

Cirugía plástica combinada y hemotransfusión autóloga

Horacio Mayer, Rodrigo Ramírez A, Ivo Pitanguy

RESUMEN

Durante el período comprendido entre Junio de 1994 y Julio de 1999, se realizaron 2125 cirugías estéticas en la Clínica Ivo Pitanguy. De ellas el 36,1% correspondieron a cirugías combinadas. Estas generalmente son grandes agresiones quirúrgicas que tienen la finalidad de realizar múltiples cirugías en un sólo tiempo, motivo por el que los pacientes están sujetos a pérdida sanguínea que podría producir alteraciones hemodinámicas. La hemotransfusión autóloga es el método utilizado en este trabajo para mantener una normovolemia en nuestros pacientes. Fue indicado en sólo 4,6% de los pacientes, los cuales no presentaron complicaciones inherentes al método. Consideramos que la indicación de hemotransfusión autóloga en cirugía estética debe ser cautelosa y reservada para ciertos tipos de pacientes y procedimientos. (Palabras claves/Key words: Cirugía Plástica/Plastic Surgery; Cirugía Combinada/Combined Procedure; Hemotransfusión Autóloga/Autologous Blood Transfusion).

INTRODUCCIÓN

En cirugía plástica frecuentemente existen pacientes con diversas quejas respecto a su aspecto físico. En esas situaciones el cirujano debe decidir si planificar la cirugía en múltiples etapas o en un sólo tiempo quirúrgico.

Existen muchos factores que deben ser tomados en cuenta al momento de indicar una cirugía combinada, tales como el cirujano, su equipo quirúrgico, el anestésista y especialmente el paciente que debe reunir condiciones adecuadas para ser candidato¹.

La tendencia a realizar procedimientos combinados en un sólo tiempo quirúrgico bajo una sola anestesia, la presencia de un grupo sanguíneo poco frecuente y el surgimiento de enfermedades infectocontagiosas como el síndrome de inmunodeficiencia adquirida (SIDA), han popularizado la aplicación de la hemotransfusión autóloga (HA), método por el

cual, sangre previamente extraída de un paciente es retornada más tarde a su lecho vascular².

La HA en cirugía fue utilizada por primera vez por Grant³ en 1921, y posteriormente fue poco empleada hasta que en la década del 60, en que Milles⁴ describió su utilidad en procedimientos quirúrgicos mayores. El primero en utilizarla en cirugía plástica fue Noone⁵, en 1973.

El objetivo de este trabajo es mostrar la experiencia de la Clínica Ivo Pitanguy en cirugías plásticas combinadas asociadas con HA.

MATERIAL Y MÉTODO

Se realizó un análisis retrospectivo de las fichas clínicas de los pacientes sometidos a cirugía estética combinada, durante el período comprendido entre Junio de 1994 y Julio de 1999 en la Clínica Ivo Pitanguy.

Se definió como cirugía combinada cualquier procedimiento quirúrgico en regiones

anatómicas diferentes, con la salvedad del *face lifting*, que frecuentemente se asocia a otros procedimientos en la misma región anatómica, y del *laser*, que se catalogó como procedimiento separado.

Se procuraron datos generales del paciente y específicos de cada cirugía, según un protocolo de pesquisa preestablecido, información que fue sometida a un análisis estadístico posterior.

RESULTADOS

En el periodo definido, se realizaron 2125 cirugías estéticas. De éstas, 768 fueron combinadas, representando un 36,1% de las cirugías realizadas en la Clínica (Figura 1).

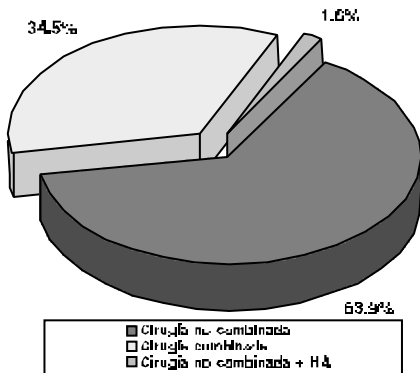


FIGURA 1. Distribución porcentual de las cirugías.

