

## CAPITULO I-139

Dermolipectomia asociada a defectos  
de la pared abdominal  
Enciclopedia Cirugía Digestiva  
F. Galindo y colab.

# DERMOLIPECTOMÍA ASOCIADA A DEFECTOS DE LA PARED ABDOMINAL

## Claudio Darío Brandi

Jefe de la Sección Paredes Abdominales  
y Microcirugía Reconstructiva  
Servicio de Cirugía General del Hospital Italiano de Buenos Aires

## LEONEL MARTINIANO PINTO

Especialista en Cirugía Plástica, Estética y Reparador  
Jefe del Servicio de Cirugía de la Paredes Abdominales y Reparadora  
Capitan Médico. Hospital Militar Central. Buenos Aires

## Introducción

Se entiende por dermolipectomía (DL) o abdominoplastia (AP) la resección quirúrgica de un segmento de piel y tejido celular subcutáneo (TCS). La incorporación de l tema es importante tanto para los que se dedican a la pared abdominal como a la cirugía gastroenterológica, siendo frecuentemente el complemento necesario de la reparación de una hernia, eventración y o diastasis de los rectos del abdomen., La dermolipectomia nosolo da un mayor confort estético al paciente, sino que mejora las condiciones fisiológicas normales incluyendo las sexuales impedidas por un abdomen globuloso o en delantal.

**BRANDI CD,PINTO LM:** Dermolipectomía asociada a defectos de la pared abdominal. F. Galindo y col. Enciclopedia Cirugía Digestiva [www.sacd.org.ar](http://www.sacd.org.ar) 2016, Tomo I-139,pág 1-15

En el mundo moderno actual hay dos grandes indicaciones de dermolipectomía que son del resorte principalmente del cirujano plástico y que no serán tratadas en este capítulo. La demanda por razones puramente estéticas que van desde de la lipoaspiración a las dermolipectomias y el tratamiento de los colgajos dermolipomatosos múltiples en pacientes adelgazados después de cirugía bariátrica.

## Breve reseña histórica

Asociar una dermolipectomía a la reparación de un defecto de la pared abdominal es una práctica antigua. Comenzó debido a la necesidad de reseca la piel y TCS redundante en las grandes hernias umbilicales. Demars y Marx, en 1890, rea-

lizan la primera dermolipectomía de la que tenemos referencia mientras que Kelly, en 1899 realiza un procedimiento llamado lipectomía abdominal transversa centro abdominal. En 1905 Gaudet y Morestin presentan la lipectomía abdominal transversa superior.

A partir de 1910 esta cirugía comienza a ser concebida como procedimiento meramente estético. Poco después Desjardin introduce la dermolipectomía mediana vertical, en 1924, Thorek propuso la incisión horizontal baja que marcó el inicio de las dermolipectomías estéticas modernas. Finalmente, en 1967 las dermolipectomías ganaron una gran aceptación con los refinamientos estéticos y la transposición umbilical difundidos por Pitanguy.

La mini-dermolipectomía, que se limita a corregir pequeños pliegues de piel y grasa, fue introducida por Elbaz y Flageul en 1971.

En 1972 Regnault publica la DL abdominal con incisión en "W" y Grazer un año más tarde realiza una incisión que se incluye en la línea del biquini.

Desde entonces se han agregado detalles, modificaciones personales y las incisiones se han adaptado a la ropa interior femenina, hoy la moda del traje de baño marca la tendencia, no obstante, los fundamentos siguen siendo la disección con despegamiento del colgajo dermocutáneo superior, la transposición umbilical y la plicatura de los rectos.

Hoy se puede realizar, desde la simple resección elíptica horizontal suprapúbica, para casos de escasa adiposidad, hasta las dermolipectomías circunferenciales en pacientes superobesos.

## Dermolipectomías

Existen varios tipos de dermolipectomías, cada una tiene sus indicaciones. La elección depende de la estructura del paciente y de las alteraciones de su abdomen. Es prioritario evaluar en caso de hernia o eventración el tamaño del defecto, la solución posible y la existencia de cicatrices que modifiquen la nutrición de los colgajos. Las dermolipectomías pueden ser típicas o atípicas. Estas últimas son las que deben adecuarse a condiciones especiales del paciente.

