Se forman por condensación mesenquimatosa alrededor de órganos o cavidades desarrolladas dentro de ellas (fascias de condensación), algunas se elongan cuando se desplazan (fascias de migración) y otras se forman por la fusión de serosas superficiales (fascias de fusión). Cuando estas fibras se encuentran en el espesor del tejido subcutáneo, algunos anatomistas ingleses emplearon el nombre de *Fascia Superficialis*.

La edición de la Nómima Anatómica (N.A.) (3) contenía los términos de fascia superficialis y fascia profunda. Se consideró *fascia superficialis* al tejido conectivo ubicado entre la piel y la fascia muscular, considerando a esta última como la fascia profunda. Sin embargo, esta terminología no fue adoptada por todos los anatomistas. Con la idea de unificar criterios, la N.A. fue reemplazada en 1998 por la Terminología Anatómica (T.A.). Es así que en la nueva T.A. se denominó “tela subcutánea” al tejido subcutáneo, “*fascia musculorum*” a la fascia muscular y “*fascia visceralis*” a la fascia alrededor de los órganos. La “tela subcutánea” (T.A.) o tejido subcutáneo se encuentra por debajo de la piel y es dividida en:

- 1 - *Panniculus adiposus* (T.A.) (tejido adiposo subcutáneo)
- 2 - *Stratum membranosum* (T.A.) (fascia superficialis)
- 3 - *Fascia musculorum* (T.A.) (fascia profunda)

En la región superficial del abdomen, ubicada entre el ombligo y el pubis, hay 2 sectores bien definidos en el tejido subcutáneo descritos por anatomistas ingleses (4):

1. **Fascia de Camper:** corresponde al tejido adiposo de la pared abdominal (el “*panniculus adiposus abdominis*” de la T.A.)
2. **Fascia de Scarpa:** tejido membranoso conectivo (el “*stratum membranosum abdominis*” de la T.A.). Dicha fascia se extiende debajo de la región inguinal y cambia de nombre a Fascia de Colles (que corresponde al “*stratum membranosum penis y perinei*”).

En el trabajo de Llanos y col. se demuestra que la sutura de la Fascia de Scarpa brinda en forma estadísticamente significativa, reducción de la formación de seromas. En su descripción de la técnica quirúrgica informa de que el procedimiento a nivel de abdomen es una “liposucción con técnica superhúmeda.... abdominoplastia tradicional con plicatura de la vaina de los rectos abdominales”. No hace mención a la colocación de los puntos de colchonero, *mattress sutures* o puntos de Baroudi (5). En mi experiencia personal, la reducción importante en la formación de seromas post- dermolipectomías es la colocación de estos puntos con material reabsorbible (poliglactina 910, grosor 3.00). La clave es la confección de estos puntos en la línea alba, periumbilicales y en las zonas de hipogastrio y flancos en número importante (aproximadamente 20 de estos puntos). Tan efectivos son, que han evitado en mis pacientes el empleo de drenajes.

Considero que los puntos en el *stratum membranosum abdominis* o Fascia de Scarpa proveen un cierre más anatómico y evitan el escalón deprimido que se observa entre el colgajo abdominal superior y la zona pubiana. Sin embargo, el efecto sobre la formación de seromas considero que es secundario. Probablemente, como mencionan los autores del presente trabajo, se deban realizar más estudios para confirmar los hallazgos.

Bibliografía

1. **Federative Committee on Anatomical Terminology:** Terminología Anatómica'. Capítulo: Integumentum Commune “tela subcutánea, Ed: Thieme, 1998, P: 155.
2. **Terminología anatómica internacional:** Comité Federal sobre Terminología Anatómica, Sociedad Anatómica Española, Ed. Médica Panamericana, 2001, Sección 8, Pp: 33-34,
3. **Nomina Anatomica** (Sixth Edition). Ed. Churchill Livingstone, 1989, Pp: 31-39
4. **Halim A.:** Human Anatomy: Volume II, Abdomen And Lower Limb, Ed. International Publishing House, 2008, Cap. 2: Abdomen Anterior, Abdominal Wall. Pp: 15-16.
5. **Baroudi R, Ferreira CAA:** Seroma: How to avoid it and how to treat it. *Aesth Surg J*, 1988, 18:439-442.

Respuesta al comentario del Dr. E. Moretti

Dr. Sergio Llanos Olmedo

En el comentario al trabajo que hace el Dr. Ernesto Moretti, es muy notable y apreciada la descripción histórica y anatómica que hace de la fascia de Scarpa.

En nuestra experiencia, la reparación de la fascia antes mencionada nos ha dado muchas satisfacciones como cirujanos. Cuando fue difundida la técnica con el uso de puntos de Baroudi, consideramos lógica la teoría que planteaba de adherir el colgajo a la capa muscular, disminuyendo los espacios

muertos y evitando así la presencia de seroma. Colegas, cirujanos plásticos de otro centro de salud, comunicaron en algún momento que esta apreciación era correcta; sin embargo, el estudio imagenológico mediante ecografía de partes blandas de la pared abdominal, mostró que existía una compartmentalización del seroma, es decir, existía una división del virtual seroma en múltiples seromas de pequeño volumen.

En nuestra experiencia como cirujanos plásticos, hemos

aprendido que las pacientes incorporan en su cerebro la primera imagen de su cuerpo postoperatorio, haciendo difícil un cambio de opinión en el caso de que esa imagen no sea agradable a sus ojos. Bajo este principio, dejamos de practicar los puntos de Baroudi debido a que en ciertas ocasiones se produjeron abollonaduras o pinzamientos de la pared abdominal por la tensión ocasionada al fijar el colgajo dermograso a la pared muscular. Estos pinzamientos no se notaban en el intraoperatorio por el edema propio de la infiltración secundaria a la li-poaspiración complementaria que se había realizado previamente, pero las pacientes sí los notaban en el postoperatorio al cabo de 24 horas, al descubrir la zona operada, con

la consiguiente muestra de preocupación por su parte por el resultado final de la intervención quirúrgica.

Creemos que nuestros hallazgos y la comunicación que hacemos en este trabajo, puede ser un aporte de nuestra experiencia recogida en la práctica de la Cirugía Plástica con una medición estadística válida, que a pesar de no ser una evidencia tipo A, nos brinda la posibilidad de tener más herramientas y recursos en nuestro trabajo diario.

Con gusto y honor entregamos este trabajo a la comunidad científica de la Federación Iberolatinoamericana de Cirugía Plástica.