De los 768 pacientes sometidos a procedimientos combinados, 35 (4,6%) pacientes, todos del sexo femenino, recibieron HA proveniente de donación preoperatoria (Figura 2).

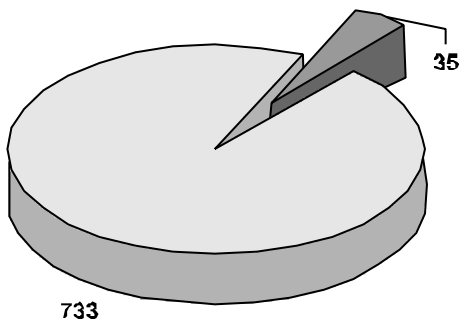


FIGURA 2. Número de pacientes sometidos a cirugía combinada que recibieron HA.

La edad promedio fue de 45,3 años, con un margen de 21 a 63 años. La distribución por grupo etario evidenció un predominio en la franja de 40 a 60 años (Tabla 1).

Tabla 1. Distribución por grupo etario de pacientes sometidos a HA.

Edad (años)	Nº pacientes
< 20	0
21-30	4
31-40	7
41-50	13
51-60	10
> 61	1

La cirugía asociada más frecuente en nuestra casuística fue la mamoplastia reductora con abdominoplastia, destacando en segundo lugar la asociación de 3 cirugías (Tabla2).

Tabla 2. Tipo de procedimiento y número de casos.

Procedimiento	Nº casos
Abdominoplastia y ritidectomía	2
Abdominoplastia, lipoaspiración y lifting braquial	1
Abdominoplastia, ritidectomía y lipoaspiración	1
Mamoplastia y abdominoplastia	11
Mamoplastia y lipoaspiración	5
Mamoplastia y ritidectomía	1
Mamoplastia, abdominoplastia y ritidectomía	6
Mamoplastia, abdominoplastia, lipoaspiración y blefaroplastia	1
Mamoplastia, abdominoplastia, ritidectomía y rinoplastia	2
Mamoplastia, lipoaspiración y ritidectomía	3
Ritidectomía y lipoaspiración	1
Ritidectomía, lipoaspiración y rinoplastia	1
Total	35

Los 35 pacientes sometidos a una HA requirieron sólo 1 unidad de sangre. No hubo complicaciones asociadas al método.

COMENTARIO

Varias ventajas han sido atribuidas al empleo de la HA^{1,6,7}, algunas de ellas discutibles, lo que torna controversial el método. Entre las ventajas podemos enumerar:

1. *Ausencia de reacciones de incompatibilidad y de sensibilización antigénica.* De especial importancia en la mujer joven en edad fértil, en la cual una aloinmunización entrañaría el riesgo de ictericias hemolíticas del recién nacido^{5,8}.

2. *Ausencia de riesgo de transmisión de enfermedades infectocontagiosas.* Se estima que el riesgo de contraer SIDA por la transfusión de una unidad de sangre homóloga testada es de 3 en un millón⁹. Sin embargo, la seguridad de la sangre homóloga proclamada por los bancos de sangre, se basa en estadísticas americanas y no son extrapolables a la realidad de los países del tercer mundo.

3. *Reducción del período de convalecencia.* Se ha sugerido que la HA reduce el período de convalecencia, acelerando la deambulación y acortando el tiempo de hospitalización^{6,7}. Tales aseveraciones carecen de bases fisiológicas y se apoyan en reportes subjetivos de pacientes, que podrían explicarse por un efecto placebo^{10,11}.

Síntomas atribuidos a la anemia como astenia, taquicardia y debilidad, son habitualmente debidos a hipovolemia y son corregibles sin sangre, empleando sólo soluciones coloides y cristaloides^{10,11}.

4. *Estímulo de la eritropoyesis.* Es conocido el estímulo hematopoyético que genera la extracción preoperatoria de sangre. Sin embargo, su indicación, sin la suficiente antelación, puede determinar que el paciente llegue a la cirugía en estado de franca anemia^{10,12}. La respuesta eritropoyética recién comienza a los 7-10 días, haciendo necesario programar la cirugía 3-4 semanas más tarde^{1,10}. Motivos personales del paciente muchas veces impiden que esto sea llevado a la práctica.

