REVISTA CONAMED
Rev CONAMED 2012; 17(1):44-48

Complicaciones de cirugía estética (blefaroplastía y abdominoplastía)

Complications in cosmetic surgery (blepharoplasty and abdominoplasty)

María del Carmen Dubón-Peniche,[1]
María Eugenia Romero-Vilchis,[1] Laura Alejandra Mendoza-Larios[2]

RESUMEN

Paciente de 62 años, con diagnóstico de flacidez palpebral, lipodistrofia y flacidez abdominal, solicitó atención con cirujano plástico, quien realizó abdominoplastia y blefaroplastía sin complicaciones. El motivo de queja es abdomen postoperatorio con aspecto antiestético y ojo izquierdo con lagrimeo permanente. Se analizan las obligaciones del cirujano plástico en la atención del caso particular.

Palabras clave: Seguridad del paciente, error médico, mala práctica, responsabilidad profesional, expediente clínico, blefaroplastía, abdominoplastia.

ABSTRACT

62-year-old patient diagnosed with palpebral flaccidity, lipodystrophy and abdominal flaccidity solicited the care of a plastic surgeon, who carried out blepharoplasty and abdominoplasty with no complications. The reason for the complaint is a non-aesthetic post-operation abdomen and a permanently tearing left eye. The obligations of the plastic surgeon in the care in this case are analyzed.

Key words: Patient health and safety, medical error, poor working practice, professional liability, clinical file, blepharoplasty, abdominoplasty.

Síntesis de la Queja

La paciente consultó al médico demandado a fin de que le eliminara exceso de piel del abdomen y de los párpados (superior e inferior). Después de la cirugía, presentó salida de líquido por el área umbilical, el abdomen quedó con aspecto antiestético, el ombligo se distendió por completo y la cicatriz aparece como un gran agujero. Del mismo modo, el ojo izquierdo presenta lagrimeo permanente, siendo esto consecuencia directa de la cirugía.

Resumen clínico

El 6 de agosto de 2010, la paciente de 62 años de edad ingresó al hospital con diagnósticos de flacidez palpebral, lipodistrofia y flacidez abdominal. En la historia clínica se reportaron antecedentes gineco-obstétricos: G-13, P-9, A-4, C-0; histerectomía en 1998. El interrogatorio por aparatos y sistemas refirió disminución de la agudeza visual debido a excedente cutáneo. En la exploración física se reportó flacidez

[1] Sala Arbitral, Dirección General de Arbitraje, CONAMED.
[2] Pasante de la carrera de Medicina, Facultad de Medicina, UNAM.

Artículo recibido: 18 de agosto de 2011 **Artículo aceptado: 8 de diciembre de 2011**

Correspondencia: Dra. María del Carmen Dubón Peniche, Dirección General de Arbitraje, CONAMED. Mitla 250, Esq. Eje sur (Eugenia), Col. Vértiz Narvarte, Del. Benito Juárez, C.P. 03020, México D.F. Correo electrónico: revista@conamed.gob.mx.

y bolsas palpebrales, abdomen con lipodistrofia supra e infraumbilical, cicatriz en línea media infraumbilical, abdomen en delantal. Peso 80 kg; talla 1.68 m; tensión arterial 120/80 mmHg; frecuencia cardiaca 75 por minuto, frecuencia respiratoria 20 por minuto.

Ese mismo día, en la nota postoperatoria de las 16:00 horas, el demandado refirió: abdominoplastía, incisión infraumbilical, levantamiento de colgajo hasta xifoides, plicatura de rectos abdominales con puntos separados Prolene 1, tracción, retirado excedente cutáneo, neoformación de ombligo, suturas por planos, colocación de drenaje en abdomen (drenovac). Blefaroplastía, párpados superiores se retiran piel y bolsas, se realiza sutura subcuticular; párpados inferiores resección de piel y bolsas, canto interno con fijación a reborde óseo, sutura continua. Complicaciones: ninguna. Hallazgos: notable flacidez de pared abdominal, siendo reparada con múltiples nudos de colchonero, con Prolene 1.

La nota de evolución de las 21:00 horas, señaló que la paciente estaba en buen estado general, con edema palpebral (oclusión palpebral total), equimosis en párpados superiores e inferiores; en abdomen drenovac drenando material hemático.

El 7 de agosto de 2010, se reportó discreto edema y equimosis palpebral, herida quirúrgica limpia y al día siguiente fue dada de alta del hospital, la nota de egreso señala que se encontraba con disminución del edema y equimosis en los ojos, así como herida quirúrgica en excelentes condiciones, por lo que se retiró el drenaje abdominal. Se indicó cefalexina 500 mg. cada 8 horas por 5 días, tobramicina 2 gotas en cada ojo cada 6 horas por 7 días, ketorolaco 30 mg. cada 6 horas en caso de dolor, no retirar prendas de compresión (fajas) y cita de control.

