

UNIVERSIDAD CATÓLICA DE SANTIAGO DE GUAYAQUIL
SISTEMA DE POSGRADO
ESCUELA DE GRADUADOS EN CIENCIAS DE LA SALUD

**TESIS PREVIA A LA OBTENCIÓN DEL TÍTULO DE ESPECIALISTA EN
CIRUGÍA PLÁSTICA**

TEMA:

**“MORBI-MORTALIDAD DE LA CIRUGIA ESTETICA REALIZADA EN EL
SERVICIO DE CIRUGIA PLASTICA DEL HOSPITAL GENERAL “LUIS
VERNAZA” EN EL PERIODO AGOSTO DEL 2012 A JULIO 2013”.**

AUTOR:

DR. JAVIER ALEJANDRO QUEZADA PALACIOS

DIRECTOR DE TESIS:

DR. FERNANDO QUINTANA J.

GUAYAQUIL- ECUADOR

2014



UNIVERSIDAD CATÓLICA DE SANTIAGO DE GUAYAQUIL
SISTEMA DE POSGRADO
ESCUELA DE GRADUADOS EN CIENCIAS DE LA SALUD

DECLARACIÓN DE RESPONSABILIDAD:

YO, Javier Alejandro Quezada Palacios

DECLARO QUE:

El borrador del trabajo de tesis **“MORBI-MORTALIDAD DE LA CIRUGIA ESTETICA REALIZADA EN EL SERVICIO DE CIRUGIA PLASTICA DEL HOSPITAL GENERAL “LUIS VERNAZA” EN EL PERIODO AGOSTO DEL 2012 A JULIO 2013”**previa a la obtención del título de Especialista, ha sido desarrollado en base a una investigación exhaustiva, respetando derechos intelectuales de terceros, conforme a las citas que constan en el texto del trabajo, y cuyas fuentes se incorporan en la bibliografía. Consecuentemente este trabajo es de mi total autoría.

En virtud de esta declaración, me responsabilizo del contenido, veracidad y alcance científico del Trabajo de Tesis mencionado.

Guayaquil, a los 15 días del mes de Diciembre del 2014

Dr. Javier Alejandro Quezada Palacios

AGRADECIMIENTO

A Dios, a mis padres, mi esposa, mis hijos por brindarme todo el apoyo, sostén y amor incondicional; a mis hermanos, por estar siempre junto a mí.

Al Doctor Jorge Palacios M. Jefe del Servicio y Director del Posgrado

Al Doctor Fernando Quintana J. Amigo y Director de este Proyecto.

A mis amigos Residentes de la Sala de Cirugía Plástica del HLV
Porque sin ellos no hubiese podido culminar este proyecto.

DEDICATORIA

A mis padres, esposa e hijos.

RESUMEN

Antecedentes: Es de gran importancia el poder realizar una oportuna identificación de las diversa variedad de complicaciones en cirugías estética que se puedan presentar y a la vez poder brindar un manejo adecuado y oportuno de las mismas con la finalidad de obtener un buen resultado estético final y con la menor cantidad de secuelas posibles. Es por ello que se realizó un estudio en el Servicio de Cirugía Plástica del Hospital General Luis Vernaza, con la finalidad de determinar cuál es la tasa de Morbi-Mortalidad presente en nuestro servicio y a la vez compararlo con la estadística de otras entidades de salud. **Objetivos:** Conocer la Morbi-Mortalidad presentada en las cirugías estéticas en el servicio de cirugía plástica del hospital general "Luis Vernaza". **Metodología:** Se realizó un estudio descriptivo, retrospectivo, observacional en 52 pacientes que presentaron cualquier tipo de complicación luego de ser sometidos a un procedimiento estético en el Servicio de Cirugía Plástica del Hospital Luis Vernaza de la Ciudad de Guayaquil, y que hayan sido valorados por la Consulta Externa del Servicio de Cirugía Plástica, Reconstructiva y Estética. **Análisis estadístico:** la recolección de datos y análisis se diseñó en una hoja electrónica de Microsoft Office Excel 2010 ®. Se utilizaron frecuencias simples, porcentajes, medias, medianas, promedios para variables cuantitativas y cualitativas. **Resultados:** Las complicaciones de cirugía estética presentes en la sala de cirugía Plástica del Hospital Luis Vernaza se presentaron en un 25.62%, de los cuales el sexo que presentó complicaciones con mayor frecuencia el femenino con un 88% y afectando mas al grupo etario comprendido entre los 36 a 45 años de edad; el tipo de procedimiento quirúrgico en el que se desarrollaron con mayor frecuencia es en la abdominoplastia con un 48.08% y el tipo de complicaciones que predominó fueron las tardías con un porcentaje de 67.31%.

Palabras clave: Complicaciones postoperatorias, morbilidad, hematoma, secuelas, estéticas.

SUMARY

Background: It is of great importance to make a timely identification of the different variety of complications in cosmetic surgeries that can be presented and at the same time to provide a proper and timely management of them in order to obtain a good final aesthetic result and with the least amount of possible sequels. It is for this reason that a study was conducted in the service of surgery plastic of the Hospital General Luis Vernaza, in order to determine what the rate of morbidity and mortality in our service and at the same time to compare it with other entities of health statistics. **Objectives:** Learn the morbidity and mortality in aesthetic surgeries in plastic surgery of the general hospital "Luis Vernaza". **Methods:** A descriptive, retrospective, observational study was conducted in 52 patients who presented any kind of complication after undergoing a cosmetic procedure in the service of surgery plastic of the Hospital Luis Vernaza from the city of Guayaquil, and which have been assessed by the external consultation of the service of plastic, reconstructive and aesthetic surgery. **Statistical analysis:** the data collection and analysis was designed in a spreadsheet in Microsoft Office Excel 2010 ®. Simple frequencies, percentages, averages, medians, averages were used for quantitative and qualitative variables. **Results:** Complications of cosmetic surgery in the room of Plastic Surgery Hospital Luis Vernaza submitted as 25.62%, of which sex had complications more often female with 88% and more affecting the age group ranging between 36 45 years old; the type of surgical procedure in which they were developed more frequently in abdominoplasty is a 48.08% and type of complications that predominated were late with a percentage of 67.31%.

Keywords: Postoperative complications, morbidity, hematoma, sequels, esthetics.

ÍNDICE

PORTADA	i
DECLARACION DE RESPONSABILIDAD	ii
AGRADECIMIENTO	iii
DEDICATORIA	iv
RESUMEN	v
SUMMARY	vi
ÍNDICE	vii
CAPITULO I: EL PROBLEMA	
1.1 Introducción	1
1.2 Justificación	4
1.3 Planteamiento del problema	5
1.4 Objetivos	7
1.4.1 General	7
1.4.2 Específicos	7
CAPITULO II: MARCO TEORICO	
2.1 Marco teórico referencial	8
2.2 Marco teórico general	8
2.2.1 Complicaciones en Ritidoplastia	8
2.2.1.1 Complicaciones menores	9
2.2.1.1.1 Infección	9
2.2.1.1.2 Hematomas pequeños. Fibrosis subcutánea	10
2.2.1.1.3 Edema	10
2.2.1.1.4 Depresión submentoniana	11
2.2.1.2 Complicaciones Mayores	11
2.2.1.2.1 Necrosis de piel	11
2.2.1.2.2 Hematomas	11
2.2.1.2.3 Deformidad auricular	12

2.2.1.2.4	Fistula parotídea	13
2.2.1.2.5	Cicatrices patológicas	13
2.2.1.2.6	Lesiones de las ramas del Nervio Facial	14
2.2.1.2.7	Lesiones de los nervios gran auricular y espinal	15
2.2.2	Complicaciones de la Blefaroplastia	15
2.2.2.1	Consideraciones generales	15
2.2.2.2	Complicaciones menores	16
2.2.2.2.1	Estéticas del parpado superior	16
2.2.2.2.2	Dehiscencia de la sutura	17
2.2.2.2.3	Infección	17
2.2.2.2.4	Milio	17
2.2.2.2.5	Hematoma superficial	18
2.2.2.2.6	Resección insuficiente de piel	18
2.2.2.2.7	Resección excesiva de piel	18
2.2.2.2.8	Asimetría del surco superior e inferior	18
2.2.2.3	Complicaciones mayores	19
2.2.2.3.1	Ptosis palpebral	19
2.2.2.3.2	Ectropión	19
2.2.2.3.3	Entropión	20
2.2.2.3.4	Desbalance de los músculos extrínsecos del ojo	20
2.2.2.3.5	Hematoma retrobulbar	21
2.2.2.3.6	Ceguera	21
2.2.2.3.7	Perforación del globo ocular	22
2.2.2.3.8	Queratoconjuntivitis sica	22
2.2.2.3.9	Glaucoma	22
2.2.3	Complicaciones de la Rinoplastia	23
2.2.3.1	Consideraciones Generales	23
2.2.3.2	Complicaciones Menores	
2.2.3.2.1	Hemorragias	24
2.2.3.2.2	Hematoma	24
2.2.3.2.3	Infección	24
2.2.3.2.4	Periostitis	25
2.2.3.2.5	Edema	25
2.2.3.2.6	Dermatitis y necrosis de piel	25

2.2.3.2.7	Injuria de la vía lagrimal	26
2.2.3.2.8	Perforación del septum	26
2.2.3.2.9	Fistula de liquido cefalorraquídeo	26
2.2.3.2.10	Quiste mucoso	26
2.2.3.2.11	Deformidad del dorso	27
2.2.3.2.12	Depresión supralar	28
2.2.3.2.13	Depresión del borde alar	28
2.2.3.2.14	Distorsión de la punta nasal	28
2.2.4	Complicaciones de la Mentoplastia	29
2.2.4.1	Consideraciones Generales	29
2.2.4.1.1	Hemorragia	30
2.2.4.1.2	Lesión del nervio mentoniano	30
2.2.4.1.3	Lesión de músculos labiales	30
2.2.4.1.4	Hematoma	30
2.2.4.1.5	Infección	31
2.2.4.1.6	Extrusión	31
2.2.4.1.7	Asimetría y mala posición	31
2.2.4.1.8	Fistula	32
2.2.4.1.9	Reabsorción ósea	32
2.2.5	Complicaciones de auriculoplastia	33
2.2.5.1	Consideraciones Generales	33
2.2.5.1.1	Deformidad en teléfono	33
2.2.5.1.2	Recurrencia de la deformidad	34
2.2.5.1.3	Hematoma	35
2.2.5.1.4	Infección	35
2.2.5.1.5	Condritis	36
2.2.5.1.6	Hipertrofia de la cicatriz. Queloide	36
2.2.5.1.7	Necrosis de piel	37
2.2.6	Complicaciones en la Cirugía de la Mama	37
2.2.6.1	Consideraciones Generales	37
2.2.6.1.1	Complicaciones en la mamoplastia de reducción	38
2.2.6.1.1.1	Hemorragia y hematomas	38
2.2.6.1.1.2	Infección	39
2.2.6.1.1.3	Dehiscencia de la herida	39

2.2.6.1.1.4	Necrosis de areola y pezón	40
2.2.6.1.1.5	Necrosis grasa	41
2.2.6.1.1.6	Síndrome de Mondor	41
2.2.6.1.1.7	Cáncer oculto	41
2.2.6.1.1.8	Complicaciones tardías	41
2.2.6.1.2	Complicaciones en la cirugía aumentativa de la mama	44
2.2.6.1.2.1	Hematoma	44
2.2.6.1.2.2	Seroma	45
2.2.6.1.2.3	Infección	45
2.2.6.1.2.4	Dislocación de el implante	46
2.2.6.1.2.5	Alteraciones de sensibilidad del pezón	47
2.2.6.1.2.6	Ruptura del implante	47
2.2.6.1.2.7	Contractura capsular	48
2.2.7	Complicaciones de la abdominoplastia	50
2.2.7.1	Consideraciones Generales	50
2.2.7.1.1	Seroma	50
2.2.7.1.2	Hematoma	50
2.2.7.1.3	Necrosis de piel	51
2.2.7.1.4	Infección	51
2.2.7.1.5	Tromboembolismo pulmonar	52
2.2.7.1.6	Complicaciones tardías	53
2.2.8	Complicaciones de la lipoaspiración	54
2.2.8.1	Hematoma y seroma	55
2.2.8.2	Infección	56
2.2.8.3	Tromboembolismo y trombosis venosa	56
2.2.8.4	Síndrome de embolismo grasa	56
2.2.8.5	Irregularidades de superficie	57
2.2.8.6	Disestesias	58
2.2.8.7	Pigmentación de la cicatriz	58

CAPITULO III: METODOLOGÍA

3.1	Tipo de estudio	59
-----	-----------------	----

3.2	Universo y Muestra	59
3.2.1	Muestra	59
3.3	Área del estudio	59
3.4	Medición y operacionalización de las variables	59
3.5	Criterios de inclusión y exclusión	60
3.5.1	Criterios de Inclusión	60
3.5.2	Criterios de Exclusión	60
3.6	Métodos, técnicas e instrumentos de Investigación	61
3.7	Manejo de los resultados del estudio	61
3.8	Resultados	62
3.8.1	Incidencia	62
3.8.2	Sexo	63
3.8.3	Edad	64
3.8.4	Tipo de Cirugía	65
3.8.5	Tipo de Complicación	67

CAPITULO IV: DISCUSIÓN

4.1	Análisis de los resultados	69
4.2	Conclusiones	71
4.3	Recomendaciones	72
4.4	Anexos	73
4.4.1	Formulario de recolección de datos	73
4.5	Bibliografía	74

1. EL PROBLEMA

1.1. INTRODUCCIÓN

Las complicaciones de la cirugía plástica no son solo la consecuencia de la acción del acto quirúrgico en sí mismo, sino que además existen diversas situaciones y circunstancias que pueden contribuir al desarrollo de las mismas: 1. Mal diagnóstico y errónea interpretación de las expectativas del paciente; 2. Inadecuada valoración psicológica del paciente; 3. Incorrecta e inadecuada técnica quirúrgica y 4. Incompleta explicación preoperatoria a los pacientes y/o familiares de los riesgos y posibles complicaciones¹.

Los pacientes que tienen más probabilidades de tener problemas son los que han presentado anteriormente problemas. Una historia médica y quirúrgica precisa y minuciosa permitirá al médico identificar correctamente a los pacientes que tienen más probabilidades de sufrir complicaciones intra y/o postoperatorias².

Casi nunca la cirugía plástica expone la vida del paciente y muchas de las complicaciones que solían presentarse en la antigüedad han disminuido considerablemente en gravedad y frecuencia, debido al mejoramiento de la anestesia, técnica quirúrgica y evaluación pre quirúrgica del paciente.

En algunas ocasiones el temor de presentarse una complicación intra o postoperatoria ya se espera desde el mismo momento de la planificación, por lo que se toma todas las medidas necesarias para sobrellevar con el menor riesgo posible.

En muchos casos, la causa precisa no puede ser determinada; muchas pueden ser las teorías tratando de explicar el origen pero lo más importante es: 1. Contener la preocupación del paciente y 2. Resolver el problema lo más rápido posible y con el menor daño físico y psíquico. Algunos principios generales de la cirugía son inviolables; cualquier trasgresión de estos puede llevar irremediablemente a una complicación¹.