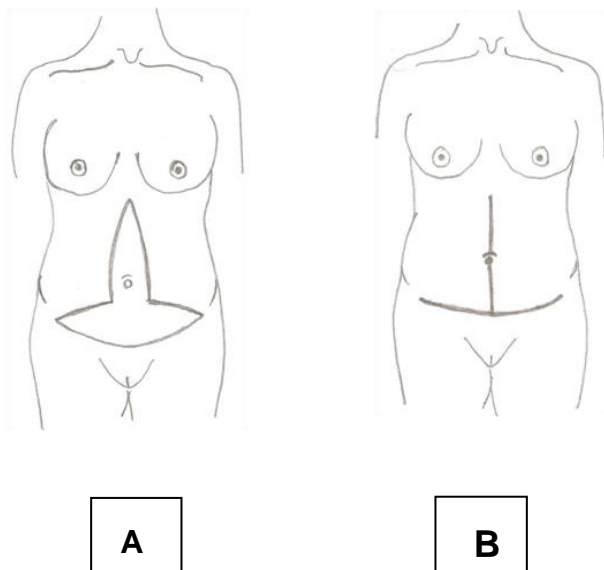
Entre las abdominoplastias típicas tenemos; la transversa suprapúbica, las verticales y en ancla, y la submamaria.

La dermolipectomía transversa suprapúbica es una de las más utilizadas por dejar una cicatriz fácilmente ocultable con la vestimenta. Es la más estética y utilizada por los cirujanos plásticos, siendo también útil cuando la alteración de continuidad de la pared puede solucionarse por esta vía. Las llamadas dermolipectomías circunferenciales son en parte abdominales transversa pero que se extienden a dorso y su indicación principal esta en pacientes que fueron sometidos a cirugía bariátrica.

Las dermolipectomías mediales pura son poco utilizadas por dejar cicatriz visible y solo están indicadas como complemento del tratamiento de una hernia o eventración. La dermolipectomías en ancla (o flor de lis) permite un buen abordaje y tratamiento en hernias y eventraciones, resección de cicatrices previas mediales, realizar una buena dermolipectomías y el tratamiento concomitante del abdomen en delantal.(Fig. 1)

La dermolipectomía submamaria se emplea cuando existen cicatrices en dicha

zona o cuando se asocia a una reconstrucción mamaria.



**Figura Nro 1**

A) dermolipectomía en "Flor de Lis" B) dermolipectomía en "Ancla"

## Estudio previo del paciente.

Las condiciones generales son la de todo paciente quirúrgico. Los pacientes que requieren una dermolipectomía generalmente son pacientes obesos y es conveniente en lo posible obtener una baja de peso porque contribuye a mejorar los resultados estéticos y las complicaciones postoperatorias.

Es conveniente que establezca su peso después de un régimen adecuado y estricto, para evitar que una pérdida de peso subsecuente a la operación pueda causar la formación de nuevos pliegues cutáneos con perjuicio del resultado estético. Esto es más importante en pacientes que recurren a la dermolipectomía después de cirugía bariátrica.