En la nota de Consulta Externa del 11 de agosto de 2010, sólo señaló subjetivo bien, objetivo lágrimas en los ojos. El 24 de agosto se reportó un seroma, (a nivel de la herida quirúrgica realizada para la abdominoplastía), drenándose 20 cc. El 27 de agosto se retiraron puntos de sutura drenándose 40 cc; los días 3 y 11 de septiembre se drenaron 45 cc. y 30 cc. respectivamente. El 14 de septiembre fue dada de alta por mejoría, reportándose en nota del 26 de noviembre de 2010 buena evolución.

Análisis del caso

Para su estudio, se estiman necesarias las siguientes precisiones:

Atendiendo a la literatura de la especialidad, existe gran variedad de deformidades en la pared abdominal que ameritan soluciones estéticas, su clasificación generalmente se efectúa entre dos casos extremos: a) Pacientes con gran ptosis de piel y tejido adiposo con distensión de la pared abdominal o sin ella, desde la apófisis xifoides hasta el pubis. b) Pacientes con pequeña dermatochalasia (disminución de tejido elástico) en el hipogastrio, que ocurre generalmente después del parto, o bien, por aumento o disminución de peso.

La abdominoplastía es un procedimiento que se emplea para mejorar el contorno corporal, el cual puede variar, sobre todo en lo que se refiere a la diversidad de incisiones para resecar y corregir el exceso tisular de las regiones corporales.

La incisión tradicional en W, ha tenido modificaciones, entre ellas una W de brazos abiertos, con ángulos sutiles, cuyos extremos llegan a las crestas ilíacas y su centro se coloca a nivel del vello púbico, a fin de que la cicatriz se pueda ocultar bajo un traje de baño tipo bikini; sin embargo, con la reducción de las piezas de los trajes de baño y elevación lateral de las mismas, queda expuesta mayor superficie de muslo y cadera lateral, por ello las incisiones se han modificado, empleándose las tipo manubrio de bicicleta, que diseña la parte central en la porción más baja del pubis y lleva los brazos laterales de la herida quirúrgica discretamente por arriba de la cresta ilíaca.

Para efectuar abdominoplastía existen ciertos factores a valorar:

- Selección de la incisión. Depende del tipo somático de la paciente. Antes de la operación, debe realizarse marcación empleando el apéndice xifoides como vértice del triángulo, para asegurar la simetría de las incisiones.
- Levantamiento del panículo y necesidad de aspiración (si se debe efectuar antes o después del levantamiento). Se puede realizar aspiración en áreas adyacentes del flanco, así como adelgazar el monte de Venus y su panículo antes de la disección quirúrgica, según la cantidad de tejido adiposo subcutáneo y del excedente en el panículo abdominal. Como alternativa, se puede levantar el panículo y efectuar aspiración después de ello. En cualquiera de los casos, el panículo debe ser levantado con electrodisección a fin de minimizar la pérdida sanguínea y dejar pequeña cantidad de grasa subcutánea sobre la fascia. El levantamiento con ganchos para la piel, ayuda a circunscribir el ombligo.
- Plicatura de la diástasis de los músculos rectos del abdomen, cuando ello está indicado. Después de levantar el panículo hasta el xifoides y el reborde costal,

con el ombligo circunscrito en forma de pequeña elipse vertical, debe realizarse plicatura de la vaina del recto.

- Cierre. Efectuadas las técnicas de plicatura, se debe aplicar el ombligo. El paciente debe ser colocado en posición de flexión para adaptar el panículo y debe resecarse el exceso de tejido.
- Aspiración del abdomen superior. Cuando está indicada, la ligera aspiración en abdomen superior mejora el aspecto al final de la dermolipectomía.
- Aspiración de deformidades adyacentes como caderas y áreas trocantéricas.
- Recorte de colgajos y aspiración de los remanentes, si los hay, a fin de obtener una línea de incisión más lisa y refinada.
- Drenajes y vendajes. Deben colocarse los drenajes, conforme a los procedimientos quirúrgicos efectuados y se debe emplear faja de soporte.

Entre las complicaciones de la abdominoplastía están: infección, dehiscencia de herida quirúrgica, hematoma, seroma, afectación de nervios, necrosis de piel y tejido subcutáneo. Los hematomas y seromas son los más frecuentes; cuando se produce un gran hematoma, el tratamiento debe ser mediante drenaje y hemostasia. Los seromas, generalmente ocurren en pacientes con panículo adiposo importante, y si no son manejados correctamente, se presentan deformidades en el abdomen.