Nuestro estilo de vida actual ha convertido a la cirugía plástica en una especialidad cuya demanda sobrepasa en muchas ocasiones, por parte de los pacientes, lo lógico y recomendable; y, por parte de los cirujanos, la seriedad, los conocimientos científicos necesarios y el sentido común.

El paciente que se somete a una intervención quirúrgica de carácter estético, es por lo general, una persona aparentemente sana. Que lo que quiere es lograr un cambio para poder sentirse mejor y reconfortado en el aspecto anímico y físico.

La cirugía plástica es considerada ciencia y arte aplicada a la medicina, no es magia ni presupone de antemano resultados predecibles de por sí. Por lo que los pacientes que van a ser intervenidos deben estar informados previamente de las posibles complicaciones que se podrían presentar, los riesgos y las posibilidades de no obtener un resultado satisfactorio¹.

Se debe general resultados armónicos y naturales. Cuando los resultados obtenidos son “exagerados”, se generará una errónea aplicación de la intima mística de esta moderna especialidad e incluso se podría desarrollar severas complicaciones o secuelas de difícil solución.

Se debe tomar en consideración que siempre se podrían desarrollar complicaciones en el acto quirúrgico, pero que podrían disminuirse a la mínima incidencia si se lleva a cabo un adecuado procedimiento quirúrgico. El 98% de los pacientes que se someten a una intervención plástica retornan a su habitación sin ningún tipo de complicación¹.

Sin embargo, estadísticamente el porcentaje de complicaciones generales en cirugía plástica es extremadamente reducido (3-5%), entre otras razones por ser una cirugía que en la gran mayoría no es intracavitaria (craneal, torácica o abdominal), requiriendo una anestesia menos profunda y por efectuarse por general en pacientes sanos. Millones de personas se intervienen anualmente de operaciones de estética sin problemas, ya que los resultados compensan ampliamente los eventuales riesgos⁷.

En el caso de cirugías estéticas a nivel de mamas o abdomen las principales complicaciones están asociadas a necrosis parciales o totales de colgajos, infecciones, hematomas o posteriores alteraciones de la cicatriz; rara vez aparecen complicaciones severas que pongan en riesgo la vida del paciente¹.

1.2 JUSTIFICACIÓN

La presentación de complicaciones posoperatorias en cualquier tipo de intervención quirúrgica son frecuentes y es por ello que se convierte en una necesidad indispensable el poder determinar cada una y todas las complicaciones que se pueden presentar en las cirugías estéticas y a la vez poder determinar un manejo oportuno y adecuado para disminuir al máximo las secuelas que se pudieran presentar.

Todo esto conlleva a poder innovar nuevas técnicas operatorias que pongan en un nivel de riesgo mínimo para los pacientes y por tal una baja incidencia de complicaciones o secuelas.

También nos permitirá poder determinar la tasa de incidencia de complicaciones que se presentan en nuestro servicio y a la vez compararlas con unidades quirúrgicas de otros países.

Las complicaciones y cualquier resultados estético desfavorable puede ocurrir en cualquier procedimiento, por lo tanto es recomendable que el paciente se encuentre bien informado de todas la probables complicaciones que se puedan dar y además es importante que ellos comprendan la importancia de cada una.

1.3 PLANTEAMIENTO DEL PROBLEMA

Hoy en día, ser bello puede constituir un lujo necesario, es un signo de respeto propio y, por qué no, expresión de esa justa ambición que en la mañana nos permite vernos en el espejo y nos hace sonreír, estimulando ese entusiasmo necesario para dar a los otros lo mejor de nosotros mismos. Bajo esta óptica, la medicina y la cirugía estética puede resultar de gran ayuda a la sociedad, pero es necesario recordar que el bisturí no quita años de vida, sino los años mostrados, y que la verdadera belleza se alcanza solo con el conocimiento del propio cuerpo y con un estilo de vida basado en una alimentación adecuada, un buen sueño reparador, una actividad física y laboral equilibrada, así como el respeto del medio ambiente en el que vivimos⁸.

Aunque la motivación para someterse a una intervención de Cirugía Estética es muy personal, hay factores externos que indudablemente influyen. Tal es, por ejemplo, la orientación actual de nuestra sociedad hacia la juventud y en la cual un aspecto físico joven y dinámico es primordial para poder competir en igualdad de condiciones. Similar importancia tiene un buen aspecto físico en gran parte de las profesiones y en la comunicación con el ambiente social y afectivo.

A veces, el motivo es superar las percepciones que puedan tener los demás con respecto a diversas características físicas. Estos juicios de los demás influyen negativamente y van en detrimento del concepto de autoimagen corporal¹¹.

Sin embargo, sean cuales fueren las razones para someterse a intervenciones de Cirugía Estética, es importante que el paciente tenga una idea clara y realista de los objetivos que se pueden alcanzar mediante la Cirugía Estética, de sus limitaciones y de sus riesgos a fin de poder tomar

una libre decisión. La Cirugía Estética puede cambiar su aspecto y sentar con ello la base que se sienta mejor y aumente su autoconfianza y seguridad⁶.

Las posibilidades quirúrgicas en cuanto al resultado deben coincidir con las esperanzas que el paciente abriga y deben compensar ampliamente los posibles riesgos, que dependen no sólo de la experiencia y habilidad del cirujano, sino también de la propia calidad de cicatrización y curación del paciente. Las operaciones de cirugía plástica por supuesto no están excluidas de los riesgos de tipo general inherentes a cualquier otro tipo de cirugía o de tipo anestésico, ya sea local, regional o general (alergias, problemas cardiocirculatorios, hemorragias, infecciones de tejidos, cicatrización patológica por tendencia a cicatriz hipertrófica o queloidea)².

Sin embargo, estadísticamente el porcentaje de complicaciones generales en cirugía plástica es extremadamente reducido (3 – 5%), entre otras razones por ser una cirugía que en la gran mayoría no es intracavitaria (craneal, torácica o abdominal), requiriendo una anestesia menos profunda y por efectuarse en general en pacientes sanos. Millones de personas se intervienen anualmente de operaciones de estética sin problemas, ya que los resultados compensan ampliamente los eventuales riesgos⁷.

1.4 OBJETIVOS

1.4.1 OBJETIVO GENERAL

- “DETERMINAR LA MORBI-MORTALIDAD PRESENTADA EN LAS CIRUGIAS ESTÉTICAS EN EL SERVCIO DE CIRUGÍA PLÁSTICA DEL HOSPITAL GENERAL “LUIS VERNAZA” DURANTE EL PERIODO AGOSTO 2012 A JULIO 2013”.

1.4.2 OBJETIVOS ESPECIFICOS

- Medir las complicaciones presentadas por la cirugía estética según la edad.
- Establecer cuál fue el tipo de cirugía estética realizado con mayor frecuencia en el servicio.
- Determinar la tasa de mortalidad presente en los pacientes realizados cirugías estéticas.
- Establecer cuáles fueron las complicaciones inmediatas, mediatas y tardías en cada uno de los procedimientos realizados.

2. MARCO TEÓRICO

2.1 MARCO REFERENCIAL

Dentro de la Cirugía Plástica son escasas las complicaciones que se pueden presentar y poner en riesgo la salud de los pacientes puesto que son considerados pacientes aparentemente sanos. Es así que, desde la aparición de la especialidad como tal, se han desarrollado e innovado técnicas quirúrgicas que ponen en riesgo mínimo a los pacientes⁶.

Las cirugías estéticas son procedimientos que se practican todos los días y por tal se encuentran propensas a presentar algún tipo de complicación. Es por ello que el cirujano debe tener un conocimiento completo de las complicaciones mayores y menores asociadas con estos procedimientos, así como de su prevención y tratamiento.

Se estima que alrededor del 5% de todos los procedimientos quirúrgicos de carácter estético presentan algún tipo de complicación, ya sea considerada de mayor o menor complejidad ⁶.

2.2 MARCO TEORICO GENERAL

2.2.1 COMPLICACIONES DE LA RITIDOPLASTIA

Consideraciones Generales

La cirugía de rejuvenecimiento facial de cara y cuello está encaminada a tratar de aliviar en partes todos o parte de los signos del envejecimiento prematuro.

En la actualidad el objetivo de la ritidoplastia es el de dejar las menos cicatrices posibles y el mayor grado de rejuvenecimiento posible y natural en el paciente.

Desde el inicio se ha tratado de obtener los mejores resultados estéticos y duraderos posibles. Es así que se trata de realizar una intervención corta, postoperatorio breve y mínimas complicaciones ¹.

La descripción del SMAS por y Mirtz y Peyronie constituyó un aporte fundamental en el desarrollo de la cirugía del lifting en los últimos 30 años.

2.2.1.1 COMPLICACIONES MENORES

2.2.1.1.1 Infección.- Suelen ser extremadamente raras a pesar de encontrarse en una zona con abundante flora saprofítica en gérmenes Gram positivos y negativos.

La exquisita irrigación de los tejidos faciales es un factor muy importante para disminuir el desarrollo de procesos infecciosos cuya incidencia oscila por el 1%. Es recomendable realizar un adecuado lavado del cuero cabelludo, cabello, cara y cuello con antisépticos por lo menos una hora antes de la cirugía.

“Infecciones menores y localizadas alrededor de algunas de las múltiples suturas de las heridas no son infrecuentes, pero no revisten gravedad estética ni funcional y se curan eliminando el punto afectado y evacuando la secreción” ⁶

La principal zona afecta es la región retroauricular debido a la menor vascularización que posee, humedad y características sebáceas de la piel, adherencias de cabellos a nivel de la herida y dificultad para mantener seca

después del baño. Otra causa de cuadros infecciosos se debe a los pequeños hematomas residuales que deben ser drenados y manejados con antibiótico.

La aparición de infecciones tardías se debe a la presencia de cuerpos extraños, reacción a suturas o estos epidérmicos que tras formar quistes, se infectan y producen procesos locales.

2.2.1.1.2 Hematomas pequeños. Fibrosis subcutánea.- son colecciones de sangre que oscilan entre 2 y 10cc de sangre y que por lo general no traen repercusiones graves estéticas ni funcionales.

Pueden ser detectados luego de que el edema desaparezca y se presenta como una induración, irregularidad de la piel y equimosis; y se podría proceder a la evacuación del mismo, ya sea por punción con aguja o si se encuentra cerca de línea de sutura se puede abrir unos puntos y proceder a evacuar a través de la herida.

Alrededor de la segunda o tercera semana de postoperatorio el hematoma sufre transformación fibrosa, presentada como un abultamiento bajo la piel, que puede llegar a causar según grado de retracción algunas deformidades estéticas mínimas.⁶

El uso coadyuvante de inyección intralesional de esteroides, ultrasonido y/o masajes con cremas con corticoide contribuye a disminuir la retracción fibrosa y disminuyendo la tensión tisular, que en algunos casos puede permanecer por algunos meses causando una deformidad estética del sector afectado.

2.2.1.1.3 Edema.- El periodo normal del edema postoperatorio dura hasta los primeros 7 días llegando a un periodo máximo al segundo día.

El edema persistente no causará ninguna alteración estética o funcional y que cederá hasta llegar el tercer mes del postoperatorio.

2.2.1.1.4 Depresión submentoniana.- Se debe principalmente a la resección exagerada de la grasa submentoniana, ocasionando que la dermis quede en contacto directo con la cara superficial de las fibras musculares del musculo cutáneo, dando el aspecto de una depresión antiestética. Mantiene una frecuencia del 5% del total de los lifting faciales⁶.

2.2.1.2 COMPLICACIONES MAYORES

2.2.1.2.1 Necrosis de piel.- La incidencia de la necrosis cutánea se encuentra alrededor del 3% y es una de las complicaciones más temidas por todos los cirujanos plásticos.

A principal causa se debe a la falta de irrigación sanguínea a los tejidos debida a: excesiva tensión y tracción de los colgajos dérmicos, alteraciones previas de la circulación facial por cicatrices, radioterapia, quemaduras, etc., disección superficial de la piel, celulitis e infecciones severas, hematomas grandes no tratados adecuadamente, tabaquismo crónico y deficiencia circulatoria.⁶

La afección cutánea puede ser a nivel superficial o todo su espesor y será manejada acorde a la condición del sufrimiento. Es posible que se presenten pigmentaciones residuales o cicatrices superficiales que se disimulan tras ocultarlas con el cabello o tras la oreja.²³

2.2.1.2.2 Hematomas.- Por lo general ocurren dentro de las primeras 24 horas del postoperatorio caracterizado por dolor unilateral o bilateral y malestar, edema que puede llegar a afectar párpados, labios, mejillas y cuello.

“Los hematomas faciales son por lo lejos la complicación más frecuente de la operación de los lifting facial. Sin embargo los grandes hematomas son infrecuentes; en un estudio retrospectivo donde se evaluaron cerca de 10.000 ritidoplastias la incidencia de grandes hematomas fue de 3.6%”.⁶

Durante la consulta prequirúrgica se debe indagar sobre la ingesta de aspirinas y antiinflamatorios y control de tensión arterial ya que son factores que predisponen a sangrados intra y postoperatorio.

Una demora en la evacuación de los hematomas puede causar que la piel de los colgajos sufra parcial o totalmente. Para ello realizaremos una exploración directa bajo anestesia general y revisión completa de la zona quirúrgica para poder realizar una hemostasia adecuada y prolija y así evacuar la sangre y coágulos logrando disminuir la tensión de la piel.⁶

Durante el cuidado postoperatorio la colocación de un vendaje nos ayudará a evitar la formación de espacio muerto y también a comprimir los vasos remanentes sangrantes. También es recomendable el reposo absoluto, semisentada para dormir, sin movilización de cuello y cabeza dentro de las primeras 72 horas del postoperatorio.

2.2.1.2.3 Deformidades Auriculares.- Estas se deben principalmente por tracción excesiva de las suturas sobre el lóbulo y tercio inferior y región tragal de la oreja, debido a que el 75% de las incisiones pasan por la periferie de la misma llegando a causar distorsión.

La principal deformidad presentada es la llamada “pixieear” en la que se encuentra una mala posición del lóbulo y adherencia del mismo a la piel de la mejilla.

Se pueden presentar otras complicaciones como disminución del surco retroauricular, distorsión del trago debido a la ubicación posterior de la incisión que causa tracción del trago hacia atrás y su aplanamiento.

2.2.1.2.4 Fístula Parotídea.- Ocurre generalmente por lesión directa sobre la glándula parotídea. Esta fístula puede darse cuando hay: lesión directa del tejido glandular; mala ubicación de plano de disección; inexperiencia quirúrgica y disección desgarradora y brusca mediante utilización de tijera.

El principal signo de lesión parotídea es la fistula salival que se hace notoria por eliminación a través de la herida quirúrgica y se resuelve espontáneamente siempre y cuando el conducto de Steno se encuentre intacto.²³

2.2.1.2.5 Cicatrices Patológicas.- La presencia de cicatrices patológicas por lo general son muy inusuales, de difícil resolución y complejas, debido a que la alteración estética causa un grado elevado de inconformidad en el paciente.

La hipertrofia y formación de queloides son secuelas difíciles de ocultar y manejo, tendiendo a presentarse con mayor frecuencia en personas jóvenes y no en personas mayores a 50 años.