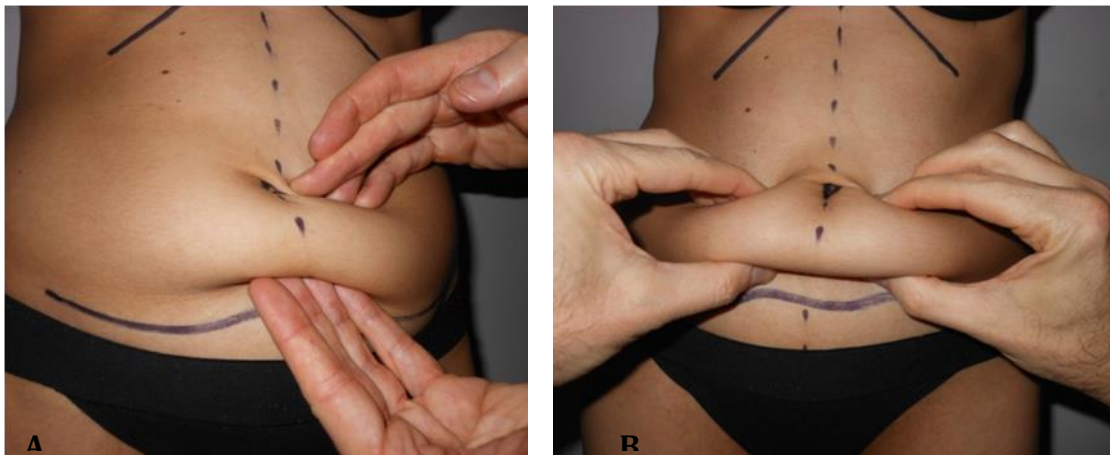
## Indicaciones preoperatorias

- Lavado de todo el cuerpo con iodopovidona desde 3 días antes de la cirugía.
- Vacunación antitetánica 15 días antes de la cirugía.
- Suspender aspirina siete días antes de la cirugía.
- Heparina de bajo peso 12 hs antes de la cirugía y cada 12 hs luego de la cirugía hasta la deambulación. (en casos de alto riesgo para trombosis venosa profunda).
- Durante la cirugía, medias elásticas o bombas de elastocompresión. (en casos de alto riesgo para trombosis venosa profunda).
- Profilaxis antibiótica: cefalosporina, 1 gr endovenoso, durante la inducción anestésica; se repite a las 4 hs si se prolonga la cirugía. Se suspende en el post operatorio inmediato.
- Dejar el tabaco tres semanas antes de la cirugía y dos semanas después.
- Descenso de peso.

## Marcación

La marcación de la piel de la extensión que tendrá la dermolipectomía es el paso previo a la cirugía. Debe prestarse especial atención a la existencia de cicatrices en la pared abdominal que pueden comprometer la circulación cutánea.

El paciente debe ser marcado de pie y acostado antes de la cirugía. Primero se marca en decúbito dorsal la ubicación y el perímetro de la EV; a continuación y de pie se marcan todos los rebordes óseos que sirvan como guía para la DL. Se traza la línea media desde la horquilla esternal hasta la sínfisis pubiana. Se marcan ambas líneas axilares anteriores, el reborde costal y las espinas ilíacas anterosuperiores. Se delimita el perímetro del ombligo.



**Figura Nro. 2**

A y B) palpación bimanual y pinza digital, sirve para determinar la incisión horizontal supraumbilical y la extensión dermocutánea reseccable

La incisión horizontal inferior se marca en el borde del vello púbico. La marca se extiende lateralmente hasta el pliegue inguinal y luego se eleva hacia las espinas iliacas controlando la simetría.

Con palpación bimanual se estima la cantidad de tejido por reseccar. La mano derecha se coloca a nivel de la incisión suprapúbica y la izquierda a nivel del ombligo, con la intención de que los dedos de ambas manos se alcancen para tener noción de la cantidad de tejido cutáneo por reseccar. Esta maniobra determina la ubicación de la línea horizontal superior, la cual indica el límite de resección. (Figura 2)

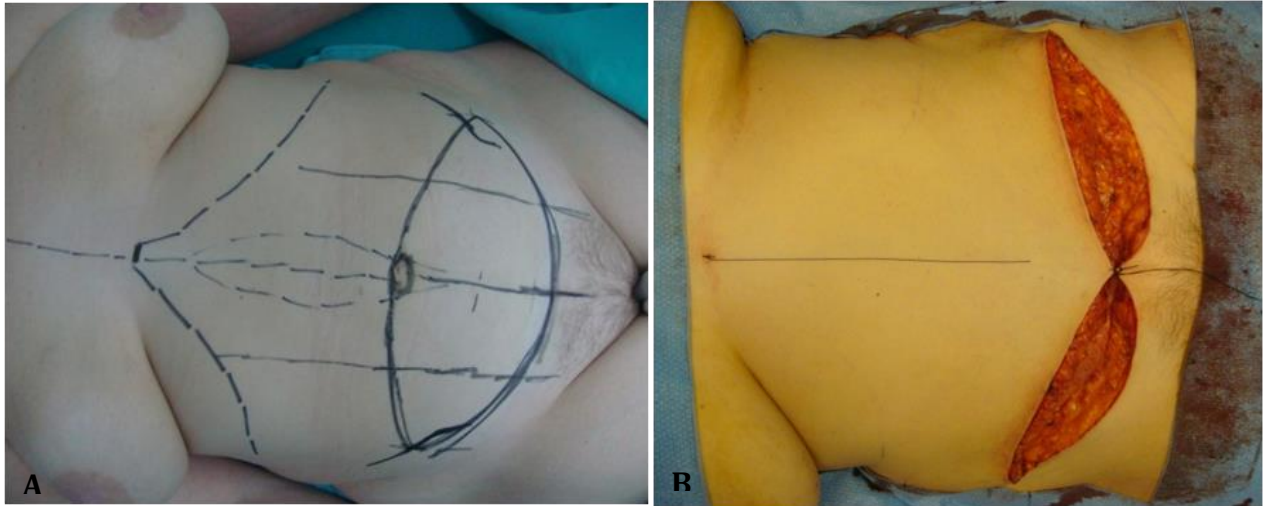
Es importante contar con una mesa de cirugía que permita 30° de flexión a nivel de la pelvis para aliviar la tensión durante el cierre cutáneo. La antisepsia y los campos quirúrgicos deben ser bien amplios, para permitir una eventual extensión de la incisión durante la corrección de las “orejas de perro”.