Suplementación oral de hierro debe administrarse a partir del momento de la

extracción de sangre¹⁰. Está demostrado que dosis diarias de 300 mg de sulfato ferroso pueden incrementar la producción medular reticulocitaria en 2 a 3 veces¹³.

5. *Método seguro y económico.* No obstante, la HA no está exenta de riesgos, pudiendo ocurrir errores en la identificación de las unidades de sangre o contaminación durante la manipulación de las mismas^{8,9,10}. Es un procedimiento algo engorroso, ya que su procesamiento requiere más trabajo directo y supervisión que las extracciones voluntarias de rutina⁹.

CONCLUSIONES

Las ventajas de la cirugía combinada son: una mayor satisfacción del paciente por la corrección simultánea de defectos estéticos, la disminución del tiempo de hospitalización, la reducción de costos, el menor tiempo de recuperación total y el ahorro de horas profesionales del equipo quirúrgico; todo esto si se compara con la realización de cada cirugía en forma independiente¹.

Debe remarcarse la importancia de un equipo quirúrgico altamente calificado y entrenado en este tipo de procedimientos, caso contrario el abordaje combinado se torna complejo y riesgoso.

La asociación de cirugía combinada y HA es un procedimiento no exento de riesgos. Su indicación no debe ser indiscriminada y sin base científica, debiendo restringirse a casos cuidadosamente seleccionados.

Desde mediados de la década del 80, la HA viene siendo indicada en la Clínica Ivo Pitanguy, en casos muy seleccionados.

Con este trabajo queremos mostrar una luz de alerta, puesto que la cirugía combinada es un método válido, siempre que se haga una buena elección del paciente, se cuente con un equipo quirúrgico experimentado, tanto individualmente como en conjunto, y se tenga el equipamiento necesario para soportar las exigencias peri y post operatorias.

Los autores consideran que para poder validar la efectividad y utilidad de la HA, debe realizarse un estudio prospectivo randomizado doble ciego, entre HA y transfusión heteróloga, comparando sus indicaciones, resultados, ventajas y desventajas de cada método.

REFERENCIAS

1. Pitanguy I., Ceravolo M: Our experience with combined procedures in aesthetic plastic. *Surg Plast Reconstr Surg* 1983; 71: 56-65
2. Brzica S, Pineda A, Taswell H: Autologous blood transfusion. *Mayo Clin Proc* 1976; 51: 723-34
3. Grant F: Autotransfusion. *Ann Surg* 1921; 74: 253-4
4. Milles G, Langston H, Dalessandro W: Experiences with autotransfusions. *Surg Gynecol Obstet* 1962; 115: 689-94
5. Noone R, Graham W, Royster H: Autotransfusion for blood loss in some major aesthetic operations. *Plast Reconstr Surg* 1973; 51: 559-61
6. Mandel M: Autotransfusion in elective plastic surgical operations. *Plastic Reconstr Surg* 1986; 77: 767-71
7. Uebel C, Phol P, Bahlis J: Autologous blood transfusions for combined plastic surgeries. *Aesthet Plast Surg* 1985; 9: 117-9
8. Nicoletis C, Cousin M, Maneglia R, et al: Autotransfusion: its use in plastic surgery. Technique and indications. *Ann Chir Plast Aesthet* 1983; 28: 274-6
9. Cooper M: Autologous blood transfusion (letter). *Plastic Reconstr Surg* 1987; 79: 1006-8
10. KRUSKALL M: Autologous blood transfusions and plastic surgery. *Plast Reconstr Surg* 1989; 84: 662-4
11. Consensus Conference. Perioperative Red Blood Cell Transfusion. *JAMA* 1988; 260: 2700-3
12. Brown F, Rawnsley H, Lawe J: The use of autologous blood in patients undergoing subcutaneous mastectomy or reduction mammoplasty. *Ann Plast Surg* 1983; 10: 186-9
13. Hillman R, Henderson P: Control of marrow production by the level of iron supply. *J Clin Invest* 1969; 48: 545-60