ABDOMINOPLASTIA (Y RECONSTRUCCIÓN DE LA PARED ABDOMINAL)

Documento elaborado por el **Dr. Alberto Sánchez García** (Colegiado 464624929). Como miembro activo de la **SECPRE**, destaca por su continua actualización en técnicas quirúrgicas de vanguardia.

Aviso Legal: La información aquí contenida es de carácter estrictamente **orientativo** y **educacional**. No debe interpretarse como consejo médico ni suple la necesidad de una visita presencial.

1. Introducción y definición

Tras los embarazos, las cesáreas o las pérdidas importantes de peso, el abdomen suele sufrir una triple alteración anatómica que ni la dieta más estricta ni los ejercicios abdominales logran revertir:

1. **Exceso de piel distendida y estrías** en la mitad inferior del vientre (formando a menudo un pliegue o faldón suprapúbico).
2. **Acúmulo de grasa localizada** en el abdomen y los flancos (cintura).
3. **Diástasis de los músculos rectos abdominales:** Durante el embarazo o el aumento de volumen intraabdominal, los dos músculos verticales del abdomen se separan en la línea media al estirarse la fascia que los une (la línea alba). Como consecuencia, la pared muscular cede hacia delante y la paciente nota el vientre abombado (como si siguiera embarazada de pocos meses) especialmente después de comer, acompañándose con frecuencia de dolor lumbar y debilidad del suelo pélvico.

La **abdominoplastia** (o dermolipectomía abdominal) es la cirugía reconstructiva y estética que repara la musculatura separada mediante un corsé interno, extirpa toda la piel y grasa sobrantes situadas entre el ombligo y el pubis, y remodela el contorno de la cintura para devolver un abdomen plano, firme y funcional.

2. Fase Preoperatoria: Valoración, planificación y preparación

2.1. Variantes técnicas según la anatomía del paciente

- **Lipoabdominoplastia completa con transposición umbilical (técnica de Saldanha):** Es el procedimiento de referencia actual. Combina primero una **liposucción del abdomen superior y de los flancos** (para afinar el talle y la cintura conservando los vasos perforantes que nutren la piel), seguida de la **plicatura de los músculos rectos** (coser los músculos separados en la línea media desde las costillas hasta el pubis, reduciendo varios centímetros el perímetro de la cintura), la extirpación de todo el faldón de piel

inferior y la exteriorización del propio ombligo del paciente con una forma pequeña, vertical y rejuvenecida.

- **Miniabdominoplastia:** Reservada para un grupo muy reducido de pacientes delgadas en las que el exceso de piel se limita exclusivamente a una pequeña franja por debajo del ombligo, con cicatriz más corta y sin tocar la piel periumbilical.
- **Abdominoplastia en flor de lis o circular:** Indicada en pacientes con pérdidas masivas de peso (cirugía postbariátrica) que presentan exceso de piel tanto vertical como horizontal, o en todo el contorno de la espalda y glúteos.

2.2. Requisitos médicos y preparación

1. **Peso estable e Índice de Masa Corporal (IMC) adecuado:** La abdominoplastia **no es una cirugía para adelgazar**, sino para remodelar el contorno. Los mejores resultados y la máxima seguridad quirúrgica se obtienen cuando el paciente ha alcanzado su peso objetivo (idealmente con un IMC inferior a 28–30). Si hay mucha grasa visceral (dentro de la cavidad abdominal, detrás de los músculos), al tensar los músculos no se podrá aplanar tanto el vientre.
2. **Deseo gestacional completado:** Se recomienda realizarla cuando no se planeen más embarazos.
3. **Abandono radical del tabaco:** Suspender tabaco y nicotina al menos **4 semanas antes y 4 semanas después** para garantizar que la sangre llegue perfectamente hasta el borde inferior de la piel estirada.
4. **Estudio preoperatorio:** Analítica completa, coagulación, electrocardiograma y, si se palpan defectos en la pared, ecografía abdominal para detectar hernias umbilicales o epigástricas asociadas (que se reparan en el mismo acto quirúrgico).