## Técnica quirúrgica

Serán descritas las dos técnicas mas utilizadas en dermolipectomía abdominal: a) Dermolipectomía transversa suprapúbica y b) Dermolipectomía en ancla.

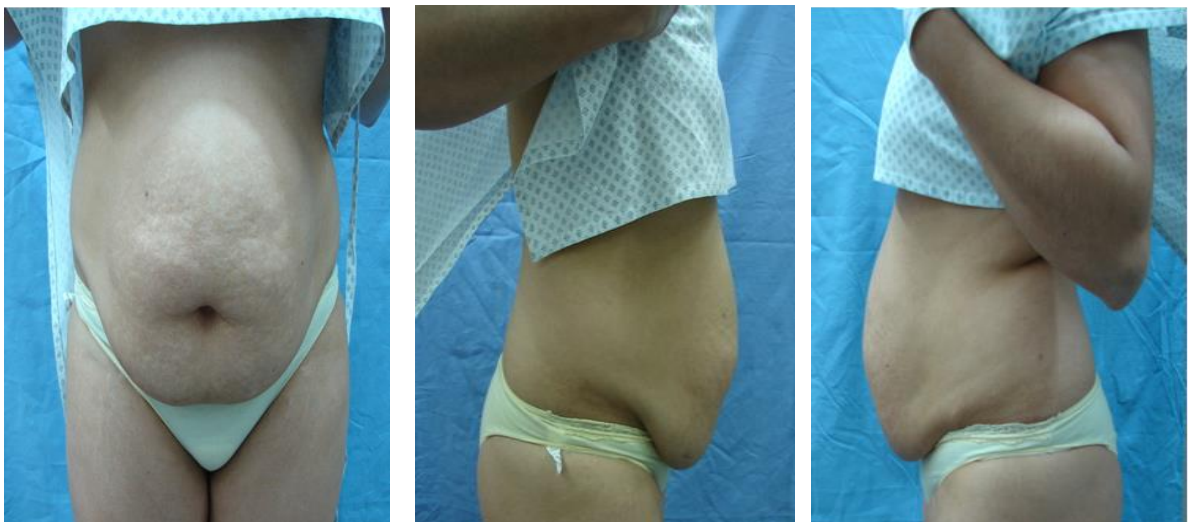
**a) - Dermolipectomia transversa suprapúbica.** La marcación previa de los reparados puede verse en la Fig. 4 en donde se señala la zona de la línea media a reparar y la extensión que tendrá la dermolipectomía.

Es conveniente colocar un punto de sutura en el xifoides que llegue hasta el ombligo y otro suprapúbico que, al igual que el anterior, llegue al ombligo. Ambos serán usados a modo de compás para conservar las distancias del ombligo al xifoides, al borde suprapúbico y a ambas crestas iliacas. (Figura 3)



**Figura Nro 3**

**A)** marcación reparos óseos, reborde costal, diastásis de rectos, hernia umbilical, espinas ilíacas superiores, incisión superior y suprapúbica, área de piel a resecar. **B)** hilos de reparo de reparo en xifoideos y suprapúbico para usar de compás y determinar distancia al ombligo, resección completada, comienzo del cierre cutáneo

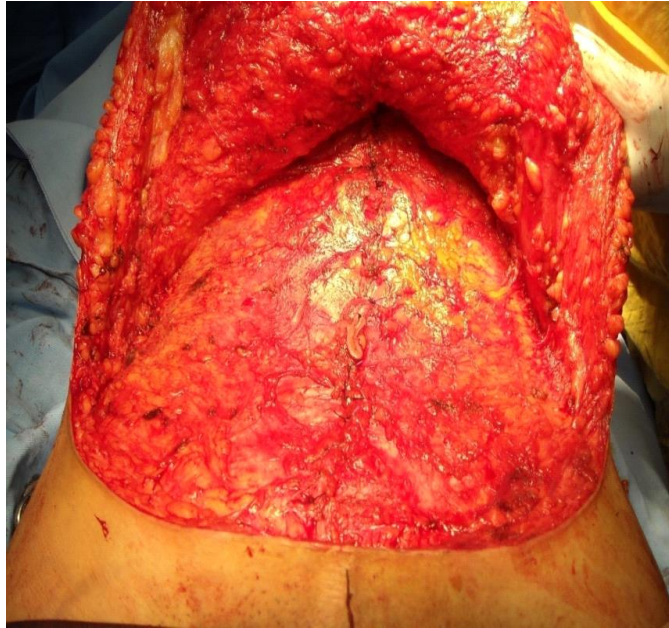


**Figura Nro 4**

Preoperatorio paciente con importante diastásis de rectos más laxitud dermocutánea.