Situaciones como cuadros infecciosos pueden hacer que las cicatrices aumenten de tamaño por trastornos en la cicatrización. No obstante, el uso de corticoides también predispone a la mala cicatrización con modificaciones patológicas de la misma.¹

Trascurrido tres meses de evolución las cicatrices empiezan a mejorar su aspecto y calidad pues empieza a desaparecer su aspecto hipertrófico y color rojizo, pero inicialmente aplicamos corticoide intralesional para atrofiar

el tejido conjuntivo para combatir la hipertrofia cicatrizal. Se puede asociar al uso externo de bandas de silicona para aplicar presión sobre la cicatriz y disminuir la hipertrofia cicatrizal.

2.2.1.2.6 LESIONES DE LA RAMAS DEL NERVIO FACIAL

“La incidencia de las lesiones del nervio facial varía entre el 0.4 al 2.6%, siendo las ramas frontal y marginal mandibular las más afectadas. El 85% de estas lesiones son transitorias y alcanzan la recuperación espontánea alrededor de los 6 meses postritidectomía”⁶

Rama del nervio frontal.- El empleo de nuevas técnicas quirúrgicas para la realización de lifting más profundos o con movilización del SMAS han aumentado el índice de lesiones con respecto a la técnica superficial o clásica y la técnica endoscópica.

La lesión de esta rama nerviosa va a evidenciar: falta de elevación de la ceja correspondiente, una ceja en reposo con descenso del párpado superior y ausencia de arrugas de la hemifrente afectada por ausencia de contracción muscular.

La presencia de parálisis es rara, pero al cabo de tres meses la paresia empieza a recuperarse junto con el empleo de terapia y con ello se le brinda a la paciente un apoyo para ayudar a contenerla psicológicamente.⁶

Rama marginal mandibular.- La lesión de esta rama nerviosa se puede realizar en el momento en que ésta cruza los vasos faciales en el ángulo antero inferior de la inserción del músculo masetero.

Clínicamente esta lesión produce una imposibilidad para traccionar hacia abajo el labio afectado causando asimetría muy evidente. Por lo general, las paresias transitorias se recuperan con el pasar de los meses.

Las lesiones definitivas tienen difícil resolución. Si se produce una lesión no advertida del nervio, la conducta va a ser expectante; caso contrario, se realizará una sutura termino-terminal microquirúrgica. Si al término de 1 año postoperatorio se evidencia una parálisis definitiva sin recuperación de función eléctrica o clínica se buscarán otros tratamientos o métodos que ayuden a recuperar la simetría con el lado opuesto en la acción dinámica de los movimientos de la mímica.⁶

2.2.1.2.7 Lesiones del nervio gran auricular y espinal.- Son secuelas muy comunes y suelen estar causadas por lesiones de ramas del gran auricular y ramas externas del nervio espinal. Por lo general son transitorias.

Cuando se realiza una disección muy profunda sobre el músculo esternocleidomastoideo se puede producir una lesión definitiva del nervio, y en casos de ser así, se realizara una reparación con microcirugía del nervio para evitar la anestesia definitiva del tercio inferior de la oreja.

Es muy importante el tener conocimientos muy amplios de anatomía topográfica para de esta manera evitar, en lo posible, llegar a lesionar estos nervios.¹

2.2.2 COMPLICACIONES DE LA BLEFAROPLASTIA

2.2.2.1 Consideraciones Generales

“Muchas de las complicaciones por operaciones estéticas de los párpados pueden ser prevenidas desde la primera consulta, en semejanza con la prevención de la mayoría de las complicaciones de otras cirugías estéticas”¹.

Como todos los procesos quirúrgicos, la blefaroplastia puede acarrear complicaciones postoperatorias. Las indicaciones de la cirugía, así como las posibles complicaciones, deben ser discutidas cuidadosamente con el paciente antes de practicar la cirugía, tanto para establecer una relación con el paciente como para aminorar el potencial de las quejas postoperatorias que pueden producirse por expectativas irreales.¹⁸

Los párpados, además de participar en la estética y la expresividad del rostro, de tener la capacidad de determinar las características fisionómicas de algunas razas, poseen numerosas e importantes funciones, desde la primaria de defensa mecánica del bulbo ocular, a la distribución de la película lacrimal sobre la superficie cornea, al mecanismo de agresión de las lagrimas, a la limitación de la cantidad de luz que penetra en el ojo junto con otras estructuras dinámicas intraoculares.

Las complicaciones postblefaroplastia ocurren más a menudo en el postoperatorio inmediato y son habitualmente menores, de poca severidad y transitorias. No obstante existen complicaciones de mayor severidad, llegando incluso a comprometer la visión.

La mayoría de las complicaciones son resultado de un trauma quirúrgico y de la agravación de estados preexistentes, de ahí la importancia de reducir al máximo la agresión quirúrgica y realizar una exhaustiva historia clínica y examen físico previo a la cirugía.³

2.2.2.2 COMPLICACIONES MENORES.

2.2.2.2.1 Estéticas del párpado superior.- la ubicación adecuada de la cicatriz definitiva tras realizarse una blefaroplastia superior tiene que estar oculta a nivel de la línea de pliegue palpebral superior puesto que mantiene una adecuada altura y ubicación del pliegue sin causar distorsión de la

cantidad de piel existente entre las pestañas y el pliegue y a la vez ocultado la cicatriz.

La incisión a nivel del ángulo interno del ojo debe estar más dirigida hacia arriba que hacia abajo puesto que puede causar un epicanto cicatrizante “redondeado” debido a la retracción cicatrizal; y en el ángulo externo, la cicatriz final debe extenderse por una de las arrugas denominadas “patas de gallo” y la piel debe ser reseca sin tensión.

2.2.2.2.2 Dehiscencia de la sutura.- es una de las complicaciones menos frecuentes de la blefaroplastia, pero suele presentarse dentro de las primeras 72 horas postoperatorias o tras el retiro de los puntos; ya sea, por empleo de una mala técnica en la sutura de la piel, retiro precoz de los puntos o a una resección excesiva de piel que provoca tensión a nivel de los bordes de la herida.

2.2.2.2.3 Infección.- la blefaritis como complicación infecciosa postblefaroplastia es rara, excepto en los casos de ectropión o lagofalmo que establecen un campo quirúrgico apropiado para la blefaritis a nivel del párpado inferior. La acumulación de secreción formando abscesos no es frecuente, pero puede aparecer como una masa, dolorosa, roja y dura-elástica dentro de las dos semanas del postoperatorio, el drenaje del pus resolverá el proceso.

2.2.2.2.4 Milio.- también denominados quistes de inclusión, se desarrollan dentro de la primera semana o quince días postoperatorios e incluso a los 3 meses de evolución. Se desarrollan por atrapamiento de células epiteliales dentro de la herida, originando a los quistes de retención que se encuentran llenos de material sebáceo.⁶

“Una de las principales causas es la permanencia de los materiales de sutura más allá de 72 horas de la operación, ya que la rápida cicatrización de los párpados permite crear túneles por donde transcurre la lazada de los hilos”².

2.2.2.2.5 Hematomas superficiales.- Anteriormente, se creía que por acción del drenaje linfático y la gravedad eran la causa de los hematomas a nivel del párpado inferior con mayor frecuencia que en el párpado superior.

Los hematomas pueden ocurrir en cualquier parte de la herida de la blefaroplastia, no constituyen complicación de importancia funcional o estética siempre y cuando se produzcan por delante del septum orbitario. Una vez identificados, se los debe evacuar mediante aspiración con una jeringuilla o con una hoja de bisturí N°11. En casos de hematomas más severos, extendidos y de mayor magnitud el manejo consiste en reexploración quirúrgica para eliminar los coágulos y para reacondicionar los tejidos afectados complementando la hemostasia de vasos sangrantes.

2.2.2.2.6 Resección insuficiente de piel.- La presencia de un pliegue en piel de párpado superior redundante y objetable luego de realizarse una blefaroplastia puede ser corregida con resección adicional cutánea muscular o con renovación laser, si no existe una ptosis concomitante de ceja, exceso nasal medial en el punctum superior, laguna palpebral o lagoftalmos.

2.2.2.2.7 Resección excesiva de piel.- La presencia de lagunas en los párpados superior al mirar hacia abajo y el lagoftalmos en los intentos de cierre son indicativos de una resección excesiva en la piel y de acortamiento lamelar anterior. La solución en estos casos son los injertos libres de piel para suplementar la laminilla anterior deficiente.

2.2.2.2.8 Asimetría de surco superior e inferior.- La resección adiposa excesiva puede acarrear un surco superior e inferior de profundidad

inadecuada. La corrección es difícil manejo. Así mismo, la grasa residual de los párpados superior o inferior también pueden crear asimetrías de los surcos.³

2.2.2.3 COMPLICACIONES MAYORES.

2.2.2.3.1 Ptosis palpebral.-una adecuada valoración prequirúrgica es esencial para poder determinar las diferentes variedades de ptosis palpebral o saber diferenciarla de la dermatochalasis. Es importante hacer el diagnóstico diferencial entre una pseudoptosis y una ptosis verdadera. La pseudoptosis aparece dentro de los primeros días de la operación y está producida por el edema y congestión inflamatoria reaccionaria a la operación por lo tanto es temporaria y desaparece con la resolución del edema. Otra causa de pseudoptosis más tardía, que aparece después de la desaparición del edema operatorio, a partir de los 30 días es la resección exagerada de las bolsas palpebrales tanto superiores como inferiores.

La dehiscencia inadvertida de la aponeurosis del elevador puede ser causada por la resección de una amplia banda del músculo pretarsal. La ptosis persistente sin un defecto obvio en la aponeurosis del elevador se deberían observar durante 3 meses antes de realizar un intento de reparación quirúrgica.⁶

2.2.2.3.2 Ectropión.- Es importante realizar un diagnóstico diferencial entre el ectropión temporario y el verdadero ectropión. El primero aparece en los primeros días del postoperatorio causando un pequeño descenso del borde del tercio externo del párpado inferior, que permite visualizar parte de la esclerótica; cuando la mirada se dirige arriba la esclerótica se hace más evidente. Por lo general se resuelve espontáneamente en los primeros meses del postoperatorio con la desaparición del edema y recuperación de la motilidad del músculo orbicular.

La eversión suave del margen palpebral puede ser corregida con un masaje en dirección ascendente de 5 minutos, aplicado 4 veces al día. Sin embargo, la mal posición del margen inferior persistente después de 6 a 8 semanas de masaje, lo más probable, es que requiera de reparación quirúrgica mediante la realización de plicatura del tendón cantal lateral.

El realizar una serie de fotografías postoperatorias ayudará al cirujano a tomar la decisión en lo que respecta al grado de mejoría y eliminar la inclinación visual prejuiciosa. Los injertos libres de piel total son la técnica definitiva para la corrección quirúrgica.¹⁸

2.2.2.3.3. Entropión.- es una rarísima complicación postblefaroplastia y cuando se produce siempre está asociada a la flacidez y relajación senil de los tejidos palpebrales que se exacerban por efecto de la operación. El tratamiento consiste en actuar sobre la fisiopatología del proceso poniendo tenso al borde palpebral, reorientando la posición de las pestañas y recuperando la tonicidad de los tejidos del borde.

El entropión puede ser a su vez la causa más común de desarrollo de lesiones conjuntivo-corneales, debido al contacto directo con las pestañas.

2.2.2.3.4 Desbalance de los músculos extrínsecos del ojo.- La musculatura extrínseca del ojo se encuentra estrechamente relacionada con las bolsas mediales y nasal inferior y al producirse una excesiva resección adiposa sin tener cuidado de esta estructura puede desencadenar en un daño del tendón oblicuo inferior. Una de las causas es la formación excesiva de fibrosis al momento de realizar cauterización excesiva de las bolsas adiposas.

2.2.2.3.5 Hematoma retrobulbar.- Esta es la complicación postblefaroplastia menos deseada de todas por la acumulación excesiva de sangre que se puede presentar a nivel retro ocular que podría llegar a desencadenar ceguera en el paciente.

Para ello se debe tener en cuenta el realizar una adecuada y exhaustiva cauterización de los vasos y grasas reseca.

Se debe tener mucho cuidado al momento de reseca las bolsas media o interna ya que se evidencia la presencia de 1 o 2 vasos, que generalmente, recorren el tejido adiposo. Por eso es aconsejable efectuar una hemostasia individual de las bolsas.

“Frente a este tipo de vasos es conveniente, antes de coagular las bolsas “in toto” como se conoce clásicamente, realizar la hemostasia de los mismos en la base de la bolsa con el objeto de independizar su coagulación de las bolsas”⁶

2.2.2.3.6 Ceguera.- Es una complicación ocasional y devastadora postblefaroplastia. Su incidencia es baja pero de gran repercusión psíquica para el cirujano puesto que condiciona su vida quirúrgica futura al momento de planificar nuevos procedimientos para blefaroplastias.

La considera como la causa principal a la falta de irrigación sanguínea del nervio óptico debido a una obstrucción de la arteria central de la retina. Otras causas menos frecuentes de esta complicación se atribuyen a la perforación inadvertida del globo ocular, trombosis de la arteria central de la retina, injuria directa del nervio óptico, el uso del cauterio unipolar introducido en el ápex orbitario y la infección postoperatoria grave.

2.2.2.3.7 Perforación del globo ocular.- la perforación del globo ocular por lo general se encuentra asociada a procedimiento de blefaroplastias realizadas con laser de dióxido de carbono, pudiendo afectar cualquier segmento del globo ocular e inclusive perforar la córnea.

En el caso de que se suscitase esta complicación se debe proteger el globo bajo presión para evitar la expulsión del contenido ocular y consultando con un oftalmólogo capacitado lo más pronto posible.

2.2.2.3.8 Queratoconjuntivitis sica.- por lo general no se considera una complicación directa de la cirugía estética sino más bien un factor predisponente a un desarrollo y ponerla de manifiesto.

Una posible causa atribuible es por una alteración de la motilidad ocular debida a una paresia del musculo orbicular, edema postquirúrgico y disminución del cierre palpebral; que son considerados como síntomas transitorios y que desaparecerán con el paso de los días.

“Es importante tener en cuenta que el postoperatorio inmediato, dentro de la primera semana, es frecuente encontrar pacientes con alteraciones de humidificación de la conjuntiva y la cornea que necesitan de la ayuda de colirios y medicamentos que aumentan la protección del ojo”

El manejo de la sintomatología va encaminada a la protección especialmente durante la noche, ya sea con colirios o con uso de parches mas pomada y cerrados ambos ojos. ³

2.2.2.3.9 Glaucoma.- No es considerado la blefaroplastia como uno de los factores predisponente al desarrollo de glaucoma, por lo que se debe tener muy presente al momento del interrogatorio la historia previa de visión borrosa, halos luminosos alrededor de imágenes o migrañas unilaterales.

Es por esto que es preferible la realización de una valoración oftalmológica previa antes de acceder a la blefaroplastia.

COMPLICACIONES DE LA RINOPLASTIA

2.2.3.1 Consideraciones Generales

Se considera a la rinoplastia como la cirugía de mayor solicitud entre los pacientes que acuden a nuestra consulta diaria y sobretodo en pacientes que se encuentran entre los 15 y 25 años de edad, por lo que es primordial brindarles toda la información necesaria sobre el procedimiento y tener en cuenta todos los factores que pueden estar asociados a un buen resultado tanto estético como funcional.

Es así que solo se podrá dar una visión final de la cirugía cuando hayan pasado por lo menos 6 a 12 meses de la operación, puesto que es un tiempo promedio para que los tejidos hayan completado la relajación tisular y el proceso de cicatrización tenga la maduración final y las estructuras nasales se encuentren definitivamente reposicionadas y sin edema.

