



Curriculum Vitae

Ponente: Dr. Tomás Ramón Ibarra Hurtado

Cirugía Plástica Estética y Reconstructiva

Maestría en Investigación Clínica

Doctorado en Investigación Clínica

Encargado de la Clínica RPA

Servicio de Cirugía Plástica Estética y

Reconstructiva

Antiguo Hospital Civil "Fray Antonio Alcalde"

de Guadalajara, Jalisco, México

NO CONFLICTO DE INTERESES



II Congreso

Sociedad Hispanoamericana de Hernia



Madrid, 3, 4 y 5 de mayo de 2018
Aula Magna de la Fundación Jiménez Díaz



auspiciado por





II Congreso

Sociedad Hispanoamericana de Hernia

3, 4 y 5 de mayo de 2018

Aula Magna de la Fundación Jiménez Díaz

Madrid - España



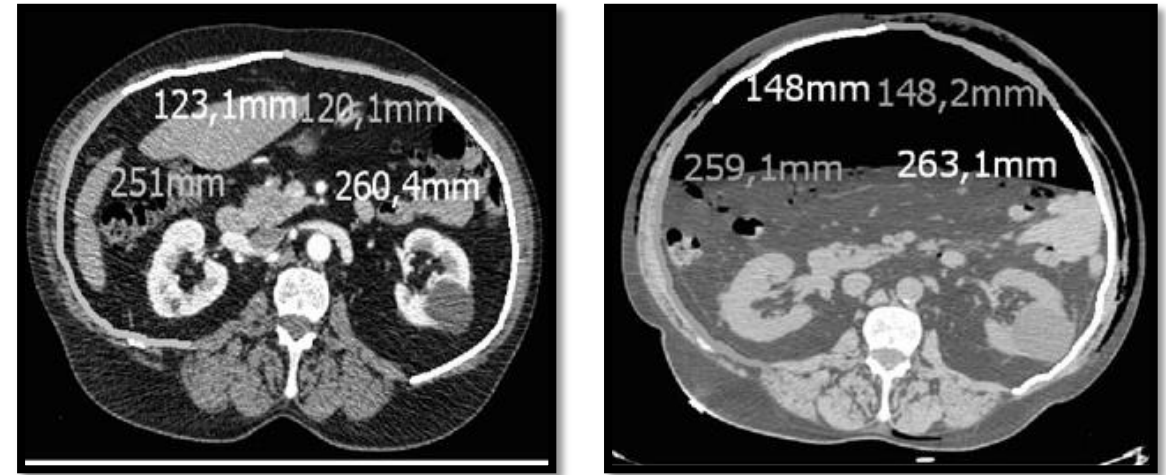
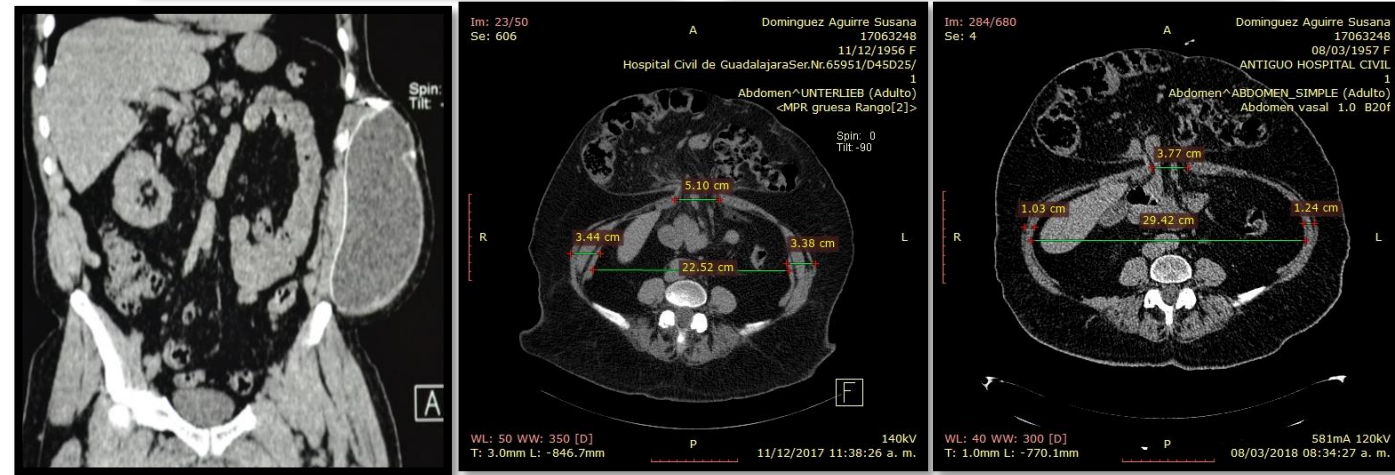
“Abdominoplastías y los expansores musculares”

Tomás R. Ibarra Hurtado
Hospital Civil “Fray Antonio Alcalde”
Guadalajara Jalisco México