La cirugía comienza por la incisión horizontal de una espina iliaca hasta la otra, llegando en profundidad hasta la aponeurosis superficial. Se asciende luego por este plano teniendo especial cuidado con la hemostasia de los vasos perforantes. Al

llegar al ombligo es importante conservar la grasa periumbilical que contiene vasos perforantes que nutren su piel, luego se corta la piel umbilical y se repara con puntos cardinales para luego exteriorizarlo en su lugar adecuado. Superado el ombligo la



**Figura Nro. 5**

Colgajo dermograso disecado, nótese la disección amplia hasta los rebordes costales y el apéndice xifoides. Control estricto de la homeostasia

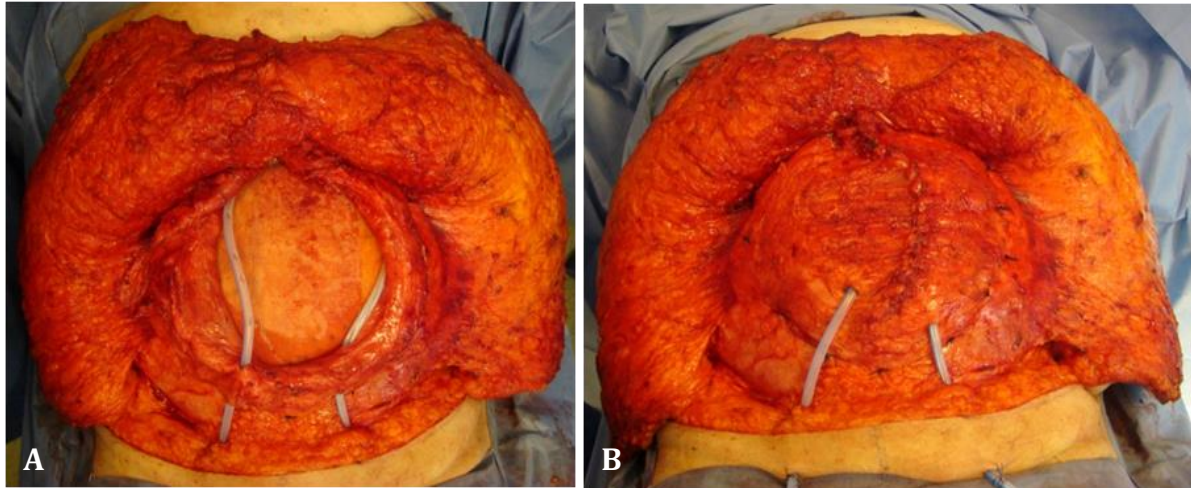


**Figura Nro. 6**

Control postoperatorio alejado de las figuras 4 y 5..

disección continúa hasta llegar al xifoides y los rebordes costales. (Figura 4, 5, 6). A continuación se repara la eventración según la técnica establecida. El uso de mallas no contraindica la dermolipsectomía.

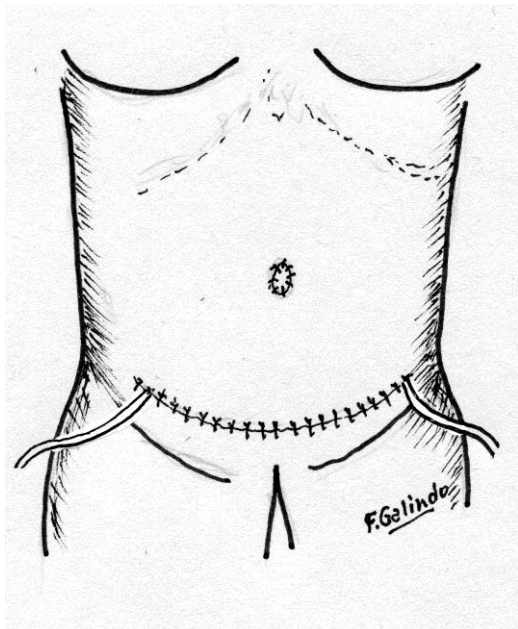
Terminada la plástica de la eventración se flexiona unos 30° al paciente para completar la resección dermograsa. La dificultad mayor reside en decidir la extensión de la resección y la forma de compensar las "orejas de perro". Para decidir la extensión