3. Fase Intraoperatoria: ¿Cómo se desarrolla la cirugía?

- **Anestesia:** Se realiza bajo **anestesia general** (a menudo complementada con bloqueos nerviosos ecoguiados de la pared abdominal como el bloqueo TAP, que deja los músculos dormidos sin dolor las primeras 24 horas).
- **Duración:** Entre **2,5 y 3,5 horas**.
- **Ubicación de la cicatriz:** Se diseña de forma curva y muy baja sobre el pubis y las ingles, de modo que quede **completamente oculta debajo de la ropa interior o de la braguita del bikini**.
- **Suturas de tensión progresiva y drenajes:** Durante el cierre se aplican puntos internos de adhesión (puntos de Baroudi/Pollock) que pegan la piel al músculo para no dejar espacios muertos donde se acumule líquido, lo que permite retirar los drenajes muy pronto (a las 24–48 horas) o incluso prescindir de ellos en casos seleccionados.
- **Estancia:** Requiere **1 o 2 noches de ingreso hospitalario**, saliendo de quirófano con una faja abdominal anatómica y medias de compresión en las piernas.

4. Fase Postoperatoria y Cronograma de Recuperación

Al haber reparado la diástasis muscular interna, durante la primera semana el paciente nota tirantez en la línea media al ponerse de pie, reír o toser, por lo que los primeros días caminará con el tronco ligeramente flexionado hacia delante.

Periodo	Evolución clínica y cuidados	Actividad permitida
Primeros 2 a 5 días	Ingreso de 1–2 noches. **Deambulación precoz obligatoria:** levantarse a caminar por la habitación desde la tarde/mañana siguiente en postura ligeramente encorvada. Pauta de heparina subcutánea profiláctica durante 7–10 días para prevenir trombos. Dormir boca arriba con almohadas tras la espalda y debajo de las rodillas (postura en hamaca).	Paseos cortos por casa cada 2 horas estando despierto. No hacer fuerza con el abdomen para incorporarse de la cama (girar primero de lado y ayudarse con los brazos).
Semanas 1 a 2	Entre el 7.º y 10.º día la piel cede lo suficiente para caminar completamente erguido. Revisiones en consulta y comienzo de masajes de drenaje linfático en los flancos liposuccionados.	Incorporación a trabajos sedentarios o de oficina entre los **12 y 15 días**. Conducción a partir de las 2 semanas.
Meses 1 a 2	Uso de la faja abdominal durante 4 a 6 semanas. La hinchazón sobre el pubis va disminuyendo progresivamente. Tratamiento de la cicatriz con láminas de silicona.	Al mes: caminar a paso ligero, bicicleta estática y ejercicio suave de brazos/piernas. **Evitar ejercicios de abdominales directos (*crunches*, planchas) y cargar pesos grandes hasta cumplidas las 8 semanas** (tiempo que tarda la fascia muscular en cicatrizar al 100%).
Meses 3 a 6	Desaparición del edema residual vespertino y definición completa de la cintura y de los músculos rectos.	Deporte de alta intensidad sin restricciones a partir del 2.º–3.º mes.

5. Riesgos potenciales y signos de alarma

- **Seroma (3–5%):** Acúmulo de líquido seroso bajo la piel en las primeras semanas; si aparece, se evacúa de forma sencilla e indolora en consulta.
- **Retraso de cicatrización o sufrimiento cutáneo central suprapúbico:** La zona central inferior es la más alejada de los vasos sanguíneos; el riesgo se minimiza no fumando y respetando la flexión del tronco los primeros días.
- **Hipoestesia infraumbilical (habitual):** La piel situada entre el ombligo y la cicatriz del pubis se nota dormida o acorchada al tacto durante los primeros 3 a 6 meses, recuperando la sensibilidad gradualmente de la periferia hacia el centro.
- **Hematoma o infección (< 2%).**
- **Trombosis venosa profunda / Tromboembolismo pulmonar (< 0,5%):** Riesgo inherente a toda cirugía con plicatura abdominal; se previene eficazmente mediante el protocolo activo de medias de compresión, bombas neumáticas intraoperatorias, caminar desde el primer día y pauta de heparina de bajo peso molecular.