Por su parte, la blefaroplastía se ha convertido en un procedimiento estético común, que por lo general se realiza en personas de edad media, pues conforme aumenta la edad, el párpado superior y las cejas tienden a descender, mientras se produce relajación progresiva de los tejidos de los párpados, dando lugar a la formación de pliegues cada vez más grandes. En ese sentido, la caída progresiva de párpados inferiores o el ectropión, pueden ser consecuencia de los cambios naturales producidos debido a la edad.

La operación debe ajustarse a las características individuales de cada caso. En los pacientes que se encuentran entre la tercera o cuarta década de la vida, la simple extirpación de la grasa excedente puede ser suficiente, mientras que en las personas de mayor edad, la corrección por lo general exige resección del exceso de piel, del músculo orbicular y grasa, así como procedimientos para elevación de las cejas y acortamiento horizontal del párpado inferior, mediante resección del tarso, cantoplastía externa o ambas.

Después de la blefaroplastía, la extirpación de cantidad excesiva de piel es causa frecuente de retracción del párpado inferior y ectropión. El canalículo inferior puede ser afectado durante la blefaroplastía, principalmente cuando la incisión se extiende cerca del punto medio o demasiado cerca al borde palpebral. El lagrimeo persistente detectado después de la cirugía, debe conducir a una exploración completa de la epífora, que incluya indagar lagoftalmos o exposición, ectropión del punto lagrimal, canalículo afectado u obstrucción del desagüe.

En el presente caso, la paciente en su queja, manifestó que acudió con el facultativo demandado a fin de que eliminara exceso de piel del abdomen y de la zona inferior y superior de los párpados, hecho que tuvo por cierto el demandado, quien en su contestación a la queja, reconoció haber brindado consulta de valoración para realizar intervención quirúrgica, consistente en blefaroplastía y abdominoplastía.

El 6 de agosto de 2010, ingresó al Hospital. En su nota, el demandado señaló que presentaba flacidez y bolsas palpebrales, así como lipodistrofia supra e infraumbilical, cicatriz en línea media infraumbilical y abdomen en delantal. Atendiendo a la nota postoperatoria, se realizó abdominoplastía y blefaroplastía, sin complicaciones, reportándose notable flacidez de pared abdominal, misma que fue reparada mediante múltiples nudos de colchonero. El 8 de agosto de 2010, la paciente fue dada de alta por evolución satisfactoria.

Ahora bien, el 11 de agosto de 2010 fue atendida en Consulta Externa, en su nota médica el demandado refirió: subjetivo bien; objetivo lágrimas en los ojos. En consulta de 24 de agosto del mismo año, se identificó seroma en herida quirúrgica de abdomen, el cual fue drenado los días 27 de agosto, 3, 11 y 14 de septiembre de 2010, éste último día fue dada de alta por evolución satisfactoria, según lo mencionan las notas médicas. Por su parte, la nota de 26 de noviembre de 2010, reportó evolución satisfactoria.

Las citadas notas del demandado son omisas al no establecer la exploración física de la paciente, evolución y actualización del cuadro clínico, tratamiento e indicaciones médicas. En esos términos, el demandado no acreditó que el manejo de la complicación se ajustara a la lex artis especializada.

Sobre el particular, es necesario puntualizar, que en términos de la literatura especializada, el seroma es una complicación frecuente después de la abdominoplastía, por tal razón no puede ser atribuible al facultativo; sin embargo, cuando el seroma no es manejado correctamente, ocurren deformidades en el abdomen, tal y como se actualizó en el caso de la paciente.

Por otra parte, la paciente en su queja manifestó que en el ojo

izquierdo sentía molestia de lagrimeo permanente que no tenía antes de la cirugía y el demandado informó que era producto de una resequedad normal, indicándole se aplicara cualquier tipo de gotas para hidratación, con lo cual el lagrimeo nunca se detuvo.

Al respecto, el demandado en su contestación a la queja, expresó que en relación a la blefaroplastía, la resequedad producida se eliminó; es decir, reconoció que la paciente presentaba la citada patología; sin embargo, no demostró haberla estudiado, ni tratado debidamente, concretándose a referir que la paciente presentaba oclusión total del ojo por lo que era imposible que presentara dichas secuelas. Sin embargo, no aportó elemento probatorio que sustentara su aseveración, quedando demostrado que incurrió en mala práctica, por negligencia, al incumplir sus obligaciones de medios de diagnóstico y tratamiento.

Según refiere la literatura especializada, el lagrimeo persistente después de blefaroplastía, debe conducir a una exploración completa de la epífora que incluya indagar lagoftalmos, ectropión del punto lagrimal, canalículo afectado u obstrucción del desagüe, lo cual no ocurrió en el presente caso, en términos de lo probado en las notas médicas del demandado.