**Figura Nro. 7**

A) colgajos de dermolipectomía desecados. Colocación de drenajes siliconados por contraabertura sobre la plástica de eventración con malla. B) cobertura de la malla de polipropileno intraperitoneal con restos del saco y aponeurosis.

de la resección existen pinzas marcadoras (de Pitanguy o de Lock- Wood). Si no se cuenta con estas pinzas puede recurrirse a las resecciones escalonadas a fin de emparejar la longitud de ambos colgajos.



**Figura Nro. 8**

Dermolipectomía suprapúbica. El ombligo a sido implantado en forma circular

Las “orejas de perro” se corrigen al traccionar los colgajos hacia la línea media;

si hay demasiado exceso de piel se puede agregar una incisión vertical infraumbilical y resecar el excedente cutáneo. Si aún persistieran se extiende la incisión horizontal lateralmente hasta hacerlas desaparecer.

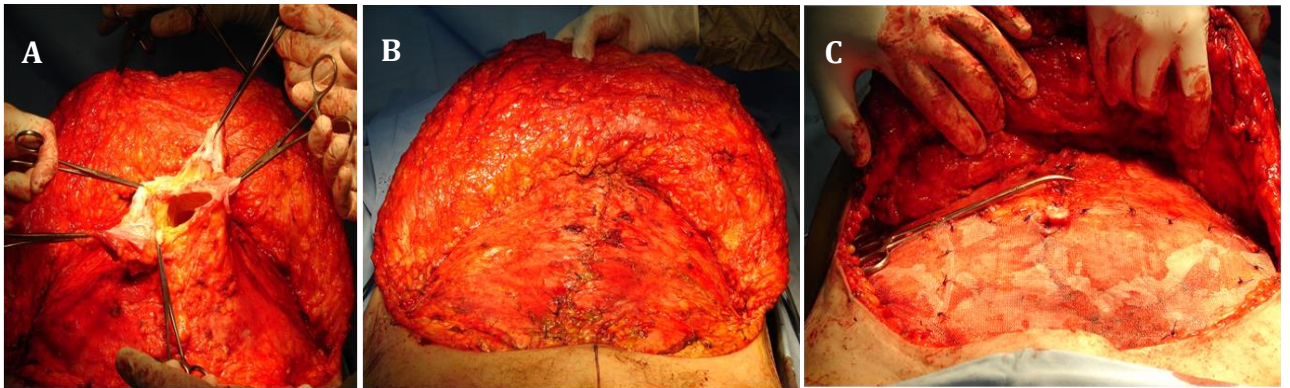
Luego de colocados los puntos directrices principales de la incisión se procede a reimplantar el ombligo. Su localización se determina usando las sutura anteriormente colocada en xifoides y suprapúbicas para tal fin. Si no se cuenta con estos puntos es práctico recordar que normalmente el ombligo se ubica en la línea media a la altura del borde superior de ambas crestas iliacas. En la figura 8 se observa como a través de un orificio se extrae el ombligo y se sutura a la piel. Es importante conservar algunos vasos perforantes periumbilicales para evitar la necrosis del ombligo.

Se colocan dos drenajes suprapúbicos por el contrario abertura siliconados al vacío para la DL. Si la plástica de la EV se realizó con malla sintética se colocan de igual manera otros drenajes siliconados. (Figura 7 y 8)