Signos de alarma: Dolor e hinchazón en una sola pantorrilla (gemelo), falta de aire o dolor en el pecho al respirar, fiebre mayor de 38 °C o abombamiento brusco y tenso del abdomen.

6. Preguntas frecuentes de las pacientes

¿La abdominoplastia elimina las estrías del embarazo y la cicatriz de la cesárea?

Todas las estrías, flacidez y cicatrices previas (incluida la cicatriz hundida o adherida de una cesárea anterior) que estén situadas **desde el ombligo hacia el pubis desaparecen por completo**, ya que toda esa pieza de piel se extirpa y se desecha. Si existen algunas estrías por encima del ombligo, no desaparecen, pero al estirar esa piel hacia abajo quedan situadas muy bajas sobre el pubis y mucho más atenuadas.

¿Qué pasa con mi ombligo? ¿Me hacen uno nuevo o es el mío?

Es **tu propio ombligo**, que nunca se despega de tu pared muscular profunda. Lo que se hace en quirófano es recortar la piel vieja alrededor de él, deslizar la piel superior lisa hacia el pubis como una persiana y abrir un pequeño ojal nuevo a la altura exacta de tu ombligo original para sacarlo a la superficie, dejando los pequeños puntos escondidos por dentro de la depresión umbilical para que no se vean por fuera.

¿Qué ocurre si me quedo embarazada años después de una abdominoplastia?

Desde el punto de vista médico, el embarazo se desarrolla con total normalidad sin ningún riesgo ni para el bebé ni para la madre, ya que los tejidos y músculos ceden progresivamente a lo largo de los 9 meses. Sin embargo, desde el punto de vista estético, la nueva distensión abdominal podría volver a estirar la piel o relajar parcialmente la reparación muscular, por lo que es preferible operarse cuando ya no se deseen tener más hijos.

7. Referencias bibliográficas

1. **Saldanha OR, Federico R, Daher PF, et al.** Lipoabdominoplasty. *Plastic and Reconstructive Surgery*. 2009;124(3):934-942.
2. **Matarasso A, Swift RW, Rankin M.** Abdominoplasty and abdominal contour surgery: a national plastic surgery survey. *Plastic and Reconstructive Surgery*. 2006;117(6):1797-1808.
3. **Pollock H, Pollock T.** Progressive tension sutures: a technique to reduce local complications in abdominoplasty. *Plastic and Reconstructive Surgery*. 2000;105(7):2583-2586.
4. **Nahas FX.** An aesthetic classification of the abdomen based on the myoaponeurotic layer. *Plastic and Reconstructive Surgery*. 2001;108(6):1787-1795.
5. **Baroudi R, Ferreira CA.** Seroma: how to avoid it and how to treat it. *Aesthetic Surgery Journal*. 1998;18(6):439-441.

Dr. Alberto Sánchez García (Alsaga Cirugía Plástica®) — Cirujano Plástico en Valencia (Col. ICOMV 464624929)

🔎 **Consulta 1 (Clínica Anubis):** Av. de Francia, 19, Camins al Grau, 46023 Valencia, España (Ver en Google Maps)

🔎 **Consulta 2 (Clínica Premium Medical):** C. del Palleter, 4, Planta 1, Pta 2, Extramurs, Extramurs, 46008 Valencia, España (Ver en Google Maps)

📞 **Teléfono / WhatsApp:** +34 601 58 15 42 (Tel. secundario sede Palleter: +34 960 55 04 55)

✉ **Email:** info@alsagacirujanoplastico.com

🌐 **Web:** Si lo deseas, puedes seguir navegando o pedir cita en: https://alsagacirujanoplastico.com/pedir-cita