Se considera que las complicaciones de la rinoplastia varían entre un 6 y 15%, donde entre el 5 y 10% de los casos primarios requieren revisión.

La mayoría de las complicaciones pueden ser evitadas o prevenidas en el momento de la valoración prequirúrgica del paciente al realizarle una historia clínica adecuada para poder determinar cualquier alteración funcional, estética o psíquica del paciente y poder preveer futuros conflictos.⁶

2.2.3.2 COMPLICACIONES MENORES

2.2.3.2.1 Hemorragias.- El sangrado postoperatorio es la más común complicación de la rinoplastia y la que más preocupa al paciente y al cirujano plástico.

El sangrado por lo general ocurre a nivel del sitio donde se realizó las osteotomías y puede presentarse en las primeras horas postoperatorias o entre el 7° al 10° día que es cuando se empieza a movilizar las costras nasales. También puede estar asociada su incidencia cuando se realizan cirugías simultáneas con septoplastia, turbinectomías o ambas.

Cuando hay pacientes que no se puede controlar el sangrado con taponamiento anterior o balón intranasal lo más recomendable es regresar a quirófano para realizar una revisión adecuada del sangrado y mantener el taponamiento anteroposterior durante 24 horas.⁵

2.2.3.2.2 Hematoma.- la presencia de hematomas en el postoperatorio puede causar una distorsión de la punta nasal, desplazamiento de cartílagos alares o triangulares o un engrosamiento del dorso nasal por fibrosis o excesiva cicatrización.

Para ello es conveniente realizar una adecuada ferulización de la misma y haciendo un poco de presión con el venaje nasal y así evitar acumulación sobre el esqueleto osteocartilaginoso.

El retiro indelicado de cintas adhesivas del dorso nasal puede causar la formación de hematomas tardíos y causar la formación de supratips, gibas residuales o irregularidades del dorso.⁵

2.2.3.2.3 Infección.- El desarrollo de procesos infecciosos postrinoplastia es muy raro y poco frecuente, a pesar de ser una de las áreas más contaminadas. La mayoría de la infecciones de presentan a nivel de la zona

quirúrgica y pueden causar celulitis septicemia, trombosis del seno cavernoso y finalmente absceso cerebral puesto que aquí predomina el Staphylococcus y especies de streptococcus y son zonas difíciles de esterilizar.

“Las complicaciones por infección después de la cirugía nasal so, usualmente, en la zona quirúrgica y también, han sido reportadas las infecciones intracraneales”⁶

Se procura no colocar implantes a nivel de punta y dorso nasal debido a alta tasa de incidencia de infecciones pero aun así la tasa de infecciones es menor al 3% en las rinoplastias.¹⁹

2.2.3.2.4 Periostitis.- Este tipo de reacción inflamatoria debe en mayor lugar al uso de la sierra de Joseph más que al escoplo al momento de realizar la osteotomía, lo que causa que por presencia de el polvo y espículas óseas.

El manejo de la periostitis va desde el uso de antibioticoterapia de amplio espectro, retiro de cuerpos extraños y en algunos casos como presencia de abscesos se debe asociar a la eliminación del secuestro.

2.2.3.2.5 Edema.- Es común que se presente este edema debido a la eventual agresión quirúrgica y especialmente en pacientes con cobertura cutánea gruesa. Puede llegar a causar un estado de deformidad por el edema excesivo que a su vez estaría sujeto a alguna otra complicación como infección, hematoma, etc., y llegar a causar necrosis cutánea parcial o total.

2.2.3.2.6 Dermatitis y necrosis de piel.- Las secuelas a nivel de la piel por lo general se deben a la presencia de la cinta adhesiva, obstrucción de los poros con producción de pústulas, dermatitis alérgicas, etc. que afecta a toda el área de colocación.⁸

Las zonas de sufrimiento cutáneo pueden llegar a causar necrosis parciales o localizadas sobre el dorso de la nariz y ser causadas por presión excesiva del vendaje. Pacientes fumadores o con enfermedad colágeno vascular y vasculitis pueden predisponerse e necrosis cutáneas.

2.2.3.2.7 Injuria de la vía lagrimal.- La realización de osteotomías laterales puede llegar a causar lesión del saco lagrimal o el canalículo inferior, debido a la cercanía del aparato lagrimal.

2.2.3.2.8 Perforación del septum.- La perforación septal es una complicación menos frecuente y se debe a la presencia de hematomas septales no identificados o ruptura en el mucopericondrio. El tratamiento va encaminado, según el grado de lesión mucosa, a brindar cobertura con colgajos de vecindad o de la mucosa bucal.

2.2.3.2.9 Fístula de líquido cefalorraquídeo.- La fistula de líquido cefalorraquídeo por lo general se presenta como consecuencia de la maniobras de osteotomías laterales que atraviesan el etmoides y lesionan la duramadre.²¹

El manejo consiste en cobertura con antibioticoterapia de amplio espectro y cronoterapia debido a que por ser de pequeño diámetro suelen cerrar por si solas.

2.2.3.2.10 Quiste mucoso.- se deriva del atrapamiento de la mucosa nasal entre los bordes óseos, cartilaginosos o ambos, que por acción de acumulación de secreción de las glándulas mucosas, empiezan a llenar de contenido quístico y formar una tumoración que se hace evidente durante el 2 o 3 mes del postoperatorio.

Por lo general se desarrollan a nivel del tercio superior de la nariz, apófisis ascendente del maxilar superior y a nivel de los huesos propios de la nariz.

2.2.3.2.11 Deformidades del dorso.- La reducción exagerada de los huesos propios, cartílago septal y triangular va a causar que se desarrolle una deformidad del dorso nasal que se va a hacer evidente luego de 3 meses postoperatorios.

La forma más clásica de deformidad de dorso es la denominada dorso “en tobogán”, que se caracteriza por ser exageradamente excavado, ángulo nasofrontal excavado y descendido, punta prominente y respingada y sensación de nariz acortada.

La nariz en V invertida se caracteriza por una resección exagerada de los huesos propios, pinzamiento supralar, dorso ancho por osteotomía lateral incorrecta y un supratip cartilaginoso.

“El relleno del dorso mediante el uso de autoinjerto de cartílago es el tratamiento ideal, que permite recuperar la altura y el volumen del mismo”⁶

2.2.3.2.12 Depresión Supralar.- Se desarrollan por una resección exagerada de los cartílagos alares y el extremo inferior de los triangulares.

La inadecuada planificación preoperatoria puede contribuir a su desarrollo, por lo que la prevención de ésta inicia en la rinoplastia primaria, tomando en cuenta la característica de grosor y tamaño de los cartílagos alares y triangulares así como el espesor de la piel.

El tratamiento quirúrgico de esta secuela es de difícil manejo y es más aun cuando se encuentra asociada una adherencia cicatrizal endonasal, siendo manejadas por separado y secuencialmente.¹⁶

2.2.3.2.12 Depresión del borde alar.- La principal causa es debido a la exagerada resección o inadecuada del cartílago alar, que es el que mantiene la rigidez y forma del ala, y se hace más evidente durante la fase inspiratoria de la respiración.

El manejo constituye en la colocación de un fragmento cartilaginoso alargado que reemplace la función del cartílago alar resecaado previamente y tomado de cartílago auricular o tabique, simulando el efecto de “tirante” o “pilar”.⁸

2.2.3.2.13 Distorsión de la punta nasal.- Es una de las secuelas de mayor complejidad para su corrección y una de las más comunes. La principal causa es la resección exagerada, inadecuada y/o asimétrica de los cartílagos alares, siendo la zona de mayor afección el domus y la porción proximal de la cruz medial asociado al manejo exagerado de los tejidos nasales por empleo de técnica quirúrgica errónea.

Se debe tener en cuenta factores como la calidad de la piel de la punta nasal y las características de la posición, forma y tamaño de la columela para la propuesta quirúrgica reconstructiva.

“La corrección de las deformidades de la punta nasal es un verdadero desafío a la habilidad, el ingenio, los conocimientos y el sentido común del cirujano plástico”⁶

Para el manejo se puede utilizar el abordaje intercartilaginoso o el abierto para una mayor visualización del campo operatorio. Y al cabo de 6 meses o 1 año de la revisión se puede determinar si persistiera alguna depresión o irregularidad muy evidente, las mismas que pueden ser corregida con el uso de inyecciones de silicona líquida.

2.2.4 COMPLICACIONES DE LA MENTOPLASTIA

2.2.4.1 Consideraciones Generales

El estudio del tercio inferior de la cara debe ser llevado a cabo en conjunto con el sector superior (frente) y el medio (nariz) de la cara para poder armonizar adecuadamente y brindar una adecuada impresión visual de las prominencias de la boca.

La mentoplastia es una de las técnicas más practicadas y de mayor satisfacción dentro de la cirugía plástica facial. Mediante el aumento del tamaño del mentón el rostro adquiere el balance necesario para lograr una apariencia juvenil y más armónica.

Para poder planificar un aumento de mentón es necesario poder realizar un adecuado análisis de la oclusión dental para a su vez descartar la presencia de alguna malformación maxilar como prognatismo, micrognatia, etc. que pueden modificar la posición y tamaño del mentón.

Aproximadamente un 70% de los pacientes que acuden al cirujano plástico no conocen que la causa de su desarmonía facial radica en un mentón pequeño. Siendo la principal deformidad estética la retrusión del mentón la que da el aspecto de una imagen denominada “perfil de pájaro”.⁶

Las vías de acceso para colocación de un implante de mentón son: la intra oral y extra oral. Cada una con sus respectivas desventajas y ventajas; y dependiente de los factores que se tengan en cuenta para reducir la tasa de incidencia de complicaciones desde el momento de planificación, elección de técnica apropiada, tomar en cuenta las características de tejidos blandos y óseos del paciente.

2.2.4.2 Hemorragia.- Es una complicación que está en relación directa con lesión de vasos sanguíneos pequeños, sobre todo cuando se utiliza la vía intra oral.

En caso de que se produzca un sangrado excesivo se debe realizar un exhaustivo control de hemostasia con electrocauterio y limpieza del bolsillo antes de realizar la colocación de implante para evitar que queden residuos que actúen como cuerpos extraños. Así mismo, se debe tener en cuenta mucho cuidado al momento de realizar el bolsillo lateralmente especialmente cuando se aborda la vía extra oral, ya que se puede lesionar los vasos que acompañan a la salida de los nervios mentonianos.⁶

2.2.4.3 Lesión del Nervio Mentoniano.- Por lo general las lesiones de los nervios mentonianos son transitorias y suelen afectar la sensibilidad del mentón y del labio inferior y suceden cuando se realizan las maniobras quirúrgicas para elaboración del bolsillo o durante la colocación del implante.

Al cabo de un mes suele recuperarse la sensibilidad cuando la lesión es temporaria. Por lo que es importante evitar su lesión intra quirúrgicamente.

2.2.4.4 Lesión de los Músculos Labiales.- Es muy rara esta complicación y puede causar parálisis de los músculos del mentón e incluso afectar a todos los músculos de la mímica y puede presentarse con el abordaje intra o extra oral.

2.2.4.5 Hematoma.- Es poco frecuente que las anteriores. Cuando el volumen del hematoma es considerable se debe realizar una reapertura de la herida para evacuar el hematoma y realizar hemostasia minuciosa.

Es por eso que durante el transoperatorio de debe revisar el bolsillo subperióstico prolijamente para estar seguro de que no existen pequeños

vasos que nos pudieran complicar en lo posterior y colocar un adecuado vendaje durante 4 o 5 días para ayudar a la compresión hemostática y ayudar a reducir el edema. ¹⁶

2.2.4.6 Infección.- Por lo general, es secundario a un hematoma no drenado oportunamente y su incidencia es muy independiente de la vía de inserción del implante.

Se hace evidente a partir de los 15 días de postoperatorio o tardíamente con el pasar de los meses o años y puede estar dado por contaminación del implante, mala técnica aséptica del campo operatorio, por hematomas o por cuadros infecciosos alejados como procesos infecciosos dentarios.

Cuando se aprecia eliminación de material purulento por la vía de acceso lo recomendable es retirar el implante, lavar el bolsillo, administrar antibióticos y esperar por lo menos 6 meses para recolocar un nuevo implante. Teniendo en cuenta que se debe abordar por la otra vía a la anterior.

2.2.4.7 Extrusión.- Esta se puede dar de una manera inmediata a la operación o después de varios meses o años y puede darse como consecuencia de una desproporción entre el tamaño del implante y del bolsillo; mala colocación del implante; hematoma postquirúrgico; fístula; traumatismo e infección.

Una vez que se ha realizado la extrusión del implante de mentón se debe esperar 6 meses para poder realizar la colocación de uno nuevo. Esto puede producirse a través de la misma herida quirúrgica, por algún punto de decúbito en la piel o por la mucosa oral.

2.2.4.8 Asimetría y Mala Posición.- Las diferentes causas para producir una asimetría de la prótesis se puede deber: mala proporción del implante,

inadecuada proporción de la forma y dimensión del bolsillo subperióstico y a su vez puede variar si se realiza un mal diagnóstico de la deformidad, errónea táctica quirúrgica, incorrecta técnica operatoria y complicaciones postoperatorias.

Si existiera alguna irregularidad en la mandíbula que cause asimetrías se debería realizar modificaciones en el tamaño y forma del implante para poder compensar adecuadamente esa deformidad y una vez que ceda el edema no se evidencie alguna alteración estética.⁶

Es conveniente realizar una adecuada marcación prequirúrgica y poder realizar correctamente la alineación de ambos. Caso contrario se puede realizar una corrección primaria al primer año de postoperatorio.

En caso que se planifique realizar una cirugía estética conjunta con una rinoplastia, lo más adecuado es realizar primero el mentón para minimizar la corrección exagerada de la rinoplastia.

Cuando se realiza una incorrecta técnica quirúrgica puede causar que el implante quede muy arriba y cause un resultado estético no deseado e incorrecto.

2.2.4.9 Fístula.- se puede ocasionar por hematomas o infecciones mal tratadas. “Por lo general la extracción de la prótesis cura el problema definitivamente; muchas veces se realiza un tratamiento antibiótico racional, con la esperanza de solucionar el problema pero caso siempre sin éxito”⁶

2.2.4.10 Reabsorción ósea.- Se estima que la reabsorción ósea empieza a producirse alrededor del segundo mes de postoperatorio debido a respuesta por presión de la prótesis y reacciona aumentando la actividad osteoclástica y osteolítica, iniciando un proceso de erosión biológica.

La dureza de los implantes es también considerada como factor predisponente de reabsorción ósea. Y se hace evidente ya que el mentón empieza a perder la proyección alcanzada inicialmente. Es por eso que se debe retirar el implante y realizar el cambio por otro de consistencia más suave ayudando a recuperar la proyección mentoniana y detener la reabsorción ósea.