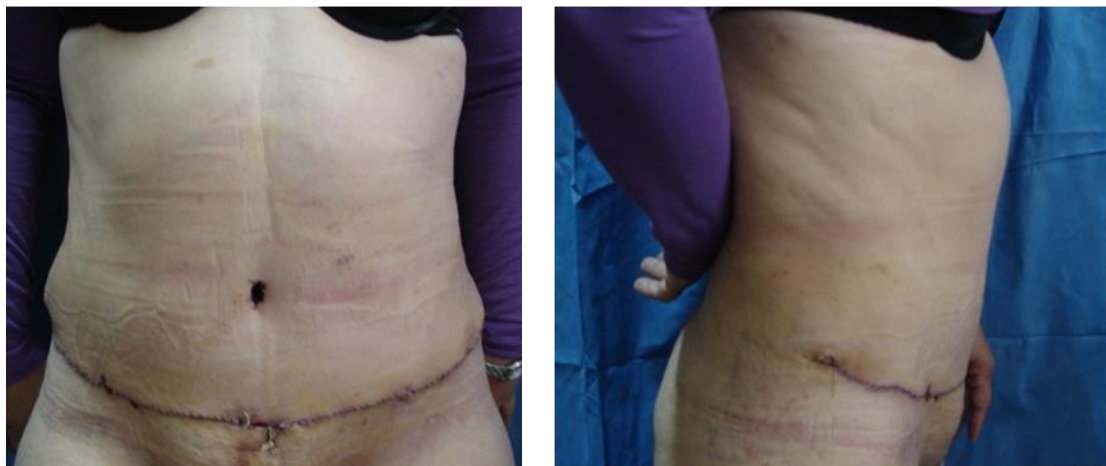
**Figura Nro. 9**

Paciente femenina con eventración infraumbilical preoperatorio frente y perfil.



**Figura Nro. 10**

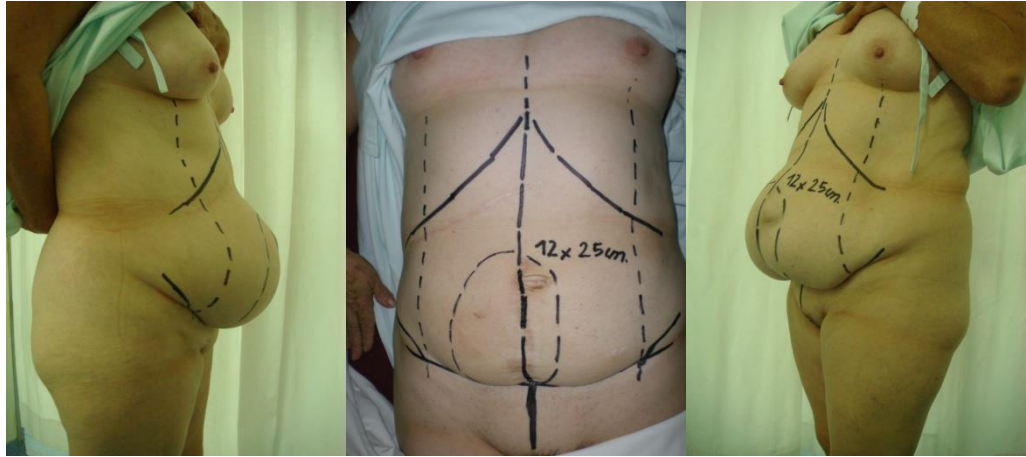
Reparación del caso de la figura 9 **A)** anillo de la eventración, **B)** cierre del anillo con plicatura de las rectos, **C)** colocación de malla de polipropileno superficial supraaponeurótica.



**Figura Nro. 11**

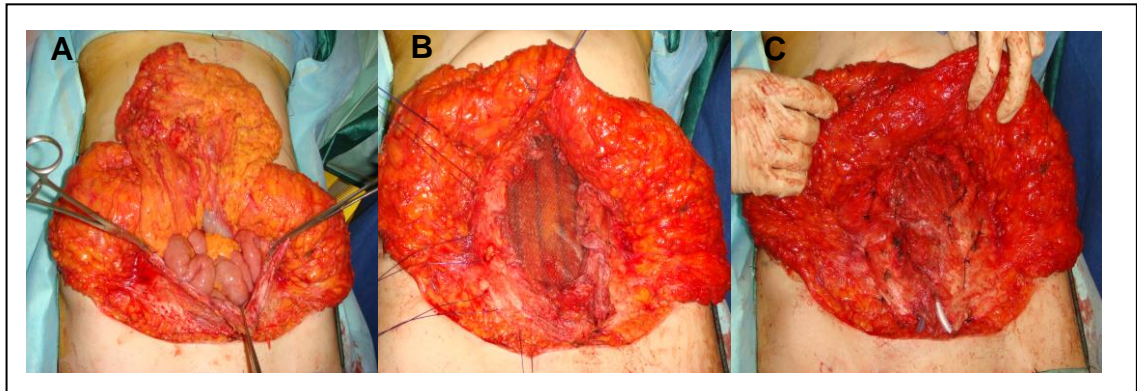
Resultado postoperatorio alejado del caso anterior, frente y perfil





**Figura Nro. 12**

Paciente con eventración infraumbilical de 12 x 25 cm y marcación de la dermolipectomía.