Introducción



Abdominoplastía: abordaje



Expansores musculares: preparación

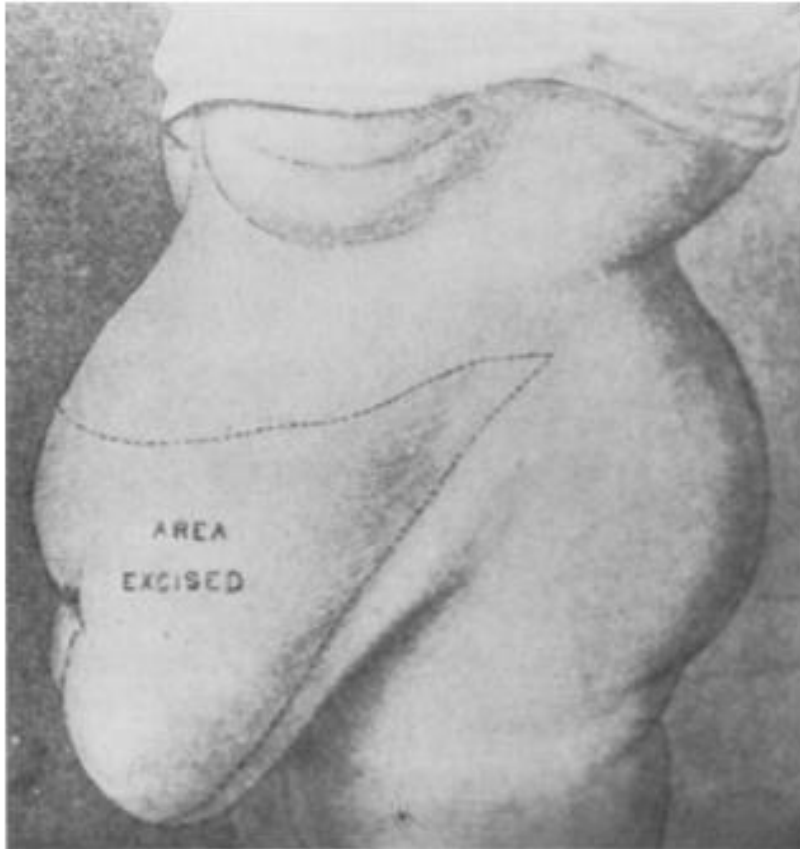


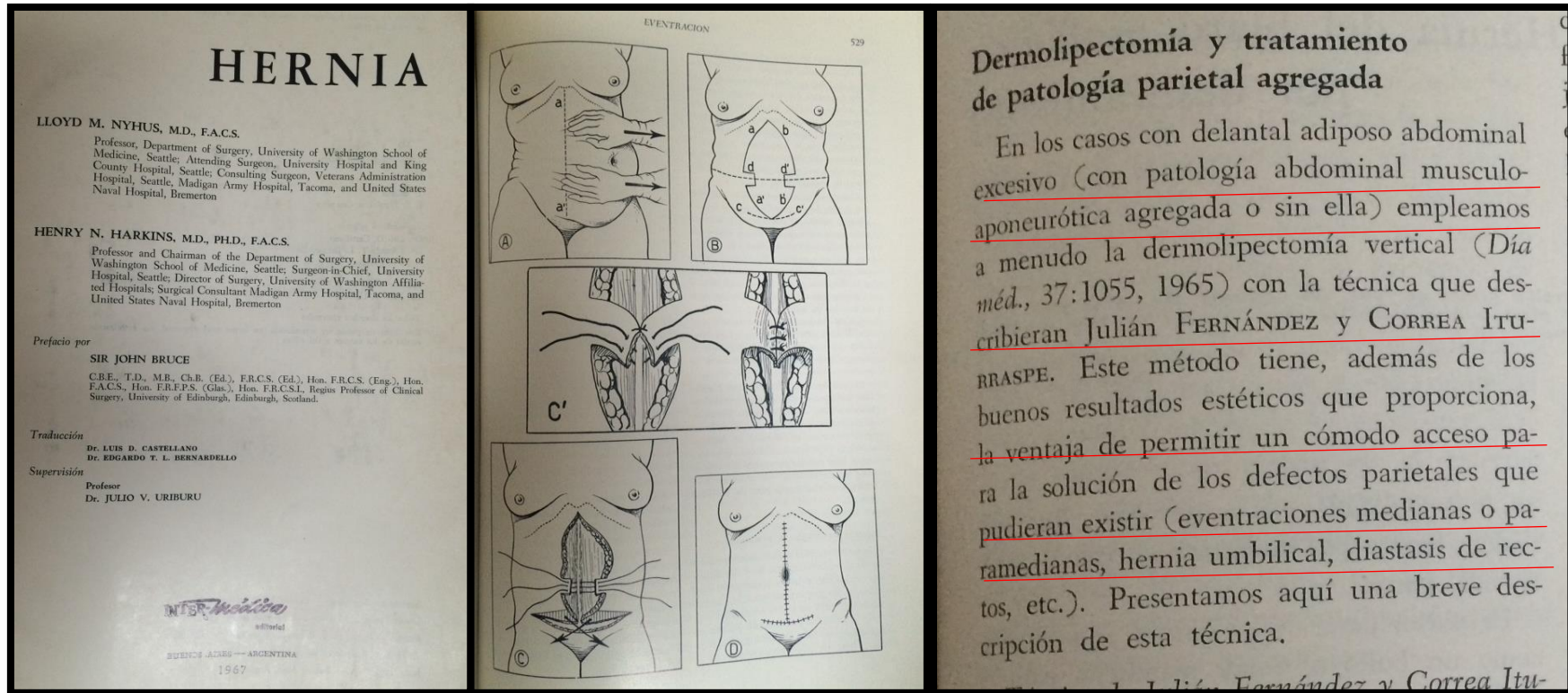
Fig. 1. Kelly resection published in *Johns Hopkins Med. J.* in 1899.

1899 Kelly describió la lipectomía como tratamiento para la hernia no para la cosmética

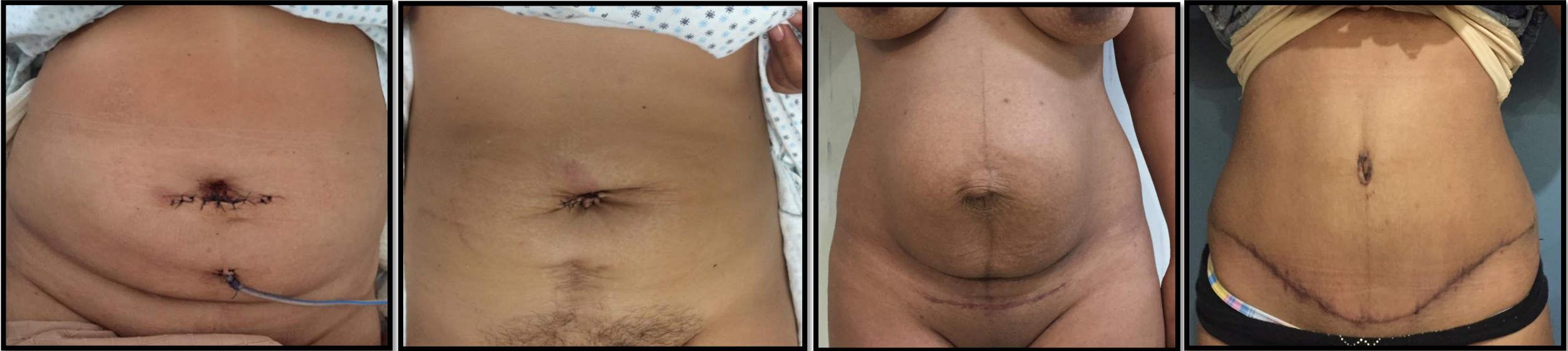
La clasificó en

- Horizontal
- Vertical
- Combinada (Flor de lis)
(Regnault)

El problema es la realización de hernioplastia con abdominoplastia concomitante



El cirujano general
piensa que
el remodelar el abdomen al mismo tiempo
que la hernioplastia es una maniobra
secundaria, innecesaria y cosmética



El cirujano plástico
piensa que
la hernia es un problema funcional primario

Comparison of Surgeon Specialty in Open Ventral Hernia Repair

Chris M. Reid, MD, Michael G. Brandel, BA, and Amanda A. Gosman, MD

Hasta antes del 2013 se **REPORTARON** un total de 53, 746 pacientes con hernioplastía
53, 282 (99.1%) **EN REVISTAS INDEXADAS** operados por cirujanos **generales**
y 464 (.9%) por cirujanos **plásticos**

Modèle
ANNPLA-1233; No. of Pages 7

ARTICLE IN PRESS

Annales de chirurgie plastique esthétique (2016) xxx, xxx–xxx

Available online at
ScienceDirect
www.sciencedirect.com

Elsevier Masson France
EM|consulte
www.em-consulte.com

CHIRURGIE
PLASTIQUE
ESTHÉTIQUE

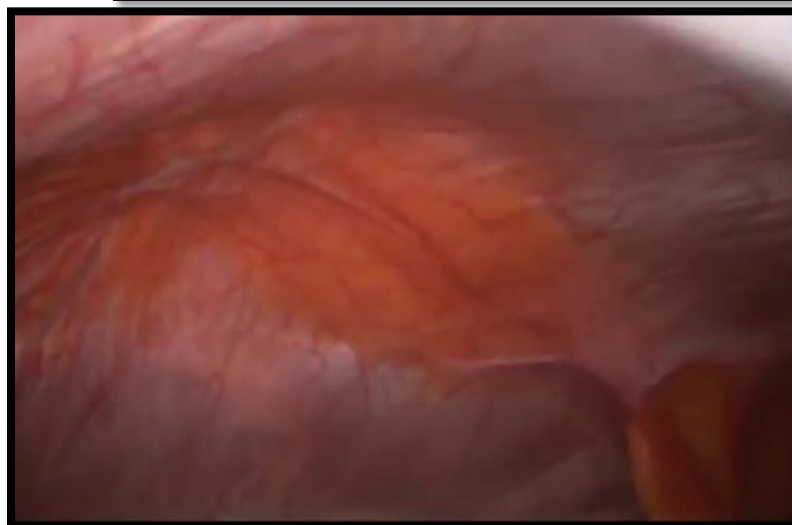
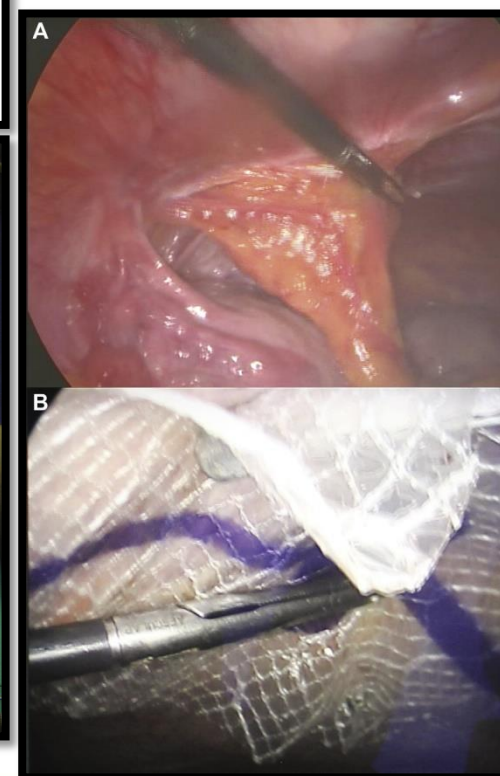
ORIGINAL ARTICLE

**Abdominoplasty and simultaneous
laparoscopic ventral hernia repair.
Clinical study about 45 patients**

*Abdominoplastie et cure simultanée de défaut pariétal
péri-ombilical par voie coelioscopique. Étude retrospective
sur 45 patients*