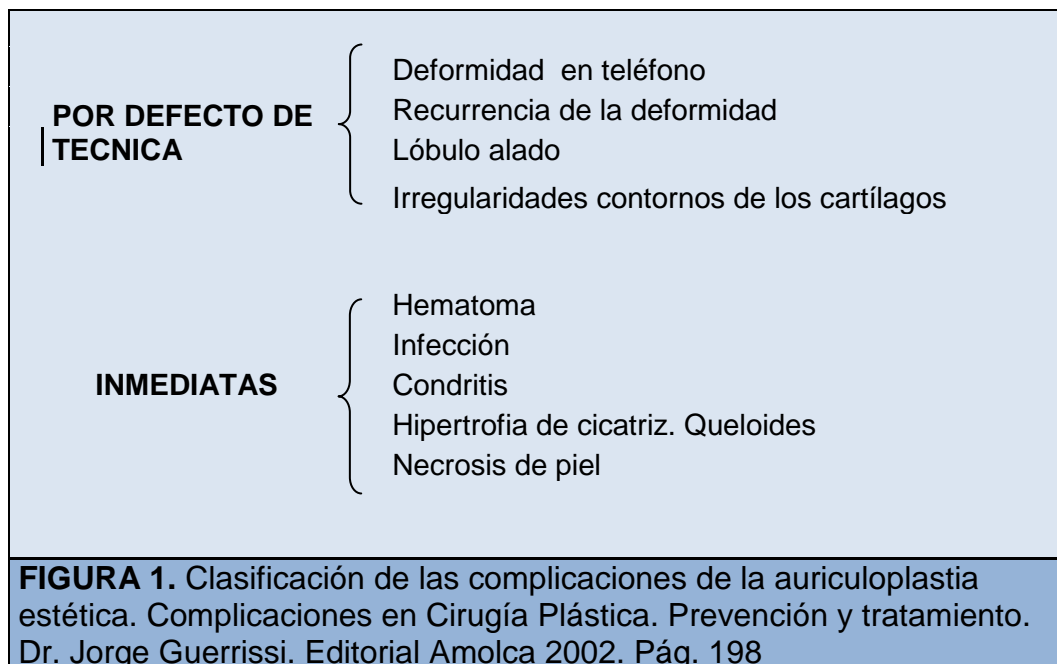
COMPLICACIONES DE LA AURICULOPLASTIA

2.2.5.1 Consideraciones Generales

Existe diversidad de técnicas para poder realizar el manejo de las orejas en asa o prominentes con buenos resultados estéticos y aceptación por parte del paciente.

No se han reportado gran porcentaje de complicaciones en pacientes sometidos a intervención quirúrgica, pero en un estudio realizado por Baker y Converse reportan un porcentaje de 3% en pacientes con deformidad en teléfono y un 2.6% de recidiva de la deformidad inicial.⁶

Dentro de las complicaciones más frecuentes en la auriculoplastia tenemos:



2.2.5.2 Deformidad en Teléfono.- Es denominada así debido a que el sector central de la oreja se encuentra más adherido al cráneo mientras que las zonas superior e inferior se encuentran más separadas y dan el aspecto de un teléfono.

Se origina por una insuficiente remoción de cartílago y piel de los tercios superior e inferior de la oreja o por resección excesiva de cartílago de la concha en la parte central de la oreja.

Esta complicación es más frecuente en pacientes que presentan piel gruesa, abundante tejido celular y engrosamiento tisular del lóbulo.

La técnica consiste en colocar suturas entre el cartílago del hélix y antihélix y la fascia temporal y mastoidea, para poder cerrar el ángulo formado entre la oreja y el cráneo.

Cuando existe protrusión y despegamiento del lóbulo se procede a realizar resección de la piel retrolobular y premastoidea para reposicionarlo hacia el cráneo y quitar esa deformidad de lóbulo alado y cuando el lóbulo se encuentra evertido se realizará separación completa del lóbulo de la piel que cubre la mejilla, completándolo con la resección triangular en el pliegue prelobular y eliminar la unión cartilaginosa entre el antihélix y el final del hélix.

2.2.5.3 Recurrencia de la deformidad.- cuando existen resultados desfavorables de procedimientos estéticos auriculares lo más comunes que sea más notorio cuando es unilateral ya que la alteración estética va a ser más evidente al compararla a la contralateral.⁶

La tasa de incidencia de complicaciones varía según la técnica empleada y sobre todo con la habilidad y experiencia del cirujano. Estas complicaciones pueden afectar a toda la oreja, cartílago o a la piel e incluso a específicos

sectores cartilagosos. Los materiales empleados deben ser no reabsorbibles preferiblemente nylon y transparentes.

La resección del cartílago de la concha debe ser bien planificada para evitar exceder el límite superior de la misma porque puede causar disminución de la altura de proyección del tercio medio de la oreja y disminuye la profundidad del surco retro auricular.

2.2.5.4 Hematoma.- posee una baja incidencia (menos del 2%) y es una de las complicaciones menos deseadas por los cirujanos.

Se caracteriza por dolor intenso que no cede por completo con los analgésicos por lo que se debe realizar una revisión inmediata de la oreja. Acompañada de edema y coloración típica de la sangre acumulada por lo que se debe realizar una revisión quirúrgica inmediata y si se trata de hematoma de poco volumen se debe realizar la evacuación del mismo por la misma incisión o mediante aspiración con aguja.

Se realizará una revisión completa de hemostasia de la herida y del lecho receptor y se colocará un vendaje con presión muy cuidadosa para colapsar los vasos sanguíneos pequeños que puedan quedar sangrando.

2.2.5.5 Infección.- Es infrecuente que se presenten casos de infecciones debido a que la región auricular es una zona bien irrigada. Esto, asociado al aseo previo de la cabeza, cabello y toda la región auricular, es suficiente para evitar se desarrollen cuadros infecciosos.

La infección puede presentarse al cabo del segundo o tercer día postoperatorio y estar causado por múltiples etiología como: hematoma mal tratado, contaminación directa, necrosis cutáneas causadas por hematomas

o alteraciones de la irrigación por edema exagerado, y por disección amplia y muy superficial.

Se caracteriza por edema, eritema, edema y eliminación de secreción purulenta y en ocasiones alza térmica. Para ello es conveniente evacuar el pus, realizar cultivo y antibiograma y curaciones diarias con herida abierta para eliminación progresiva de detritus o secreciones.⁶

2.2.5.6 Condritis.- Suele ser rara y aparecer como consecuencia de infecciones, hematomas que causen necrosis cutánea y dehiscencia de sutura, y necrosis cutánea.

“Es la complicación más frecuente de la auriculoplastia, principalmente porque sus consecuencia puede dar origen a la destrucción completa de la oreja, generando una grave deformidad estética y funcional con alteración del conducto auditivo externo”

Clínicamente se evidencia una oreja roja, con o sin eliminación de secreción purulenta y muy edematizado. El manejo adecuado consiste en el uso adecuado de antibióticos y sobre todo el retiro de todos los cartílagos afectados procurando tener seguridad de haberlos retirado en su totalidad. La deformidad subsecuente que se presente va a estar en relación directa con el grado de necrosis cutánea que hayamos tenido. He inclusive pudiera llegar a presentar una deformidad estética de muy difícil reconstrucción.

2.2.5.7 Hipertrofia de cicatriz. Queloides.- La utilización de técnicas en que la cicatriz se ubica en la cara posterior de la oreja es muy beneficiosa para poder ocultar fácilmente una hipertrofia cicatrizal.

Estadísticamente se les indica una mayor incidencia de queloides a pacientes de piel oscura y gruesa y que presente rasgos racialmente

similares a los indoamericanos. También se la suelen asociar a la tracción y tensión excesiva de la sutura.

El 70% de los casos evidencian una mejora del aspecto de la cicatriz con el paso de los meses, llegando a evidenciar una notable mejora al cabo de 1 año.⁶

Su manejo consiste en aplicación intralesional de corticoide asociado al uso de láminas de silicona para causar presión durante tres meses de tratamiento. Y luego según el caso se podrá asociar a resecciones progresivas dependiendo del tamaño del queloide.

2.2.5.8 Necrosis de piel.- es una grave complicación aunque muy infrecuente. Una de las causas principales se debe a la presión excesiva sobre los tejidos ya edematizados por la cirugía que causa compromiso de la circulación, por lo que es recomendable un vendaje suave, sin compresión y evitar la presión excesiva.

Cuando nos encontramos ante necrosis cutáneas extensas en la región auricular es posible que se encuentre asociada a alzas térmicas.

Para ello es necesario intervenir rápidamente no solo para reconstruir el área dañada, sino para evitar la contaminación y extensión de la infección sobre el cartílago auricular restante. Para ello los colgajos retroauriculares son la primera opción para reconstruir al área afectada.

COMPLICACIONES DE LA CIRUGIA DE MAMA

2.2.6.1 Consideraciones Generales

La cirugía estética, y de sobre manera la cirugía de aumento mamario con la utilización de implantes ha ganado gran popularidad, significando en algunos países como la cirugía de mayor solicitud entre las mujeres.

Con ello se consigue restablecer tanto la forma de la mama así como su volumen, sobretodo en pacientes que presenten alguna secuela congénita o simplemente lo hagan por deseo de sentirse mejor consigo mismas.

Todas estas complicaciones se encuentran relacionadas de una manera directa con el acto de colocación del implante mamario y que pueden llegar a causar alteraciones estéticas muy severas en la paciente e incluso la necesidad de realizar el retiro del implante de mama.¹¹

2.2.6.2 COMPLICACIONES EN LA MAMOPLASTIA DE REDUCCIÓN

Para evitar cualquier tipo de complicaciones postoperatorias ya sean estas físicas o quejas postoperatorias, es conveniente realizar una adecuada evaluación prequirúrgica. Para esto se debe realizar una minuciosa historia clínica del paciente y exámenes de laboratorio para poder determinar cualquier patología que pueda alterar el normal desarrollo postquirúrgico de la paciente.

Es de vital importancia poder realizar una evaluación de las mamas adecuadamente, para descartar la presencia o no de masas u calcificaciones previas que nos puedan sugerir la presencia de algún proceso maligno. Y en caso de confirmarse la sospecha e malignidad la paciente debería ser derivada hacia una entidad oncológica especializada para su correcto manejo.⁶

2.2.6.2.1 Hemorragias y hematomas.- La incidencia de hematomas o sangrados es baja en relación a la complejidad de la cirugía. En caso de presentarse estas suelen hacerse evidentes en el transoperatorio o en las primeras 48 horas postoperatorias y se debe principalmente por una cauterización inadecuada durante la cirugía

Se debe tener en cuenta que cuando mayor es el tamaño de la mama mayor va a ser el riesgo de sangrado postoperatorio inmediato. Por lo general se presentan en los primeros 2 días del postoperatorio.

Si no se realiza un drenaje adecuado del hematoma los restos del coagules tienen a desarrollar la formación de mayor fibrosis que se presenta como nódulos o zonas induradas que van a molestar la estética mamaria de la paciente. ¹¹

2.2.6.2.2 Infección.- Es poco frecuente la aparición de infecciones pero cuando se desarrollan el principal agente causal es el estreptococo y estafilococo.

La sintomatología puede verse asociada celulitis a nivel de las heridas quirúrgicas o formar abscesos con necrosis grasa o tisular. En estos casos se debe realizar desbridamiento y retiro de tejido afectado mas uso de antibióticos.

En ocasiones la necrosis puede llegar a afectar el complejo areola – pezón y estar acompañada de dehiscencia de sutura. Se le puede atribuir a la utilización de electrocauterio la agresión de los tejidos y causar mayor daño tisular y posterior infección de las heridas.

2.2.6.2.3 Dehiscencia de la herida.- el punto de mayor tensión, como es la zona de confluencia de la vertical con el surco submamario, es la zona que suele presentar mayor incidencia de dehiscencia. ¹⁵

Esto puede deberse a infección de la herida por sufrimiento y necrosis de bordes de la herida por tensión excesiva, tracción excesiva por resección exagerada de la piel y/o por retiro precoz de los puntos de sutura.

Es conveniente realizar el cierre por planos anatómicos y así evitar tensión excesiva a nivel del borde cutáneo. Para corregir cualquier tipo de cicatriz que se desarrollara es conveniente hacerlo luego de 6 meses de la curación hasta que los tejidos y cicatriz se ablanden.

2.2.6.2.4 Necrosis de areola y pezón.- Es considerada la complicación de mayor gravedad y daño estético y funcional que se presenta en una mamoplastia de reducción. Su incidencia oscila alrededor del 1%.

Se considera que la probabilidad de necrosis del CAP son mayores cuando la cantidad de tejido resecado es igual o superior a los 1000 gr de tejido mamario.

En las técnicas más empleadas, el uso de la maniobra de Schwarman, nos permite mantener la dermis y sus vasos arteriales y venosos y nervios sensitivos manteniendo intacta la vitalidad funcional del CAP.

Se debe mantener un cuidado transoperatorio del colgajo evitando se doble o lesione accidentalmente para evitar obstrucción de arteriolas y sistema venoso de drenaje. Por eso se llevará un control del color, temperatura y llenado capilar durante las primeras 8 horas del posoperatorio.

En caso de presentarse una congestión arterial o venosa es recomendable realizar una revisión quirúrgica para eliminar la torsión y plegamiento del pedículo o drenado del hematoma y realizar la hemostasia.⁶

Se debe tener en cuenta que cuando nos encontramos con pacientes que tengan gigantomastia y que requieran movilizar el CAP una distancia superior a 14 cm existe la posibilidad que se presente necrosis areolar.

2.2.6.2.5 Necrosis grasa.- Es una complicación poco frecuente y por lo general se presenta cuando existen hematomas, infecciones o necrosis del CAP. Se caracteriza por induración tisular, edema, enrojecimiento, fiebre, malestar general y eliminación de líquido “aceitoso” a través de la herida o por los drenajes tubulares.

Cuando se trata de necrosis pequeñas y delimitadas el manejo es expectante. Pero cuando se trata de áreas mayores lo más recomendable es realizar desbridamiento quirúrgico e iniciar manejo antibiótico. Luego de que ceda el cuadro se procederá a realizar la reconstrucción con el uso de injertos.

2.2.6.2.6 Síndrome de Mondor.- Se presenta por tromboflebitis de una o varias venas superficiales de los cuadrantes inferiores de la mama y se pueden extender hacia tórax o abdomen. Se caracteriza por simular una cuerda que se sitúa debajo de la piel, visible y sensible al tacto. Su origen es desconocido y su tratamiento es sintomatológico.

2.2.6.2.7 Cáncer oculto.- Es muy importante realizar una historia clínica familiar muy prolija para poder determinar la probabilidad de sospecha de Ca de mama. Si en el transoperatorio se confirma la sospecha mediante biopsia por congelación se procederá a realizar cuadrantectomía y exploración axilar.

Existe controversia con respecto a la conducta a tomar y se detecta transoperatoriamente el cáncer. ⁶

2.2.6.3 COMPLICACIONES TARDÍAS

Patología de las cicatrices.- La presencia de cicatrices es inevitable y el aspecto de cada una es muy variable, pudiendo sus características llegar a

ser hipertróficas, queloideas, deprimidas, ensanchadas, hiper o hipopigmentadas, etc.

La pigmentación va a depender de las características de la piel y raza del paciente, puede afectar toda la cicatriz e incluso llegar a hipertrofiarse. Las zonas más comúnmente hipertrófica es la que se encuentra al extremo de la incisión horizontal y en ocasiones la periareolar. Es más común en pacientes jóvenes que en pacientes de mayor edad.

El tratamiento de la hipertrofia puede ser con cronoterapia, corticoide intralesional o uso de bandas de silicona durante más de 3 meses para reducir el tamaño y color cicatrizal. La revisión quirúrgica de la cicatriz no garantiza una mejor cicatriz.