Por cuanto hace a la abdominoplastía, el demandado manifestó que el resultado es más que evidentemente satisfactorio comparado con las fotografías preoperatorias y que es falso lo referido por la paciente, pues lo cierto es que ambas cirugías fueron satisfactorias. Empero, tales afirmaciones no fueron demostradas.

Se debe precisar, que si bien es cierto que el demandado exhibió en juicio fotografías preoperatorias de la paciente, también es cierto que no aportó las postoperatorias, ni prueba alguna que acreditara los resultados satisfactorios aducidos.

De manera contraria, la paciente aportó fotografías postoperatorias, las cuales mostraron la totalidad del abdomen anterior con deformidades; abdomen inferior con cicatriz de abdominoplastía deformada; tejidos blandos (piel y grasa) redundantes, manteniéndose imagen globosa abdominal.

Por consiguiente, el demandado no demostró que su actuación se ajustara a lo establecido por la lex artis de la especialidad.

Cabe destacar, que el expediente de la atención brindada a la paciente, demuestra incumplimiento a lo establecido por Norma Oficial Mexicana NOM-168-SSA1-1998 del Expediente Clínico, siendo necesario mencionar, que en términos de lo previsto en el artículo 51 de la Ley General de Salud, los usuarios tienen derecho a obtener prestaciones de salud oportunas y de calidad idónea y a recibir atención profesional y éticamente responsable, así como trato respetuoso y digno de los profesionales, técnicos y auxiliares.

En ese sentido, uno de los mínimos de calidad y de atención profesional y éticamente responsable, es que todo paciente debe tener un expediente clínico y en él deben registrarse, en términos de la lex artis, los actos médicos realizados, las notas de evolución del paciente, en su caso, las notas deliberativas del personal médico; las notas de enfermería, los resultados obtenidos mediante los servicios auxiliares de diagnóstico y, en general, la información clínica inherente al caso y agregarse así mismo, el conjunto de documentos inherentes a la relación jurídica médico paciente y, entre ellos, los relativos al consentimiento bajo información.

La no conservación del expediente clínico o la falta de entrega en juicio, produce efectos de incumplimiento, contraviene las disposiciones de orden público, así como los derechos esenciales del paciente en la atención médica. Más aún, atendiendo a lo establecido por el Código de Procedimientos Civiles para el Distrito Federal, ha de tenerse por cierta la queja, cuando el demandado no exhiba pruebas en descargo.

Apreciaciones Finales

- El demandado no demostró haber cumplido con los mínimos de calidad que le eran exigibles, ni haber cumplido esencialmente con los medios de diagnóstico y tratamiento en la paciente, incurriendo en mala práctica, por negligencia.
- Los pacientes acuden al Cirujano Plástico en busca una mejora sustancial de su apariencia personal, que le permita reforzar su autoestima y aceptación social. Merced a ello, el facultativo no sólo está obligado a ofrecer un servicio de calidad que sea satisfactorio para el paciente, sino también, por la naturaleza de su especialidad, debe emplear los medios ordinarios a su alcance a fin de brindar la atención en términos de la lex artis.
- A tal efecto, no es aceptable que la apariencia del paciente desmejore debido a cicatrices, prominencias, retracciones, así como a otros eventos que se relacionan con una inapropiada técnica quirúrgica que pueda ocasionar afectaciones estéticas.

Referencias

1. Mathes SJ. Aesthetic periorbital surgery. En: Mathes SJ, Hentz VR, editors. Plastic Surgery. 2a ed. Philadelphia: Saunders/Elsevier; 2006. p. 77-126.

2. Vasconez LO, De La Torre JI. Abdominoplasty. En: Mathes SJ, Hentz VR, editors. Plastic Surgery. 2a ed. Philadelphia: Saunders/Elsevier; 2006: 87–191.
3. McCarthy JG. Plastic Surgery. The trunk and lower extremity. Philadelphia: Saunders; 1990: 3675-4245.
4. Nesi-Frank A. Complicaciones de la blefaroplastia, prevención y tratamiento. Cirugía Estética de Párpados y Cejas. 74 Congreso de la Sociedad Española de Oftalmología; 1998; Alicante, España.
5. Trussler AP, Rohrich RJ. Blepharoplasty. Plast Reconstr Surg. 2008;121(1):1-10.
6. Kauak-Kauak L. Abdominoplastia. Rev Med Clin Condes. 2004; 15(1): 32-7.
7. Novo-Torres A, Salvador-Sanz JF, Lorda Barraguer E, Laredo Ortiz C. Corrección de ptosis palpebral por la incisión de blefaroplastia. Cir Plas Iberolatinoam. 2006;32 (3): 179-84.

Revista CONAMED, vol.17, núm. 1, enero-marzo, 2012
ISSN 1405-6704