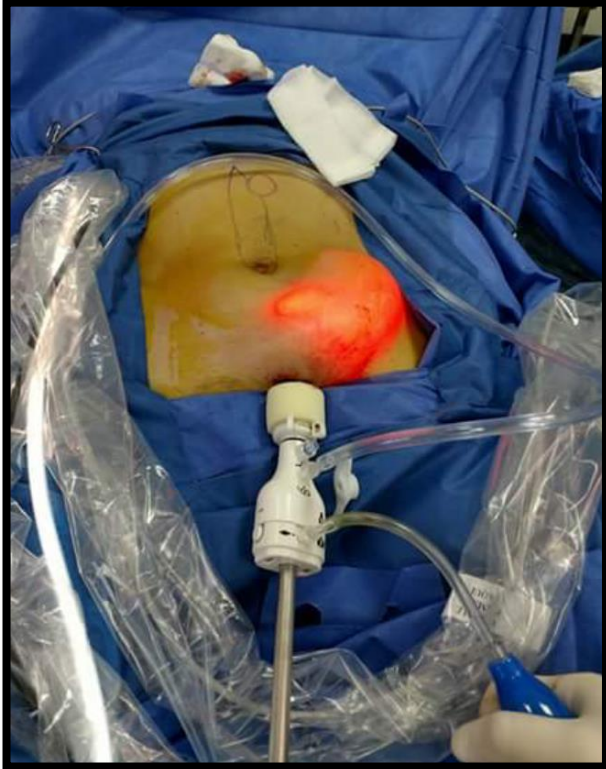
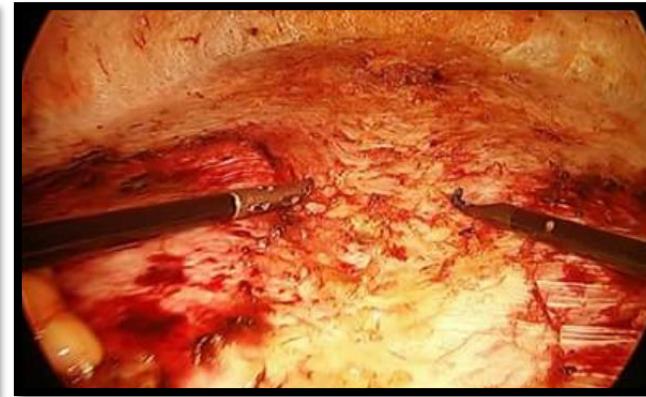
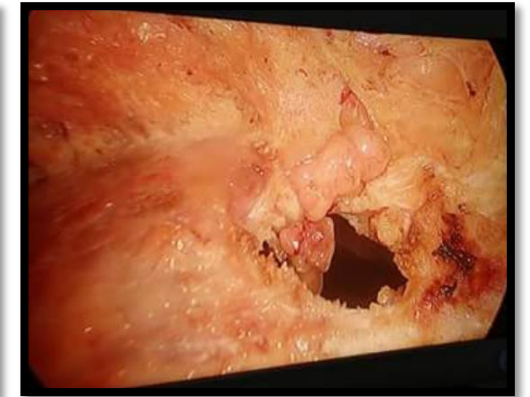
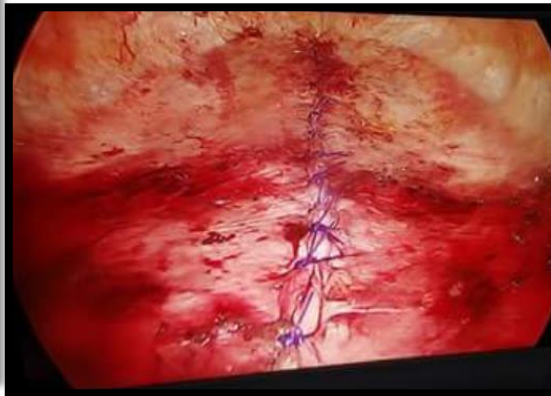
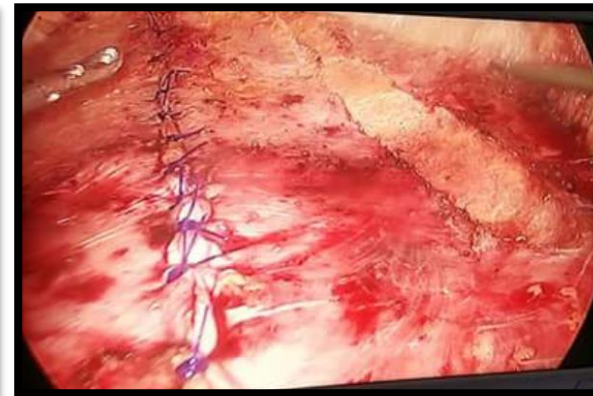
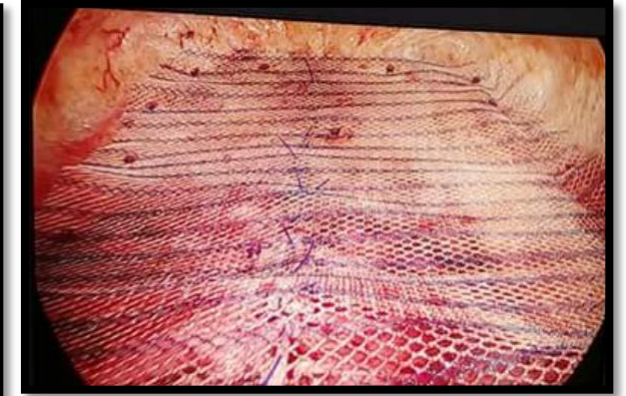
H. Le Gall ^{a,*}, N. Reibel ^b, A. De Runz ^{a,c}, J. Epstein ^{d,e}, M. Brix ^{a,c}

Los procedimientos laparoscópicos se argumenta son estéticos por las incisiones pequeñas permiten además un mejor entendimiento del problema herniario desde el interior de la cavidad abdominal



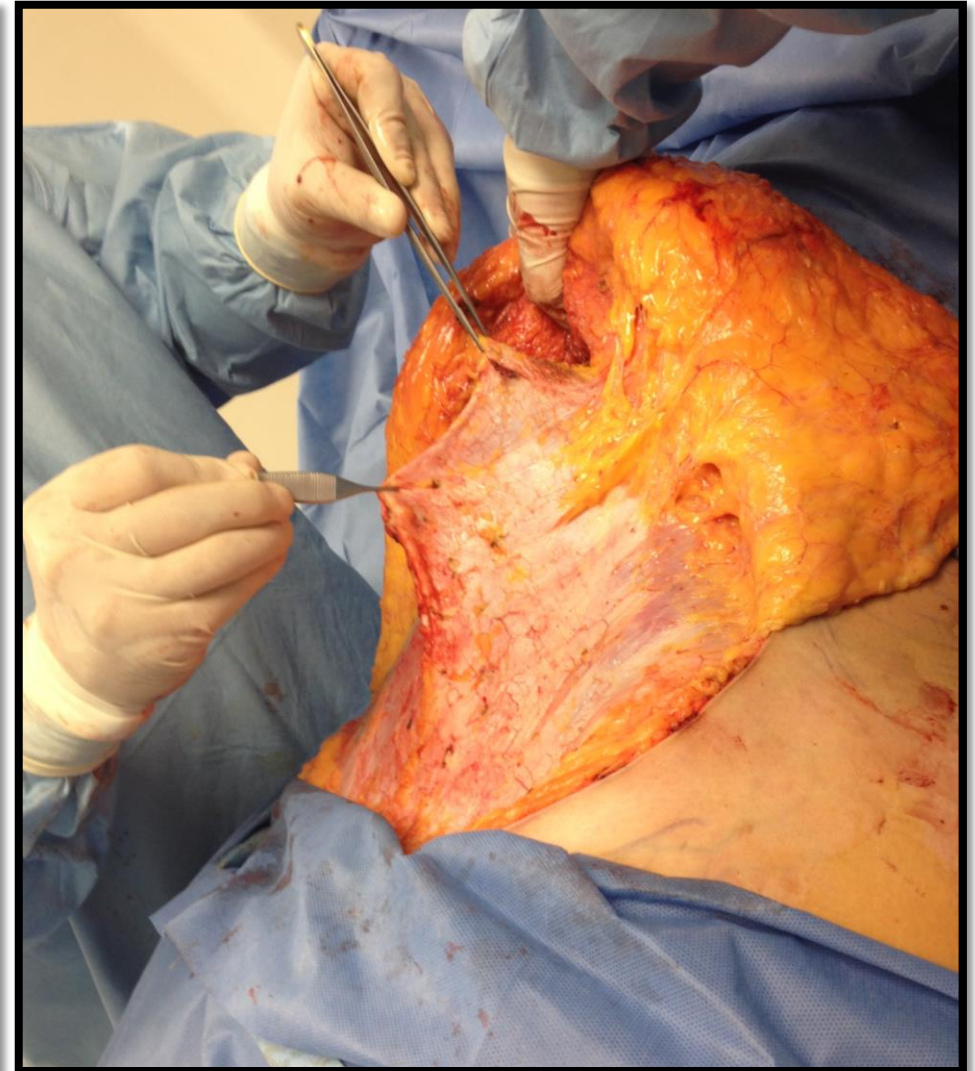
Hernioplastia
laparoscópica
malla
intraperitoneal