Asimetrías y resultados no deseables.- Errores en la simetría de las mamas deben ser prevenidas durante el momento de la marcación prequirúrgica y la posición de la paciente en quirófano.

Para ello es recomendable tener cuidado de la cantidad de tejido mamario reseado, las zonas mamarias eliminadas y los sectores remanentes y la confección del pedículo del CAP. Para ello es recomendable pesar todo el tejido mamario reseado y evaluar la forma y volumen conservado.¹⁵

En ocasiones es necesario complementar la reducción mamaria con liposucción de la región laterales mamarios para lograr disminuir el volumen de tejido graso que se extiende hacia la espalda.

Se debe tener en cuenta que las mamas suelen sufrir cambios en su forma y tamaño con el paso del tiempo, ya sea por aumento o pérdida de peso, envejecimiento y embarazos.

Para poder obtener una ubicación, forma y tamaño adecuado del CAP se debe realizar una correcta marcación preoperatoria y así, evitar que éste al cabo de 3 o 4 meses de postoperatorio, produzca que el pezón se eleve y se encuentre más alto de lo que originalmente fue planificado.

En cuanto al grado de satisfacción postoperatorio, se estima que es más fácil satisfacer a una paciente de mayor edad que a una de menor edad.

Alteración de la función de lactar.- No se considera a la mamoplastia reductiva como una causal para inhibición de la función de la lactancia puesto que en más del 80% de los pacientes se mantiene indemne el complejo lóbulo-conducto galactóforo.

En casos de presentarse galactorrea, esta puede ser controlada con la administración de inhibidores de la prolactina en un periodo corto menor a 3 semanas.¹¹

Alteraciones de la sensibilidad del pezón.- Durante los primeros 3 a 6 meses del postoperatorio va a existir una reducción de la sensibilidad del pezón, pero al término del primer año esta se recupera casi en su totalidad.

Todo esto debe ser informada la paciente durante la entrevista prequirúrgica y ella debe estar completamente consiente de los problemas y inconvenientes que se pudieran suscitar.

Quistes dermoepidérmicos.- Estos quistes se originan debido a una poco controlada y descuidada técnica en la maniobra de Schwarman, permitiendo que permanezcan restos de epidermis en el colgajo y produzcan un quiste de contenido epidérmico y sebáceo.

Suelen resolverse espontáneamente y en algunas ocasiones requieren tratamiento quirúrgico.⁶

2.2.6.4 COMPLICACIONES DE LA CIRUGÍA AUMENTATIVA DE LA MAMA

2.2.6.4.1 Hematoma.- Se la considera a la complicación más frecuente que se pueda presentar y a la vez la que le conlleva más dolores de cabeza para él. Se reporta una tasa de incidencia de entre el 3 y 5% de hematomas en el postoperatorio.

Existen factores como: antecedentes de alteraciones en la coagulación, ingesta de aspirinas, operación durante la menstruación, antecedente de enfermedades hemorrágicas, etc. que influyen en la aparición de hematomas; pero la más importante es la calidad y habilidad quirúrgica del cirujano.

Para ello se debe realizar un adecuado control de hemostasia, elaboración minuciosa del bolsillo donde se colocará el implante y cuidado de lesionar las fibras musculares puesto que es difícil de apreciar el sangrado y tienen a activarse durante en el postoperatorio inmediato.

“El hematoma es una complicación que se hace evidente en las primeras horas del postoperatorio; no obstante la experiencia práctica indica que pueden producirse en la primera semana de la operación”⁶

La paciente va a presentar un crecimiento exagerado de la mama, por lo general es unilateral, son duras y firme, muy dolorosa sobre todo al tacto, malestar general y en algunas ocasiones presenta alza térmica, por lo que es mandatorio realizar revisión bajo anestesia general, extraer el implante, realizar una revisión exhaustiva y cauterizar los vasos sangrantes.

Si no se realiza un manejo adecuado y oportuno se corre el riesgo de desarrollo de cuadro infeccioso, contractura capsular, deformidad y asimetría mamaria.

2.2.6.4.2 Seromas.- La etiología de la formación de seromas alrededor de los implantes mamarios es muy diversa. En ocasiones se puede deber a la resolución de un hematoma durante la primera semana y el líquido restante se colecciona en la periferie entre el implante y el bolsillo.

Por lo general la mayoría de los seromas se reabsorben dentro del primer mes del postoperatorio por lo que no es aconsejable realizar la evacuación del mismo por riesgos a desarrollar una infección post pinchazo o ruptura del implante.⁷

2.2.6.4.3 Infección.- Presenta una tasa de incidencia baja del 2 y 3%de las complicaciones.

Cuando se presenta un cuadro infeccioso lo más recomendable es realizar el retiro del implante considerado como agente causal más una lavado del bolsillo y manejo con antibioticoterapia intravenosa para que el proceso se resuelva.

“El agente causal más comúnmente encontrado en cultivos y estudios de infecciones post inclusión mamaria ha sido el stafilococo epidermidis, mientras que dentro del grupo de aeróbicos fue el pionibactirium acnes”⁶

Las diferentes casusas para desarrollo de cuadro infeccioso pueden deberse a: contaminación por agentes cutáneos, por microorganismos presentes en conductos galactóforos y lobulillos glandulares, post hematomas y dehiscencia de la herida e infección del área del implante mamario.

La sintomatología va a ser evidente al cabo de 2 semanas de postoperatorio y van desde dolor, fiebre y eliminación de secreción purulenta.

Con el retiro del implante la infección se resuelve notablemente pero va a ocasionar una asimetría mamaria por lo que se debe dialogar con la paciente para establecer si se decide retirar los dos implantes o solo el afecto, tomando en cuenta que si se retira el uno se debe esperar 6 meses para planificar la recolocación de un nuevo implante.

La lesión de los conductos galactóforos podría ocasionar la formación de abscesos localizados debajo del pezón que demoran hasta varios meses para desaparecer.⁷

2.2.6.4.4 Dislocación de el implante.- Esto puede estar dado por: colocación errónea del implante, desplazamiento por acción de la retracción de la capsula y por acción de la musculatura perimamaria, principalmente el pectoral mayor.

La colocación errónea se debe principalmente por error en la técnica y maniobras realizadas por el cirujano; es decir, mala marcación y elaboración del bolsillo con respecto al complejo areola-pezón, pudiendo llegar a manifestar una mala posición del implante con respecto al contralateral.

“La distorsión de la posición y altura de los complejos areola-pezón también están relacionados con defectos en la técnica para la colocación de los implantes ya sea por mal planeamiento táctico o por errónea técnica quirúrgica; cuando están ubicadas abajo y muy mediales la distorsión se lleva los pezones hacia afuera y arriba”⁶

La prevención de esta distorsión se logra tras realizar luego del bolsillo las secciones de las inserciones medial e inferior del musculo pectoral para

hacer que se produzca relajación muscular y dar un mejor contorno al implante y a su vez prevenir la dislocación superior por debajo del musculo.

El manejo consiste en retirar el implante mamario de su ubicación y colocarlo por delante del pectoral mayor o sea clásicamente retroglándular.

Alteraciones de la sensibilidad del pezón.- La alteración puede ser de hiposensibilidad o de hipersensibilidad y su incidencia es del 15%. De la cual la más molesta es la hiposensibilidad puesto que puede llegar a afectar notablemente la relación sexual de la paciente, por lo general es pasajera y puede llegar a tardar hasta un año en recuperarse la sensibilidad total o parcial.

Esto se puede deber a una agresión de los nervios sensitivos del CAP al momento de colocar el implante y sobre todo al momento de la elaboración del bolsillo puesto que mientras sea más amplio el bolsillo se puede lesionar mayor cantidad de fibras nerviosas.

Para evitar esto es conveniente realizar una minuciosa hemostasia, aplicar una técnica cuidadosa y el uso de buena iluminación intraoperatoria, con esto se logra prevenir esta indeseable y compleja complicación.⁶

Ruptura del implante.- En la actualidad la probabilidad de que se produzca una ruptura del implante mamario es muy baja y oscila entre el 1 y 6%, y por lo general se deberían a problemas en la calidad del material del implante.

Los pacientes refieren algún grado de disminución del tamaño mamario y asimetría. Por sí solo, la ruptura del implante no causaría algún trastorno severo en la salud de la paciente sino solo molestias locales que al momento de retirar el implante defectuoso se solucionarían.

El antecedente de rauma mamario no necesariamente está sujeto a ruptura del implante, sino que esta se presenta de una manera espontánea y silenciosa y el tratamiento consistirá en retiro del implante defectuoso y colocar uno nuevo.

2.2.6.4.7 Contractura Capsular.- El encapsulamiento es un proceso normal que se desarrolla alrededor del implante de silicona colocado en cualquier parte del organismo.

A presencia de sintomatología clínica de dolor, endurecimiento, distorsión o asimetría es común que se presente en pacientes que se han realizado la colocación de un implante mamario de gel de silicona.

“La incidencia de formación de capsula alrededor del implante depende de varios factores: 1. Calidad y características del tipo de implante; 2. Material y característica de la superficie externa; 3. Proporción entre el tamaño del implante, el bolsillo y la elasticidad de los tejidos del paciente 4. Ubicación anatómica; 5. Utilización de medicamentos intraoperatorios; 6. Ejercicios de expansión y masajes postoperatorios; 7. Calidad de la técnica quirúrgica.”⁶

Los implantes que poseen una capa de poliuretano se asocian a una incidencia de capsula del 1 a 2% siendo más baja aun en implantes colocados retromuscular.

La elaboración de un amplio bolsillo contribuye notablemente a la movilización del implante de una manera libre sin presentar presión sobre las paredes del bolsillo y a su vez disminuir el desarrollo severo de la capsula periprotésica.

Algunas otras hipótesis sobre la elaboración de contractura capsular se le atribuye a la reacción fibrosa con endurecimiento y posterior transformación

fibrosa a la presencia de coágulos en el bolsillo y por reacción al tipo de material del implante al causar irritación tisular vecina y por consiguiente una cicatrización exagerada e hipertrófica.

Tomando en cuenta la teoría de la cicatrización hipertrófica se han empleado esteroides como parte del tratamiento preventivo de la contractura. Además se emplea como medida preventiva la realización de ejercicios de expansión y masajes para ablandar y reducir la dureza de la cicatrización.

Pero el tratamiento de una contractura capsular va a depender de las características clínicas y de la sintomatología que presente, así como el deseo del paciente.

En 1978, Baker estableció una graduación de las contracturas capsulares.

CLASIFICACIÓN DE LA CONTRACTURA CAPSULAR	
GRADO I	La mama esta normalmente blanda y tiene un aspecto natural, la mama aumentada es tan blanda como la no aumentada.
GRADO II	La mama está algo firme, pero tiene un aspecto normal, la mama aumentada es menos blanda, el implante puede palpase pero no es visible.
GRADO III	La mama está firme y parece anormal (distorsión visible). La mama aumentada es más firme, el implante puede palpase fácilmente y es visible (o se observa una distorsión).
GRADO IV	La mama esta dura, dolorosa, sensible y fría. La distorsión es acusada (gran distorsión).

FIGURA 2. Clasificación de la contractura capsular. Baker, J.L., 1982

Además la realización de la capsulectomía de manera total o parcial es el tratamiento más utilizado en la actualidad y asociado al cambio de implante y uso de antibióticos.⁶

2.2.7 COMPLICACIONES DE LA ABDOMINOPLASTIA

2.2.7.1 Consideraciones Generales

La incidencia de complicaciones puede reducirse haciendo un exhaustivo y correcto examen prequirúrgico del paciente. Factores como el tipo de piel, la edad, hábitos sociales, enfermedades predisponentes, etc. pueden influir en moderada o gran magnitud en el desarrollo de complicaciones en las cuales las más comunes son la mala cicatrización de la herida, Seromas o hematomas. La técnica quirúrgica y la experiencia del cirujano pasarían a un segundo plano.

Como cualquier otro tipo de procedimiento quirúrgico la abdominoplastia se encuentra sujeta a la aparición de complicaciones de diverso tipo, ya sean estas, locales o sistémicas.¹²

2.2.7.1.1 Seroma.- El uso de la cánula de liposucción de manera inadecuada generara un proceso inflamatorio que se reflejara en la acumulación de líquidos al igual que el empleo del electrocauterio de manera exagerada. Tras la realización de una abdominoplastia el uso de los drenes tubulares para la eliminación de líquido nos ayuda a evitar la retención de sangre y posterior formación de hematomas pero no nos asegura evite la formación de seromas.

En caso de palpase la presencia de un seroma éste puede ser resuelto mediante la aspiración con jeringuilla y posterior presión para ayudar a disminuir el espacio muerto formado.

2.2.7.1.2 Hematoma.- La presencia de hematomas es muy baja puesto que los cirujanos emplean una adecuada técnica quirúrgica y correcta

cauterización o ligaduras de los vasos provenientes de la epigástrica profunda.

En casos de encontrarnos ante un hematoma la solución es realizar una revisión quirúrgica del mismo cuando compromete la integridad física de nuestro paciente y proceder a ligar el vaso sanguíneo que se encuentre activo.⁶

Si los valores de hemoglobina llegaran a descender hasta valores inferiores a 7gr/dl se deberá realizar la administración de componentes sanguíneos para reponer las pérdidas.

2.2.7.1.3 Necrosis de piel.- Es la muerte tisular ya sea grasa (grasa) o necrosis cutánea o mixta. Es más probable se presente en pacientes con hábitos de fumar puesto que esto interfiere en la microcirculación y consiguiente sufrimiento tisular y necrosis por hipoxia.

Otros factores como el cierre a tensión de la herida, enfermedades mal controladas como la diabetes mellitus, la presencia de un hematoma o seroma subyacente y la infección ayudan a desencadenar en una necrosis tisular.

El manejo consiste en observación según el grado de necrosis y desbridamiento de la herida hasta lograr un cierre por segunda intención de la misma.

2.2.7.1.4 Infección.- Ocurre alrededor del 1% de los pacientes que ingresan a centros quirúrgicos ambulatorios y del 3% en un hospital. Se debe realizar un control continuo de la herida en vigilancia de presencia de eritema alrededor de la misma para poder determinar si la evolución clínica es adecuada o si los tejidos están desarrollando un proceso infeccioso que debe ser tratado adecuadamente con antibioticoterapia intravenosa.

Dentro de los agentes infecciosos comúnmente encontrados se encuentran el estafilococo, estreptococo, e. coli y la pseudomona aeruginosa.

Por lo general las infecciones suelen ser menores y curar únicamente con drenaje y antibióticos orales más curaciones correspondientes del área quirúrgica y muy excepcional es la situación en la que toque hacer una reintervención quirúrgica y drenaje de abscesos o celulitis extensas.¹⁷

La principal causa se le atribuye a la presencia de hematomas no drenados, aspiraciones repetidas para evacuar seromas, ombligos desinfectados inadecuadamente.

“Especial mención debe hacerse de la importancia del tiempo de duración de la operación; el porcentaje de infecciones aumenta notablemente cuando el tiempo de cirugía es mayor a las dos horas, ya que se ponen de manifiesto una serie de factores que contribuyen activamente a la contaminación”₁

Se considera que los principales factores que contribuyen a disminuir importantemente el desarrollo de complicaciones son: la habilidad del cirujano plástico, cuidados adecuados de los tejidos quirúrgicos, la calidad de la técnica quirúrgica y disminución del tiempo quirúrgico.