Hernioplastia laparoscópica estraperitoneal, corrección de diástasis y colocación de malla preaponeurótica



La hernio-abdominoplastía permite una reconstrucción total desde la piel hasta el peritoneo que incluye la laxitud, hueco herniario y diástasis de rectos con la mejor comprensión de los defectos de la pared abdominal

Elegir técnicas
Que resuelvan
Plano superficial
Y
Plano profundo



Pacientes con hernia sin flacidez ni diástasis y pacientes con hernia con flacidez y diástasis ¿Que les ofreces?
¿El mismo manejo en todos los casos? ¿Cerrar sólo defecto herniario?
¿Hernioplastia laparoscópica o robótica con abdominoplastia concomitante?
¿Hernio-abdominoplastia abierta?

¡elijan su técnica!



La laxitud de la pared abdominal es otro defecto de la pared abdominal (aunque no se trata de un hueco), quizás sea mejor repararlo



ELSEVIER



Concurrent panniculectomy in the obese ventral hernia patient: Assessment of short-term complications, hernia recurrence, and healthcare utilization[☆]

Valeriy Shubinets^a, Justin P. Fox^a, Michael G. Tecce^a,
Michael N. Mirzabeigi^a, Michael A. Lanni^a, Rachel R. Kelz^b,
Kristoffel R. Dumon^c, Stephen J. Kovach^a, John P. Fischer^{a,*}

Los pacientes con hernioplastía + paniclectomía tienen 35% menos posibilidad de recurrencia a 2 años comparados con los pacientes en quienes solo se realizó hernioplastía (7.9% vs. 11.3%; AOR Z 0.65 [0.51e0.82])

La alta incidencia de complicaciones en paniclectomía simultánea dividió a los cirujanos No hay consenso si, si o si no

Autores/revistas	Avalan	No avalan	Complicaciones	mortalidad	Recurrencias
Douglas Robertson Annals of Plastic S Surgery 2003	yes		51% menores	0	9.5%
Shola Adekunle An Open Acces Journal 2013	yes		38 %	0	0
John Fischer Journal Plastic and R Surg 2014		No	23.8 %	.50%	
Pieter Koolen		No	18.3%	0	
Jennifer E Cheesborough Plastic and Recosnt Surg 2015	yes		10.3%	0	0
Moreno Egea Surgical Inovation 2016	yes		10%	0	0
Salvatore Giordano Plastic and Recosnt Surg 2017		No	38.3%	0	16.5%

CLASIFICACIÓN LAXITUD DE LA PARED ABDOMINAL EN EL PACIENTE CON HERNIA



Tipo	Evaluación Plano superficial Piel y grasa	Evaluación Plano profundo Sistema músculo Esquelético	Presencia de hernia Pequeña mediana grande Con o sin saco herniario	Abordaje Y Manejo del defecto
I	Piel normal normopeso	Normal	Hernia umbilical y/o epigástrica pequeña primaria o recurrente	Abierta, laparoscópica, robótica
II	Mínima laxitud, sobrepeso	Diástasis muscular mínima <3cm	Hernia umbilical y/o epigástrica pequeña primaria o recurrente	Abierta, laparoscópica, robótica
III	Piel con laxitud y estrías leve grasa variable supra púbicas	Diástasis muscular leve 3-5cm	Hernia umbilical y/o epigástrica, hernia incisional, pequeña, primaria o recurrente	Mini hernio- abdominoplastia Incisión trasversal baja Cierre simple y plicaturas Transposición o desinserción umbilical con reinserción
IV	Piel con laxitud y estrías moderadas Grasa variable mandil infra umbilical	Diástasis muscular moderada 6-9cm	Hernia incisional, pequeña-mediana Recurrente o no de la línea media, lateral izquierda/derecha	Hernio-abdominoplastia Incisión Transversal baja Cierre defecto T. Mayo vertical y plicaturas Transposición umbilical umbilicoplastia
V	Piel con laxitud y estrías severas grasa variable supra e infra umbilical	Diástasis muscular severa >10cm	Hernia incisional, pequeña-mediana recurrente o no de la línea media, lateral izquierda/derecha	Hernio-abdominoplastia Incisión Flor de Liz cierre Defecto cierre directo y T. San Martín umbilicoplastia
VI	Piel con laxitud y estrías severas grasa variable con saco herniario infra umbilical	Diástasis muscular severa >10cm	Hernia incisional, grande con saco herniario sin pérdida domicilio, recurrente o no de la línea media, lateral izquierda/derecha	Decidir técnica de expansión tipo de Abdominoplastia y técnica de cierre SAC, RIVES, TAR umbilicoplastia
VII	Piel con laxitud y estrías severas grasa variable con saco herniario grande	Diástasis muscular severa >10cm	Hernia incisional, grande con pérdida de domicilio recurrente de la línea media, lateral izquierda/derecha	Decidir técnica de expansión tipo de Abdominoplastia y técnica de cierre SAC, RIVES, TAR Umbilicoplastia
VIII	Piel con cicatrices	Separación muscular por manejo abdomen abierto	Hernia incisional de la línea media	Hernio-abdominoplastia incisión vertical Técnica de cierre SAC, RIVES, TAR umbilicoplastia

En nuestra clínica aceptamos pacientes:

Cirugía General
Oncología
Cirugía de trauma
Ginecología
Cirugía de colon recto y ano
Cirugía bariátrica
Otros hospitales
Otros estados

No aceptamos pacientes con:

Ostomias
Fistulas
Obesos con IMC $>30/\text{kg}/\text{m}^2$
Fumadores
Otros

No usamos procedimientos laparoscópicos

Solo cirugía abierta

(HERNIA+FLACIDEZ=HERNIO-ABDOMINOPLASTÍA)

Vertical

Transversal baja

Fleur de liz

Neo umbilicoplastía

Transposición umbilical

Complicaciones: reportadas de 7-23%

Y hasta el 51% en pacientes con obesidad

Riesgo extra en fumadores y pacientes con morbilidades descontroladas

Nuestras complicaciones $<10\%$

con mortalidad de .6%

TÉCNICAS DE EXPANSIÓN DE LA PARED ABDOMINAL PREVIAS A RPA PPP, EXPANSORES, TOXINA

Hernia
DOI 10.1007/s10029-016-1463-0
REVIEW



Methods of abdominal wall expansion for repair of incisional herniae: a systematic review

N. N. Alam¹ · S. K. Narang¹ · S. Pathak¹ · I. R. Daniels¹ · N. J. Smart¹

Received: 1 December 2014 / Accepted: 14 January 2016
© Springer-Verlag France 2016

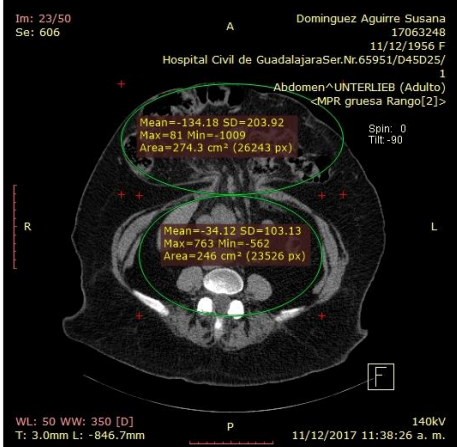
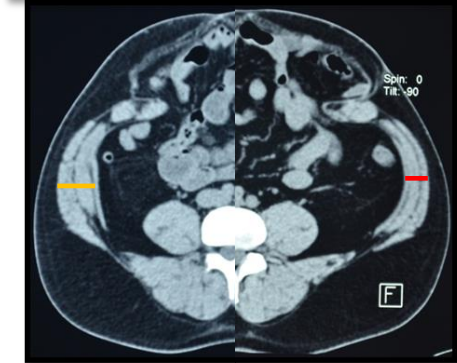
El puenteo del defecto con malla se asocia con alto riesgo de complicaciones infecciosas y comorbilidades. No se incluyen las combinaciones de éstas técnicas, Incluyen 21 artículos 15 de PPP, 4 de expansores y 2 de toxina.

FÍSICA

FARMACOLÓGICA

MECÁNICA

MIXTA



COMO DECIDIR TÉCNICA DE EXPANSIÓN Y DOSIS DE TBA

PARAMETROS	MEDIDAS	MORBILIDAD ASOCIADA	MANEJO
TAMAÑO DEL SACO HERNIARIO > QUE LA CAVIDAD ABDOMINAL (PÉRDIDA DE DOMICILIO A TÓRAX, ESCROTO)	INDICE DE TANAKA $\geq 25 = 200U$ TBA 50% 300U TBA >50% PPP+TBA 400U	400U TBA + PPP	TBA: ESPERAR 30 DÍAS PARA RPA O PARA PPP PPP POR 10-15 DÍAS/INYECTAR 1000ML DE AIRE POR DÍA DESPUÉS RPA
ESPESOR DE MÚSCULOS ABDOMINALES BILATERAL	$< 2.5CM = 200U$ TBA <div style="display: inline-block; width: 10px; height: 10px; background-color: red; margin-right: 5px;"></div> $\times 2.5CM = 300U$ <div style="display: inline-block; width: 10px; height: 10px; background-color: yellow; margin-right: 5px;"></div> $> 2.5CM = 400U$	400U TBA	EN TODOS LOS CASOS TAC CONTROL 4-6 SEMANAS DESPUÉS DE APLICACIÓN
AUSENCIA DE MÚSCULOS DE LA PARED ABDOMINAL	1= 200U TBA+ 1 EXPANSOR DE SILICÓN 2= 400U TBA + 2 EXPANSORES DE SILICÓN 900-1000CC	400U TBA + EXPANSORES DE SILICÓN 900-1000CC	30 DÍAS DESPUÉS DE TBA COLOCAR EXPANSORES Y LLENARLOS CADA SEMANA POR 4-6 SEMANAS. DESPUÉS RPA
PRESENCIA DE CICATRICES Y PIEL DE MALA CALIDAD			EXPANSOR EXTRA COLOCACIÓN SUPERFICIAL (SUBCUTÁNEA)

Expansión mecánica
Expansores de silicón

Indicaciones hernias con:

Pérdida de tejidos superficiales

Pérdida de tejidos profundos

Presencia de cicatrices

Técnica:

Colocación intermuscular

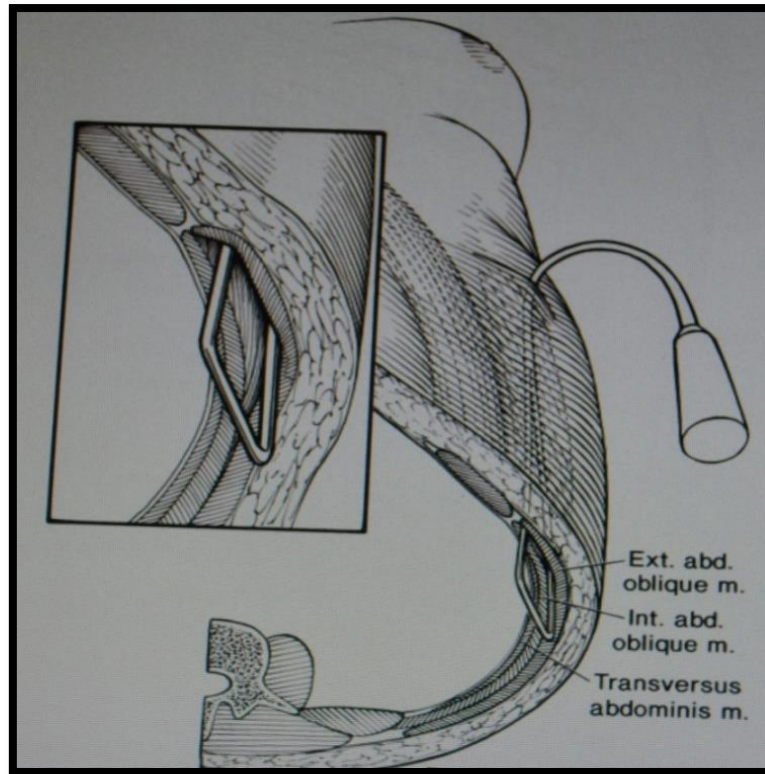
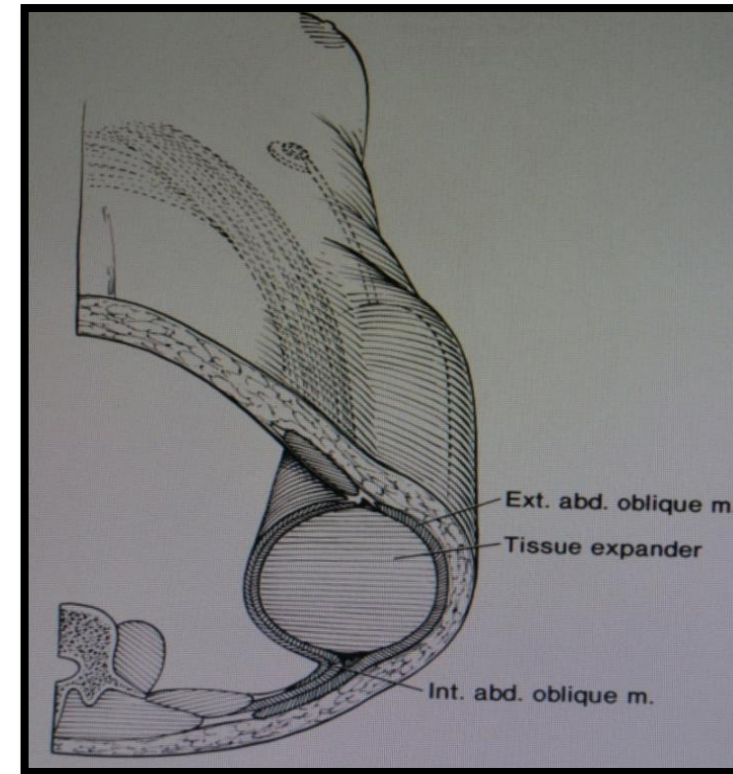
Colocación subcutánea



Massive Abdominal-Wall Hernia Reconstruction with Expanded External/Internal Oblique and Transversalis Musculofascia

William M. Jacobsen, M.D., Paul M. Petty, M.D., Uldis Bite, M.D., and Craig H. Johnson, M.D.

Rochester, Minn.

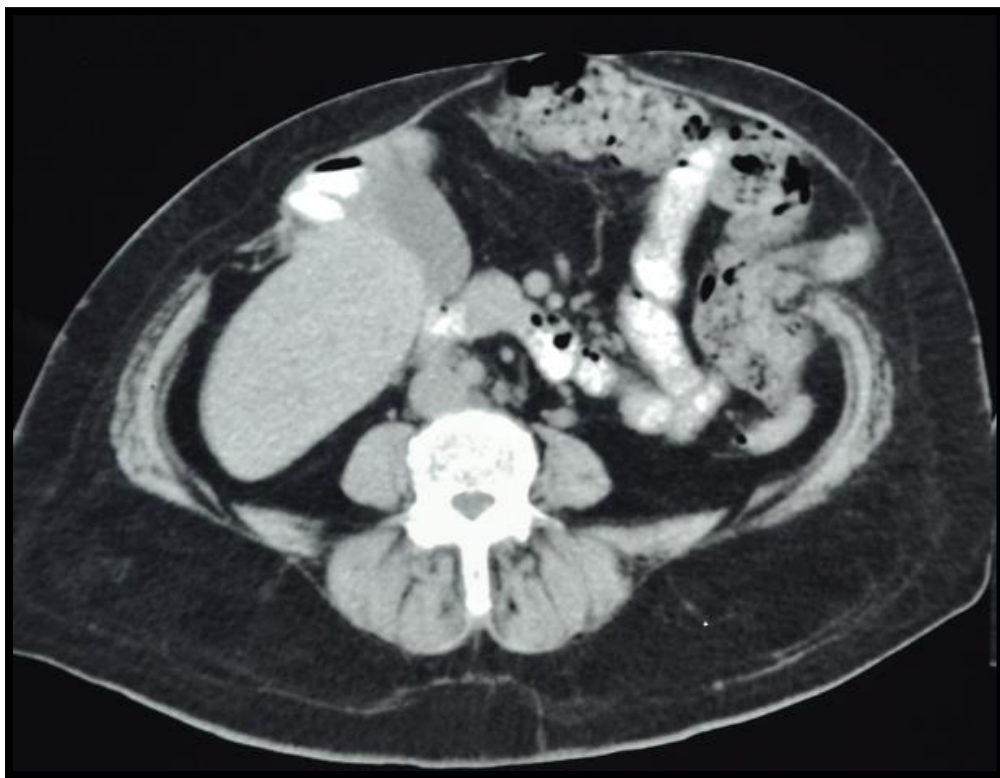


Expansores de silicona:

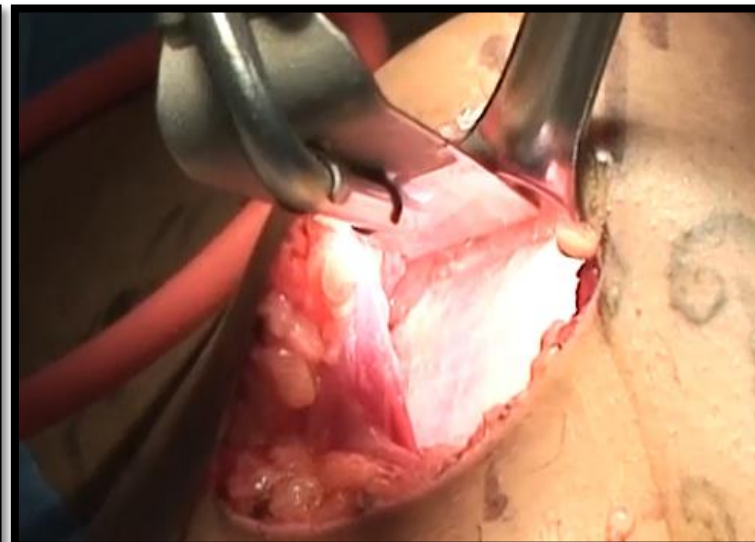
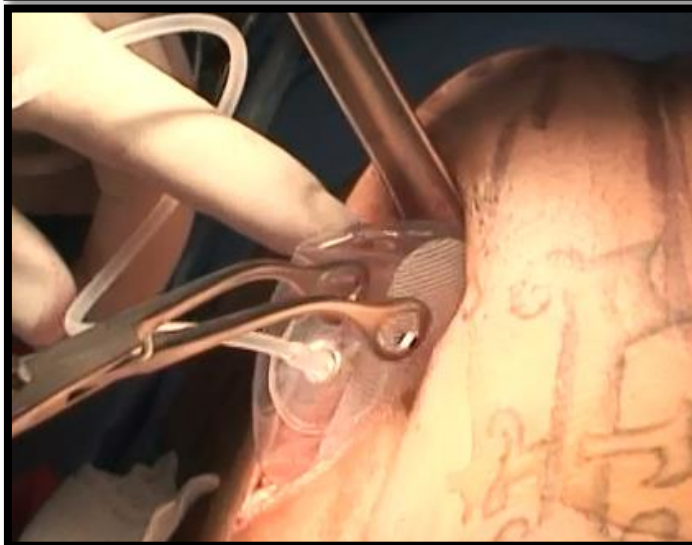
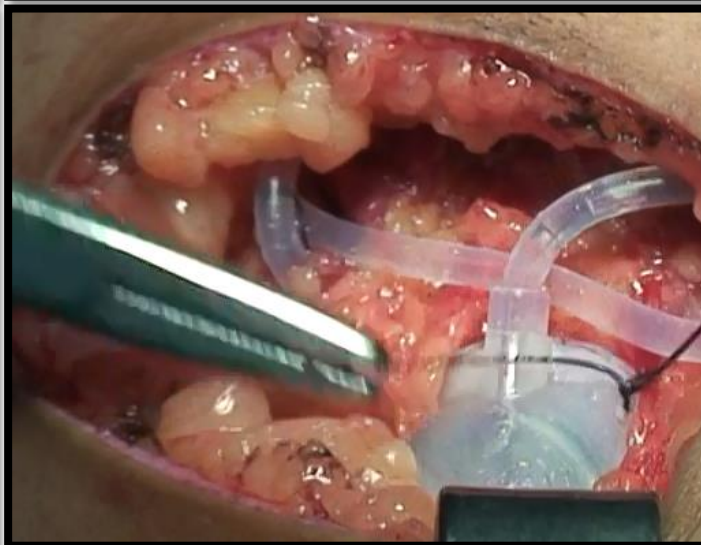
Elongan los músculos abdominales

PERMITE EL CIERRE SIN TENSION

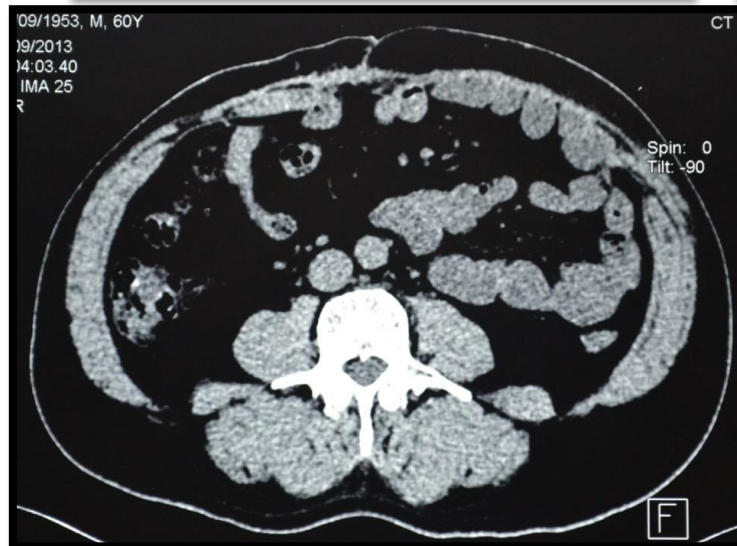
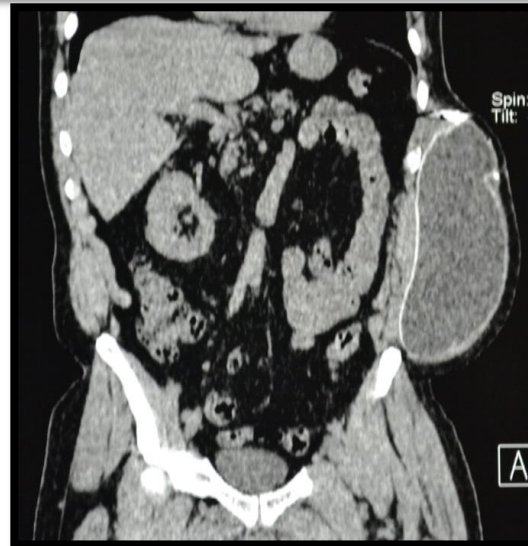
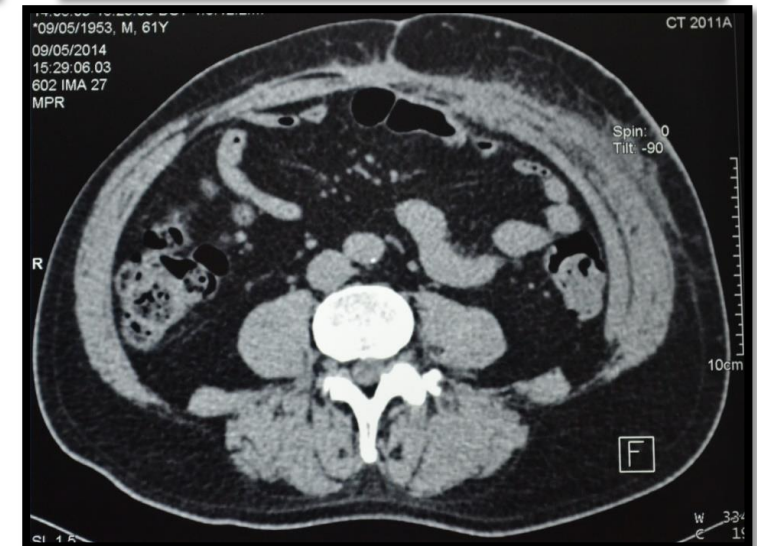
Disminuyen tensión al cerrar defecto?