2.2.7.1.5 Tromboembolismo pulmonar

Esta es una complicación poco frecuente pero dramática cuando se presenta. La trombosis venosa profunda y la tromboembolia pulmonar son complicaciones que amenazan la vida del paciente potencialmente y que requiere manejo especializado e intrahospitalario.

El manejo de la TVP/TEP requiere manejo con anticoagulación pudiendo resultar en un hematoma o un seroma prolongado, que pueden ser manejados en hospitalización. Por lo que es imprescindible que se tome medidas preventivas necesarias durante la planificación prequirúrgica del procedimiento para evitar su desarrollo.⁶

2.2.7.2 COMPLICACIONES TARDIAS

Panículo recurrente.- durante la evaluación prequirúrgica se le debe de advertir a la paciente que la ganancia de peso tras la cirugía va a causar un abdomen graso recurrente con panículo que requerirá otro procedimiento quirúrgico para su corrección. Igualmente el embarazo postabdominoplastia desarrolla piel laxa, estiramiento de los músculos en la línea media y más estrías.

Orejas de perro.- el cierre de la herida abdominal transversa inferior se inicia a nivel de la línea media para realizar un posicionamiento adecuado del ombligo y luego continuar el cierre lateralmente hacia el centro para proporcionar un aspecto aplanado de las regiones más laterales. Ocasionalmente las orejas de perro se resuelven espontáneamente en 3 meses del postoperatorio y, en caso de no ser así, se realizará una corrección con anestesia local y en algunas ocasiones se asociará a liposucción.²²

Complicaciones umbilicales.- El ombligo es el punto central del abdomen. Es por ello que, la mal posición, isquemia o necrosis con pérdida umbilical o estenosis del mismo es una complicación menor que causa mucho malestar tanto para el paciente como para el cirujano. Por lo que es recomendable aplicar medidas adecuada para el manejo de los tejidos y una técnica prolija para su reposicionamiento.

La importancia estética del ombligo frecuentemente es subestimada durante la realización de procedimientos quirúrgicos de moldeo abdominal; por lo que, se debe tener en cuenta los cuidados apropiados al momento de la realizar su neoformación y brindar una apariencia lo más normal posible. ⁶

Ubicación de la cicatriz.- La ubicación final de la cicatriz va a depender de las características del cuerpo de la paciente y por el resultado estético deseado por el paciente, pero por lo general está situada a la altura del borde superior de la sínfisis del pubis.

La cicatriz debe ubicársela lo suficientemente baja para disimularla entre la ropa interior o el traje de baño. También es importante ser muy cautelosos al momento de planificar las líneas laterales de incisión, ya sea en la longitud como en la situación.

Las cicatrices que suelen hacerse gruesas o estéticamente pobres, son secuelas de una mala cicatrización secundaria a una isquemia, dehiscencia o infección del borde quirúrgico y pueden ser sometidas a revisión para realizar una escisión de la cicatriz y nuevo cierre usando medidas adecuadas de manejo de los tejidos. ¹²

2.2.8 COMPLICACIONES DE LA LIPOASPIRACIÓN

La liposucción es un procedimiento que cumple un papel muy importante en los procedimientos utilizados para realizar un moldeo abdominal adecuado logrando un contorno liso, regular y armonioso logrando mejorar la silueta y apariencia general de determinada zona.

Se la debe realizar de una manera bien planificada y adecuada a cada paciente para poder lograr unos resultados estéticos adecuados y sobretodo seguros para el paciente. ⁶

Dentro de las complicaciones más comunes y que se resuelven espontáneamente sin dejar secuelas ni estéticas ni funcionales; así mismo existen complicaciones más complejas que pueden dejar problemas estéticos y funcionales importantes y que inclusive pudieran comprometer la vida del paciente.

Se debe realizar una adecuada valoración síquica de la paciente para poder llevar a cabo una correcta y acertada valoración de los resultados esperados y las expectativas de la paciente puesto que, en la actualidad, este tipo de cirugías ha sufrido un incremento considerable dentro de la consulta privada de cirugía plástica.¹³

2.2.8.1 Hematoma y Seroma.- son las dos complicaciones más comunes y frecuentes después de una liposucción.

Casi todos los pacientes desarrollan hematomas que tienden a desaparecer a los 15 días postoperatorios. Se considera que: evitar la sobre corrección, disminuyendo la posibilidad de producir “huecos” que faciliten la acumulación de líquido; uso de cánulas adecuadas con punta roma y delicadas; uso de vendaje compresivo para evitar formación de espacios muertos; control prolijo del sitio de paso de la cánula y evitar la formación de grandes espacios muertos disminuye en gran medida la formación y aparición de hematomas y seromas.

Cuando se producen hematomas o seromas de pequeño volumen el manejo es conservador, curando dentro de las dos primeras semanas del postoperatorio. Cuando son de moderado volumen y le causa disconformidad, tensión local y dolor, el manejo se realiza con aspirado más compresión externa permanente. Pero en caso de tratarse de uno de gran volumen y extenso, acompañado de dolor intenso, edema, flogosis, etc. Se realizara evacuación quirúrgica de el mismo agrandando las incisiones de la

liposucción para ayudar a evacuar el líquido contenido acompañado de uso de prenda de presión permanente para disminuir el espacio muerto.²⁰

Todo esto debe ir asociado al uso de antibiótico para evitar el desarrollo de procesos infecciosos y de contaminación por las punciones repetidas en tejidos mal irrigados como es el grasa.

Infección.- es algo raro de presentarse. Su incidencia oscila por el 0.6% de los pacientes.

2.2.8.3 Tromboembolismo y trombosis venosa.- son complicaciones infrecuentes; es decir, un promedio de 0.033% de trombosis venosa profunda y 0.011% de trombo embolismo pulmonar. Siendo el sistema venoso profundo de las piernas el más afectado debido a la migración de pequeños glóbulos de tejido grasa a través de la circulación venosa de las piernas.

La manera más adecuada de prevenir estas complicaciones se basa en realizar un adecuado y cuidadoso reemplazo de líquidos y electrolitos, compresión elástica de las piernas, precoz movilización postoperatoria y cuidadosa selección de los pacientes.

Los diversos grados de obesidad pueden facilitar el desarrollo de trombo embolismos debido al excesivo peso corporal.⁶

Síndrome de embolismo grasa.- Se desarrolla normalmente cuando se realiza un lipoaspirado superior a 700 cc y puede no causar ninguna repercusión patológica sobre los pacientes, aunque es rara que se desarrolló después de una liposucción.

Se produce por embolización de partículas de grasa que obstruyen los pequeños vasos de diversos órganos como cerebro, hígado, riñón, pulmón,

etc. Caracterizado por dificultad respiratoria y deterioro del estado neurológico, acompañado de malestar, somnolencia y disconfort general.

Es primordial realizar el ingreso a una unidad de cuidados especiales para iniciar el manejo ventilatorio, reemplazo líquido y electrolitos y antibioticoterapia intravenosa. Las complicaciones tardías se hacen evidentes conforme se reabsorbe los seromas y hematomas y el edema desaparece con el tiempo. ⁴

Irregularidades de superficie.-estas se originan como consecuencia de una liposucción inadecuada o una resección insuficiente siendo las más frecuentes las ondulaciones (7.4%), asimetrías (1.4%), excesiva remoción grasa (1%) y cicatrices irregulares (0.2%).

“Los mecanismos para evitar estas desagradables complicaciones comienzan con una meticulosa selección del paciente: no todos los pacientes que concurren solicitando una liposucción deberían ser operados”

Para evitar esto se debe realizar una adecuada evaluación de la laxitud de la piel, el grado de obesidad, la flacidez muscular y las condiciones psíquicas junto con las expectativas del paciente.

Cuando se evidencia la posible necesidad de complementar el tratamiento con resección de tejido, es mandatorio brindarle al paciente toda la información para que éste pueda decidir sobre el manejo propicio para su caso.

Otra causa de irregularidades de la superficie se debe a las fibrosis secundarias hematomas no tratados o seromas no diagnosticados que evolucionan hacia la formación de nódulos y ondulaciones superficiales. ⁶

2.2.8.6 Disestesias.- La mayoría de los pacientes que se realizaron una lipoaspiración presentan una disminución de la sensibilidad del área tratada, la misma que se recupera espontáneamente después de los 3 a 6 meses de postoperatorio.

Las zonas de disestesias van a variar según la magnitud de las zonas que se van a realizar liposucción, causando una importante pérdida de sensibilidad y menos se recuperará.

2.2.8.7 Pigmentación de la cicatriz.- es una secuela que al inicio del postoperatorio incomoda notablemente al paciente por ser muy visible en los primeros meses y que va desapareciendo paulatinamente conforme pasa el tiempo. ⁶

Esto se debe a irritación de los bordes de orificios de entrada de la cánula causando un cambio en la coloración de la piel por lo que se sugiere realizar resección del borde hiperpigmentado y suturar la piel.

3. METODOLOGÍA

Entre Agosto del 2012 y Julio del 2013 se han elegido un grupo de pacientes para que sean admitidos dentro del estudio los cuales deben tener ciertos criterios de inclusión y exclusión.

3.1 TIPO DE ESTUDIO.- La presente investigación se trata de un estudio observacional, prospectivo, transversal y descriptivo con diseño epidemiológico.

3.2 UNIVERSO Y MUESTRA: Pacientes intervenidos quirúrgicamente por cirugía estética y que presentaron complicaciones menores o mayores, en el Hospital Luis Vernaza de la Ciudad de Guayaquil, y que han sido valorados pre quirúrgicamente e ingresados por el área de Consulta Externa de nuestro servicio.

3.2.1 MUESTRA: Fueron 52 pacientes Hospitalizados en la sala Santa Ana y San Andrés del Servicio de Cirugía Plástica, Estética y Reconstructiva de esta casa de salud, que ingresaron por la Consulta Externa previa valoración y chequeo prequirúrgico aprobado. Muestra valorada entre Agosto del 2012 y Julio del 2013.

3.3 ÁREA DE ESTUDIO: Hospital General Luis Vernaza, Guayaquil – Ecuador.

3.4 MEDICIÓN Y OPERACIONALIZACIÓN DE LAS VARIABLES:

Las variables del estudio fueron:

- Edad
- Sexo
- Tipo de cirugía
- Tipo de complicación.

NOMBRE	DEFINICIÓN	MEDIDA	VARIABLE
EDAD	Cantidad de años, meses y días cumplidos a la fecha de aplicación del estudio.	Grupos de edad: 10 Años	Cuantitativa continua
SEXO	Desarrollo de caracteres sexuales secundarios.	Masculino y femenino	Cualitativa dicotómica
TIPO DE CIRUGIA	Tipo de procedimiento quirúrgico realizado.	Rinoplastia, blefaroplastia, aumento mamario, reducción mamaria, liposucción, abdominoplastia, ritidoplastia.	Cualitativa politómica
TIPO DE COMPLICACIÓN	Tiempo transcurrido desde cirugía hasta fecha de aparición.	Inmediata: Mediata: Tardía	Cualitativa politómica

3.5 CRITERIOS DE INCLUSIÓN Y EXCLUSIÓN

3.5.1 CRITERIOS DE INCLUSIÓN:

Pacientes que acuden al hospital General Luis Vernaza de la Ciudad de Guayaquil y que fueron sometidas a intervención quirúrgica.

- Cirugía estética.
- Ambos sexos
- Edad entre 16 años y 65 años
- Valoraciones pre quirúrgicas completas.

3.5.2 CRITERIOS DE EXCLUSIÓN

- Patologías previas que aumenten el riesgo quirúrgico como diabetes mellitus; hipertensión arterial, tabaquismo, obesidad.

- Que no hayan hecho el seguimiento postoperatorio en el hospital o manejados por medios externos.

3.6 MÉTODOS, TÉCNICA E INSTRUMENTOS DE INVESTIGACIÓN

Todo procedimiento quirúrgico estético se realizó en sala de quirófano previa aprobación de las valoraciones tanto anestésica como cardiológica, con revisión de exámenes de sangre pre quirúrgico y firma de hoja de consentimiento informado.

Además el protocolo quirúrgico y las fotos son documentos legales que describen el procedimiento y las técnicas quirúrgicas aplicadas y su desarrollo y nos brindara la información requerida en cuanto al manejo quirúrgico del mismo, sus beneficios y sus complicaciones.

3.7 MANEJO DE LOS SUJETOS DE ESTUDIO

3.7.1 El estudio.- fue previamente presentado y discutido con los participantes responsables de este estudio.

3.7.2 Instrumentos de medición.- se realizó la recolección de los datos iniciales del formulario de historia clínica básico y se realiza un formulario que se encuentra en los anexos (Anexo 1). El mismo que era llenado de manera inicial y revalorado con cada control postoperatorio hasta el egreso final del paciente.

3.7.3 Recolección de datos y análisis.- la base de datos se diseñó en una hoja electrónica de Microsoft Office 2010 ®. En donde para la descripción de los estudios se utilizaron frecuencias simples, porcentajes, medias, medianas, promedios para variables cualitativas y cuantitativas.

3.8 RESULTADOS

El grupo estudiado constó de 52 pacientes que presentaron algún tipo de complicación de un total de 203 pacientes que se sometieron a un procedimiento quirúrgico estético entre los meses Agosto del 2012 a Julio del 2013, en el Hospital General “Luis Vernaza” y que cumplieron con los criterios de inclusión para el presente estudio.

3.8.1 INCIDENCIA.

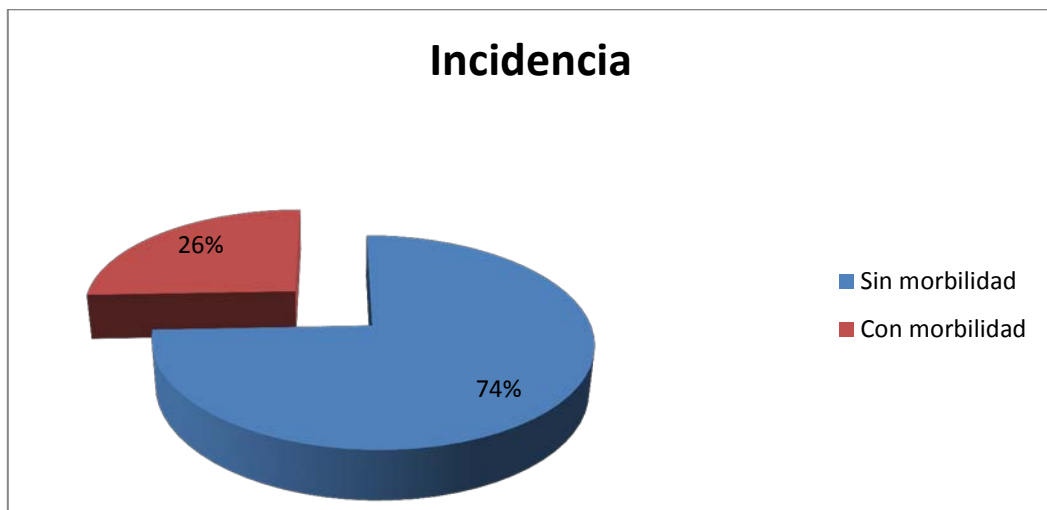
La tasa de incidencia de complicaciones presentadas en la fue la siguiente. Se evidencio una tasa de 26% de complicaciones del total de pacientes sometidos a intervención quirúrgica.

Tabla 3.8.1 Distribución de pacientes según su incidencia.