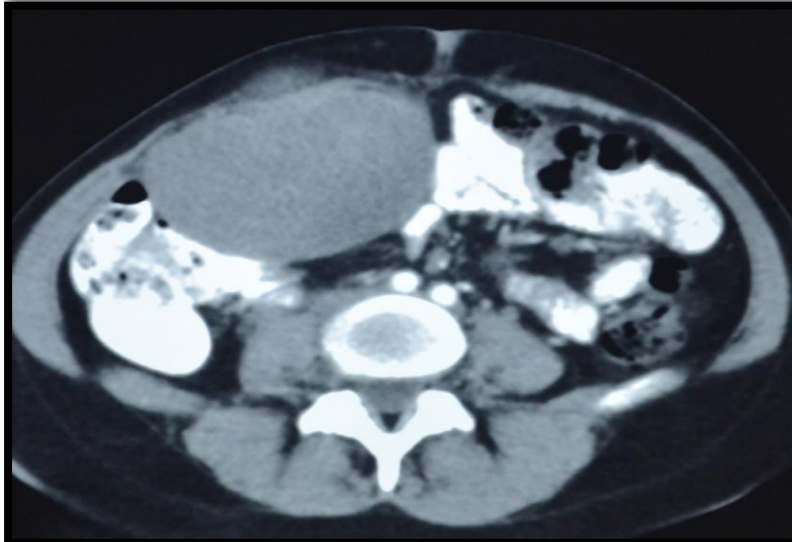
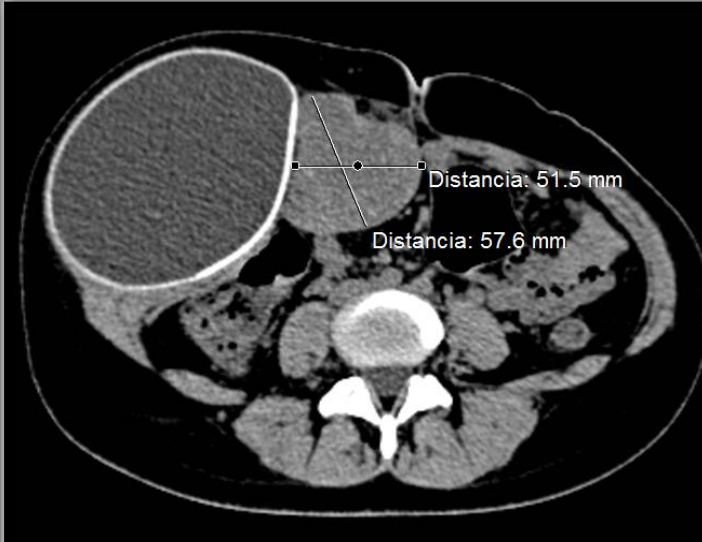
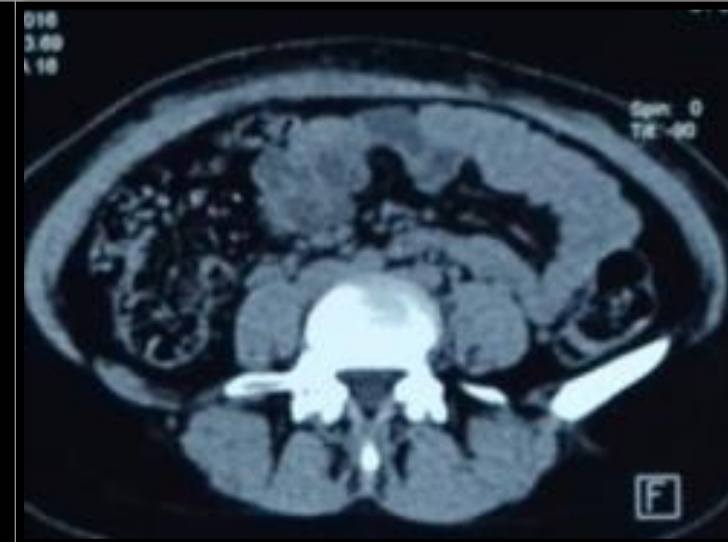
TÉCNICA

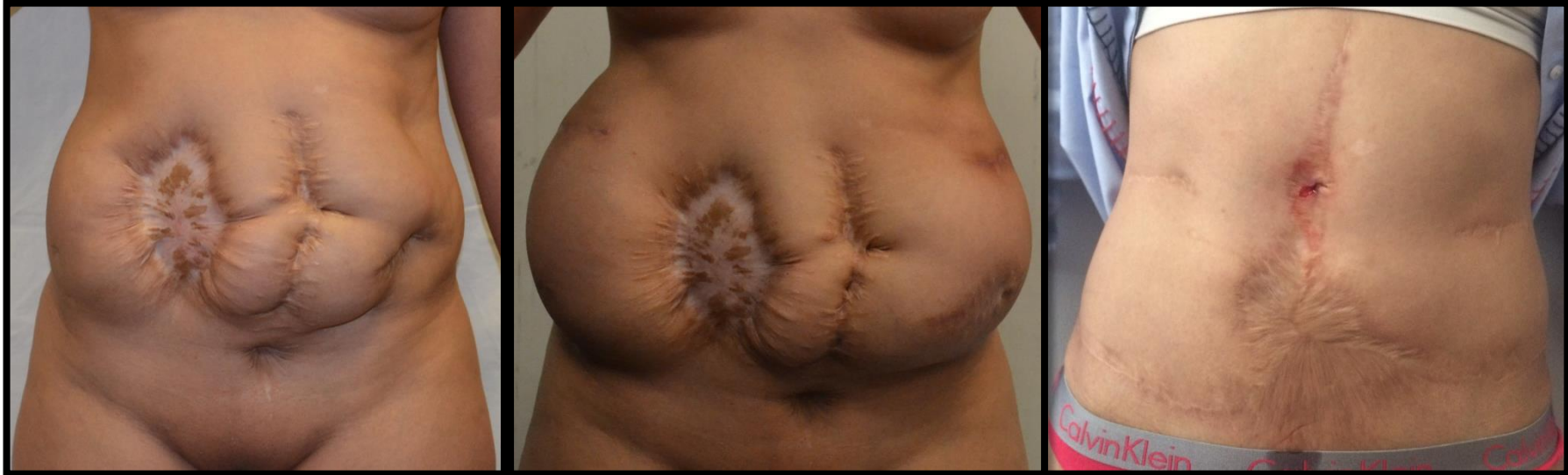


1 expansor 2 años antes/después



TBA 1 expansor antes/después 3 años





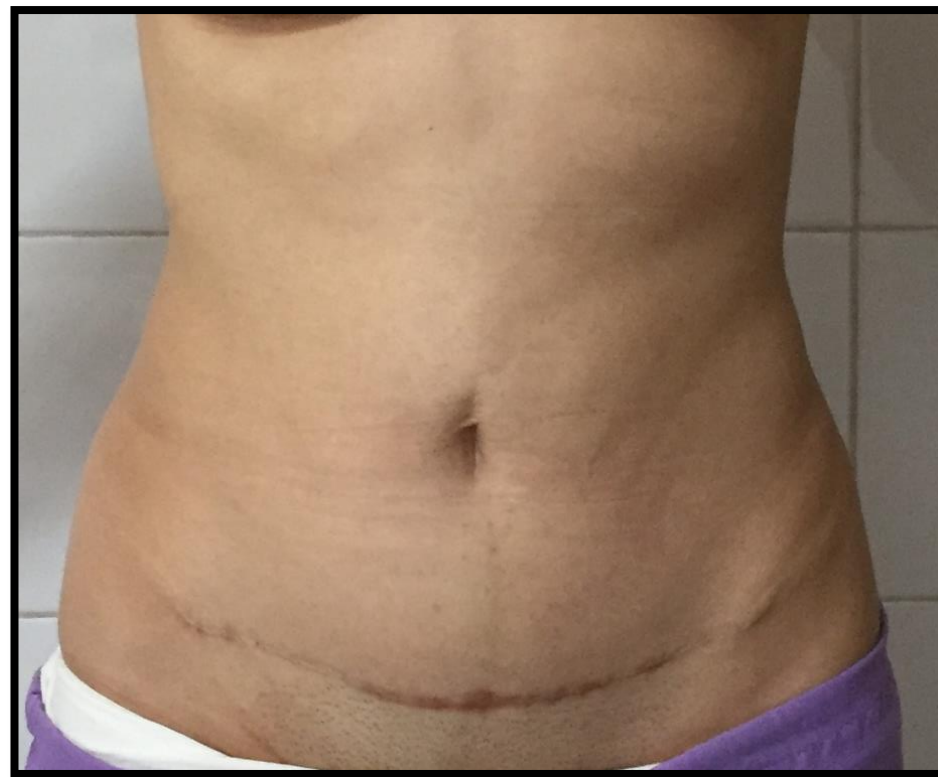
**TBA/2 Expandores
antes/después 4 años**





TBA + 3 EXPANSORES
antes/después 6 meses

Mini hernio-abdominoplastía, incisión transversal baja desinserción/cierre simple, plicaturas y reinserción umbilical



antes/después

hernio-abdominoplastía incisión transversal baja no malla + San Martín



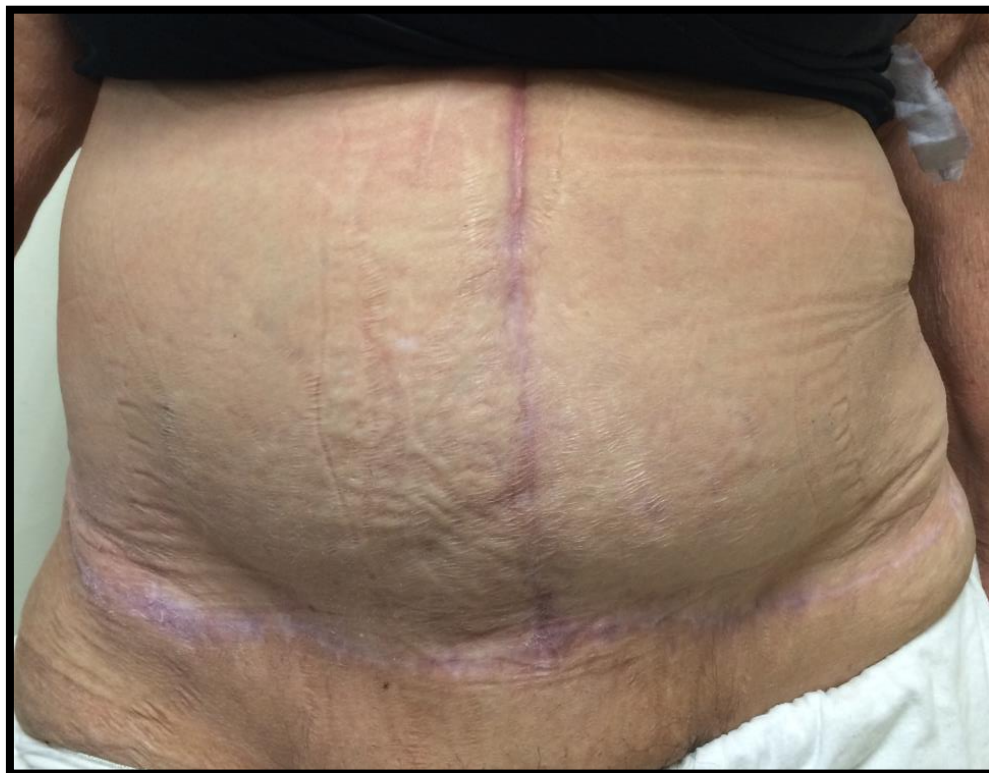
antes/después

Hernio-abdominoplastía Flor de lis + Carbonell-Bonafé



antes/después

Hernio-abdominoplastía Flor de lis + técnica vertical Mayo + plicatura no malla



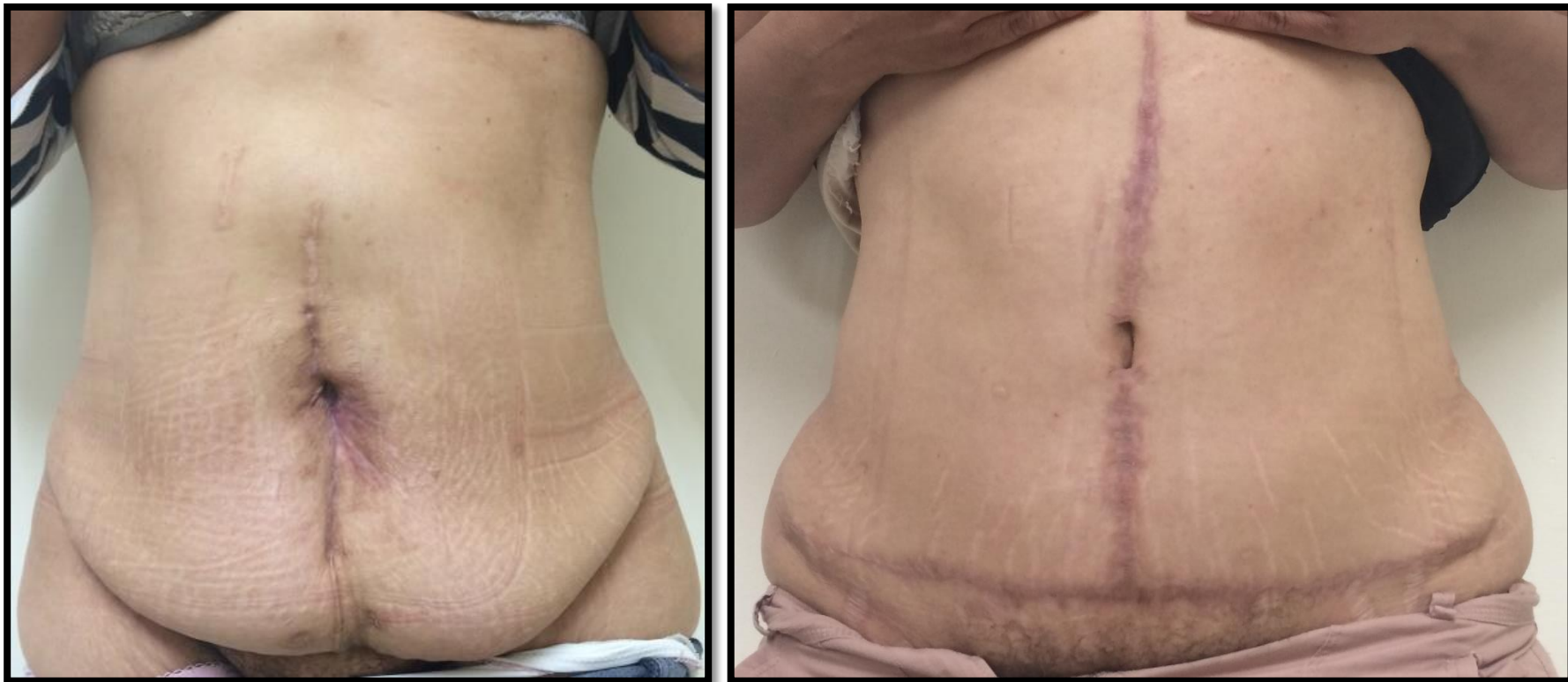
antes/después

Hernio-abdominoplastía Flor de lis + técnica de Mayo vertical + plicatura no malla



antes/después

Hernio-abdominoplastía Flor de lis + técnica Mayo vertical + plicatura no malla



antes/después

Hernio-abdominoplastía transversal baja + técnica vertical Mayo + plicatura no malla



antes/después

Hernio-abdominoplastía transversal baja + técnica vertical Mayo + plicatura no malla



antes/después

Hernio-abdominoplastía vertical + Rives



antes/después



Reportadas de 7-23% en abdominoplastía
Y hasta el 51% en pacientes con obesidad
Riesgo extra en fumadores y pacientes con
morbididades descontroladas

Las nuestras son <10% con mortalidad de .6%

	Abdominoplasty
Seroma	.04-16 % lipoabdominoplasty 31.2%
Infection	1-3.8%
Necrosis	3-4.4%
Haematoma	2%
Hypertrophic scare keloid	1-3.7%
Suture extrusion	5%
Necrosis of the umbilicus	0.2%
Thromboembolism	0.3-1.1%
Death	0.04-0.16%

Complicaciones en expansión
Diferentes autores reportan
<15%

n=16	
Seroma	1
Infección	1
Necrosis	1
Hematoma	
Sangrado	
Exposición	
Recurrencia	1 < 3cm (15 meses)
Daño implante	1
Dehiscencia	1

Conclusiones

- Los defectos herniarios + laxitud de la pared abdominal no son una buena combinación
- La abdominoplastia será una buena elección en pacientes idóneos al igual que la expansión
- Los cirujanos debemos elegir pacientes con morbilidades controladas para reducir complicaciones
- Tener cuidado con pacientes fumadores y obesos son los que mayor porcentaje de complicaciones presenta
- Hernioabdominoplastia manejo de elección en pacientes con hernia, diástasis y flacidez abdominal

Medicine



GRACIAS