INCIDENCIA	FRECUENCIA	PORCENTAJE (%)
Sin morbilidad	151	74.38
Con morbilidad	52	25.62
TOTAL	203	100

Fuente: Base de datos

Grafico 3.8.1 Distribución de los pacientes incluidos según incidencia



3.8.2 SEXO.

Según el sexo obtuvimos la siguiente distribución. En la que se presentó con mayor frecuencia en pacientes de sexo femenino con un 88%.

Tabla 3.8.2 Distribución de los pacientes incluidos en el estudio según sexo.

SEXO	FRECUENCIA	PORCENTAJE (%)
Masculino	6	12
Femenino	46	88
TOTAL	52	100

Fuente: Base de datos

Grafico 3.8.1 Distribución de los pacientes incluidos en el estudio según sexo.



Fuente: Base de datos

3.8.3 EDAD.

Los grupos de edad se definieron en rangos de diez años iniciando en los 16 como valor mínimo pues es un hospital de adultos en donde este es uno de los criterios de ingreso a esta casa de salud.

El rango de edad más afectado se encontró entre los 36 a 45 años, ocupando el 40.38 % y el grupo etario menor afectado fue el comprendido entre 56 a 65 años de edad con un 4% del total de pacientes en estudio.

Tabla 3.8.2 Edad de los pacientes incluidos en el estudio según frecuencia y porcentaje.

EDAD (AÑOS)	FRECUENCIA	PORCENTAJE (%)
16 - 25	4	7,69
26 - 35	15	28,85
36 - 45	21	40,38
46 - 55	10	19,23
56 - 65	2	3,85
TOTAL	52	100,00

Fuente: Base de datos

Grafico 3.8.3 Distribución de los pacientes incluidos en el estudio según edad.



Fuente: Base de datos

3.8.4 TIPO DE CIRUGIA.

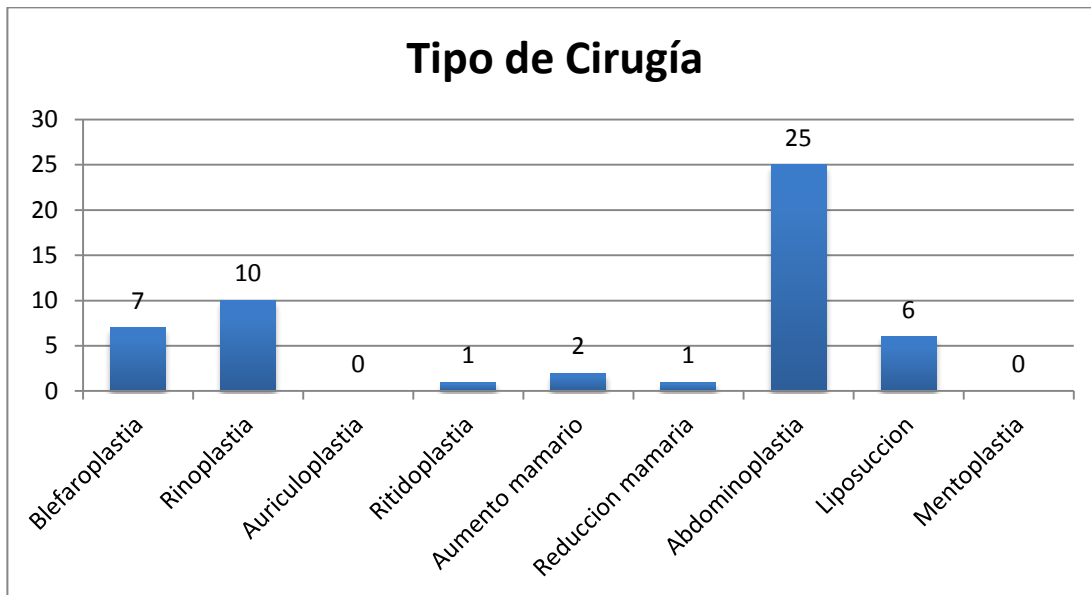
El tipo de cirugía en el que se evidenció mayor desarrollo de complicaciones en el Servicio de Cirugía Plástica fue en la abdominoplastia con un total de 25 casos que corresponden al 48.08%; la rinoplastia con un total de 10 casos equivalente al 19.23%; la blefaroplastia con 7 casos que corresponde al 13.46%; la liposucción con un número de 6 casos que corresponden al 11.54%; el aumento mamario con 2 casos corresponde al 3.85% y finalmente la Ritidoplastia y la Reducción Mamaria presentan un caso equivalente al 1.92%.

Tabla 3.8.4 Distribución de los pacientes incluidos en el estudio según tipo de cirugía.

TIPO DE CIRUGIA	FRECUENCIA	PORCENTAJE (%)
Blefaroplastia	7	13,46
Rinoplastia	10	19,23
Auriculoplastia	0	0,00
Ritidoplastia	1	1,92
Aumento mamario	2	3,85
Reducción mamaria	1	1,92
Abdominoplastia	25	48,08
Liposucción	6	11,54
Mentoplastia	0	0,00
TOTAL	52	100,00

Fuente: Base de datos

Gráfico 3.8.4 Distribución de los pacientes incluidos en el estudio según tipo de cirugía.



Fuente: Base de datos

3.8.5 TIPO DE COMPLICACIONES.

El tipo de complicaciones encontrada en nuestros pacientes en estudio lo describiremos en orden de frecuencia.

Las complicaciones tardías son las que se presentaron en mayor número con un total de 35 casos que corresponden al 67.31%; seguida por las mediatas con un total de 14 casos que corresponden al 26.92% y finalmente las inmediatas con 3 casos que equivalen al 5.77%.

Grafico 3.8.5 Distribución de los pacientes incluidos en el estudio según tipo de complicación.

TIPO DE COMPLICACIONES	FRECUENCIA	PORCENTAJE (%)
Inmediata	3	5,77
Mediata	14	26,92
Tardía	35	67,31
TOTAL	52	100,00

Fuente: Base de datos

Tabla 3.8.5 Distribución de los pacientes incluidos en el estudio según tipo de complicación.



Fuente: Base de datos

4. DISCUSIÓN

4.1 ANÁLISIS DE LOS RESULTADOS.

El análisis de los resultados obtenidos se realizó en la misma secuencia en la que se desarrollaron las variables. Es así que, con respecto a la incidencia de morbilidad de la cirugía estética en el Hospital Luis Vernaza fue del 25.62%, de las cuales solo un 5.77% corresponde a las complicaciones inmediatas desencadenadas por hemorragias postoperatorias.

Con relación al sexo podemos darnos cuenta que se evidencia una mayor frecuencia en las mujeres con un 88% del total de la población en estudio. Esto puede deberse a que el sexo femenino es quien se somete a mayor número de procedimientos quirúrgicos en comparación que los hombres.⁶

El grupo de edad que presenta mayor porcentaje es el que se encuentra en los rangos de 36 a 45 años con un porcentaje de 40,38% equivalente a 21 casos. Esto se debe a que los pacientes de esta edad son mujeres especialmente que han tenido 2 o 3 hijos y que sienten la necesidad de mejorar su aspecto estético.

En un estudio prospectivo realizado a 1300 pacientes que fueron sometidos a oculoplastia, se pudo determinar que, la edad no constituye un factor predisponente del desarrollo de complicaciones postoperatorias siempre y cuando se lleve un adecuado control de cualquier patología sobreañadida que el paciente presente.⁹

El tipo de cirugía en la cual se desarrollo mayor numero de complicaciones fue la abdominoplastia con un total de 25 casos que corresponden al 48.08% que corresponden al desarrollo de seromas, orejas de perro y cicatrices hipertróficas. Siendo este valor relacionado con la sexo y la edad, ya que principalmente, son las mujeres las que se someten a este tipo de procedimientos estéticos en relación al sexo masculino.

En una revisión de estudios que se realizó por Matarasso, la incidencia de necrosis del colgajo de piel fue del 5%, en promedio, mientras que la incidencia de la formación de seroma fue del 10%.¹⁷

En ningún caso de pacientes sometidas a aumento mamario con implantes hasta el momento del presente estudio presento algún tipo de complicaciones; tomando en cuenta que, una de la principal complicación es la contractura capsular pudiendo llegar a presentarse en pacientes hasta en un índice de 20% de desarrollar contractura capsular (Baker III o IV).¹⁰

Y finalmente, se pudo determinar que el tipo de complicación más frecuentes fueron las tardías con un porcentaje de 67.31% correspondiente a 35 casos. Especialmente las desarrolladas en pacientes que fueron sometidas a una abdominoplastia, tales como: las cicatrices hipertróficas, orejas de perro y/o seromas.¹⁷

Los mismos que fueron corregidos y resueltos posteriormente por nuestro servicio, pudiendo brindarles a nuestros pacientes un mayor estado de satisfacción y confort.

4.2 CONCLUSIONES.

La presentación de complicaciones postoperatorias en pacientes que han sido sometidas a cualquier tipo de procedimiento estético son efectos no deseados que se pueden presentar en cualquier paciente así como en cualquier tipo de cirugías, muy independientemente, de que se trate de cirugías estéticas.

El poder identificarlas adecuada y oportunamente es muy importante para según esto, poder establecer un patrón de manejo correcto de la complicación y de esta manera disminuir en lo mínimo al malestar e incomodidad del paciente con respecto a su estado general y psicológico, puesto que tienden a desarrollar fácilmente un estado de estrés y ansiedad al verse inmersas en esta situación poco deseada.

Es importante desarrollar una adecuada relación y comunicación entre médico y paciente, para de esta manera poder brindarle la confianza y tranquilidad necesaria que buscan en nosotros con el fin de encontrar una pronta recuperación.

Todo esto nos ha permitido poder establecer cuáles son las principales complicaciones que se desarrollan en nuestro servicio y a su vez poder encaminar los resultados obtenidos hacia un mejoramiento de las habilidades y técnicas quirúrgicas utilizadas y de esta manera reducir al mínimo las complicaciones postoperatorias.

4.3 RECOMENDACIONES

Es necesario poder realizar una adecuada valoración prequirúrgica de él o la paciente junto con un médico de mayor experiencia, especialmente, cuando se trata de médicos jóvenes que se encuentran empezando su formación profesional.

El contar con instrumental médico quirúrgico apropiado es muy importante para poder realizar un adecuado control y manejo de los tejidos y de esta manera evitar problemas relacionados al sufrimiento de los tejidos.

En caso de encontrarnos ante una complicación, es importante que se lleve un adecuado seguimiento del paciente, para de esta manera poder evaluarla periódicamente y a su vez, ella no se sienta desamparada y entre en un estado de depresión.

Es necesario poder realizar un estudio adecuado de la situación y establecer múltiples posibles soluciones quirúrgicas para nuestros pacientes. Para que finalmente ellos sientan la misma satisfacción y confort que hubieran deseado tener.

4.4 ANEXOS

4.4.1 FORMULARIO DE RECOLECCIÓN DE DATOS

“MORBI-MORTALIDAD DE LA CIRUGIA ESTETICA REALIZADA EN EL SERVICIO DE CIRUGIA PLASTICA DEL HOSPITAL GENERAL “LUIS VERNAZA” EN EL PERIODO AGOSTO DEL 2012 A JULIO 2013”.

PACIENTE : _____

HCI # : _____

EDAD : _____ AÑOS

SEXO : _____ MASCULINO

_____ FEMENINO

TIPO DE CIRUGIA: _____ ABDOMINOPLASTIA
_____ AUMENTO MAMARIO
_____ AURICULOPLASTIA
_____ BLEFAROPLASTIA
_____ LIPOSUCCION
_____ MENTOPLASTIA
_____ REDUCCION MAMARIA
_____ RINOPLASTIA
_____ RITIDOPLASTIA

TIPO DE COMPLICACION:
_____ INMEDIATA
_____ MEDIATA
_____ TARDÍA

4.5 REFERENCIAS BIBLIOGRÁFICAS

1. Baker DC. Complications of cervicofacial rhytidectomy. *Plastic Surgery* 10; 1983; 543-562
2. Becker. Daniel; Stephen S. Park. Rinoplastia de Revisión. Editorial Amolca 2010. 20-32
3. Bosniak. Stephen. Blefaroplastia Cosmética y Rejuvenecimiento Facial. Amolca. 2004
4. Dillerud E. -Complications after liposuction. *Plastic & Reconstructive Surgery* 79(5): 844-845, May 1978
5. Güerrissi JO. Rinoplastias Secundarias. Tácticas y técnicas quirúrgicas. Editado por Fundación de Cirugía Plástica Argentina, Buenos Aires. 1998. Ital Graft.
6. Güerrissi, Jorge. Complicaciones en Cirugía Plástica. Prevención y Tratamiento. Primera edición. Editorial Amolca. 2002. 79-209
7. Gylbert L Asplund O. Preoperative antibiotics and capsular contracture in augmentation mammoplasty. *Plastic & Reconstructive Surgery* 86(2): 260-267 August 1990.
8. Harvey, G. Historia de la cirugía. Segunda edición. Barcelona: Editorial Iberia 5; 1942; 456-470.
9. Haeck, Phillip C. Evidence-Based Patient Safety Advisory: Patient Selection and Procedures in Ambulatory Surgery. *Plastic & Reconstructive Surgery*. 124(4S):6S-27S, October 2009.
10. Handel, Neal. A Long-Term Study of Outcomes, Complications, and Patient Satisfaction with Breast Implants. *Plastic & Reconstructive Surgery*. 117(3):757-767, March 2006.
11. Hoffman S. Recurrent deformities following reduction mammoplasty and correction of breast asymmetry. *Plastic & Reconstructive Surgery* 78(1): 55-62, July 1986.
12. Hunstad Joseph P. Atlas de Abdominoplastia. Editorial Amolca. 2010

13. Klein J. Tumescent technique for liposuction surgery. *Cosmetic Surgery* 4: 263-272, 1987.
14. McKissock P.K. Mammoplasty: Reduction mammoplasty by the vertical bipedicle flap technique. *Plastic & Reconstructive Surgery*. 61(3):467, March 1978.
15. McKissock P.K. Complications and undesirable results with Reduction Mammoplasty. *The Unfavorable Result in Plastic Surgery: Avoidance and Treatment*. 2° edition. 1984; 739-759.
16. Ortíz Monasterio. *Rinoplastia*. Editorial Médica Panamericana. 1996
17. Pollock, Harlan; Pollock, Todd. Progressive Tension sutures: A technique to reduce local complications in abdominoplasty. *Plastic & Reconstructive Surgery*. 105(7):2583-2586, June 2000.
18. Rees TD. Complications following blepharoplasty. In *Symposium on Plastic Surgery in the Orbital Region*. St. Louis the C.V. Mosby Company. 1976
19. *Rinoplastia de Dallas. Cirugía Nasal por los Maestros*. Amolca. 2003
20. Rubin J. Peter. *Body Contouring and Liposuction. Lipoabdominoplasty*. Editorial Elsevier. 2013; P:278-290
21. Sheen JH. Sheen AP. *Aesthetic Rhinoplasty*. Second Edition. 1987. P: 1200.
22. Strauch Berish. *Moldeado Corporal después de la Pérdida Masiva de Peso. Rejuvenecimiento facial*. Editorial Amolca. 2012; 308-317
23. Wilkinson TS. Complications in Aesthetic Malar Augmentation. *Plastic & Reconstructive Surgery*. 71(5): 643-649, May 1983.