**Figura Nro. 13**

Plástica de eventración con malla intraperitoneal, paciente de la figura 12. **A)** anillo (señalado con pinzas), epiplón y colgajos dermocutáneos. **B)** malla de proceed® intraperitoneal con los puntos transperitoneales colocados. **C)** cobertura de la malla con el saco.

El cierre se efectúa suturando en dos planos el TCS con material reabsorbible 2/0 de lateral a medial para evitar pliegues cutáneos, y la piel con sutura intradérmica 3/0 en la misma dirección.

## Reparación de la eventración

Las hernias incisionales pueden repararse con malla o sin ella; esto depende del

tamaño del anillo, la ubicación del defecto, cicatrices abdominales previas, la calidad de los tejidos vecinos y el número de recidivas herniarias. La tendencia actual es reparar estos defectos con el uso de mallas. La mayoría de los autores aceptan que cuando el diámetro del anillo herniario supera los 3 cm es conveniente reparar con malla. La ubicación retromuscular es lo ideal pero no siempre es posible. La ubicación intraperitoneal es la que ofrece menos posibilidades de seroma, infección de malla y recidiva. En la actualidad, con el adveni-



**Figura Nro. 14**

Control PO alejado del caso anterior (fig. 12 y 13), frente y perfil

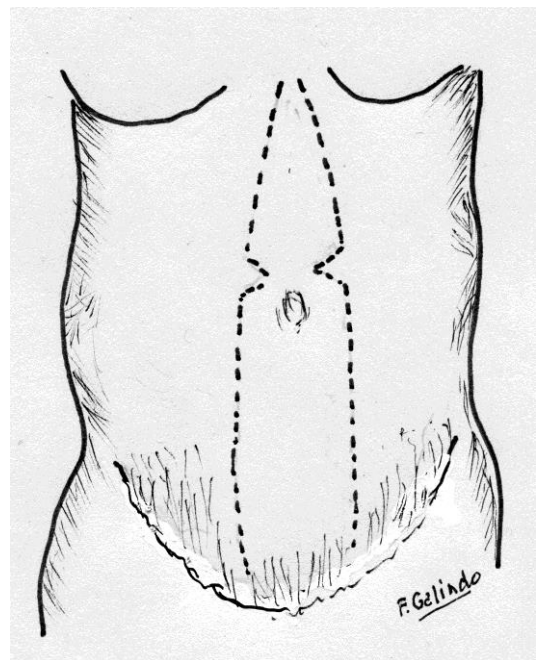
miento de la plástica de eventración laparoscópica, es la más utilizada, aunque es también la más controvertida por la posibilidad de crear adherencias y fístulas enterocutáneas. (Véase el capítulo de Eventraciones) . (Figura 9, 10 y 11)

La colocación retromuscular de la malla es lo ideal, pero no siempre puede lograrse. Cuando son defectos muy grandes y con gran pérdida de sustancia es difícil encontrar este plano indemne y poder colocar la malla.

Hoy se cuenta con mallas de doble capa diseñadas para ser colocadas intraperitoneal tanto por vía laparoscópica como abierta. (Figura 12, 13 y 14)

#### **b) Dermolipectomía abdominal en ancla.-**

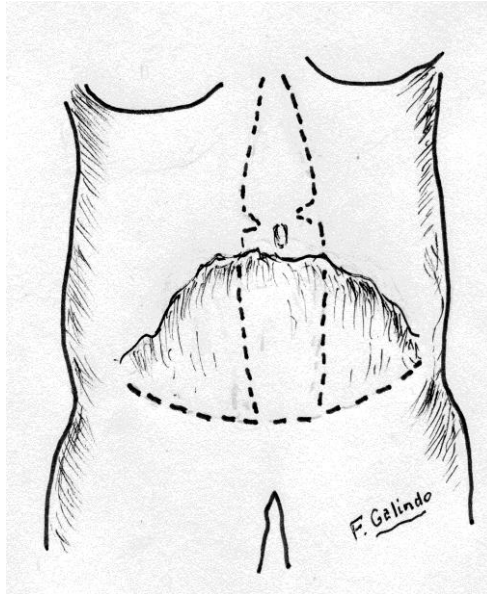
La operación comienza por la marcación de la pared (fig. ) y de los defectos de la pared por hernias, eventración o diastasis de los rectos. En la fig. 15 se observa la



**Figura Nro. 15**

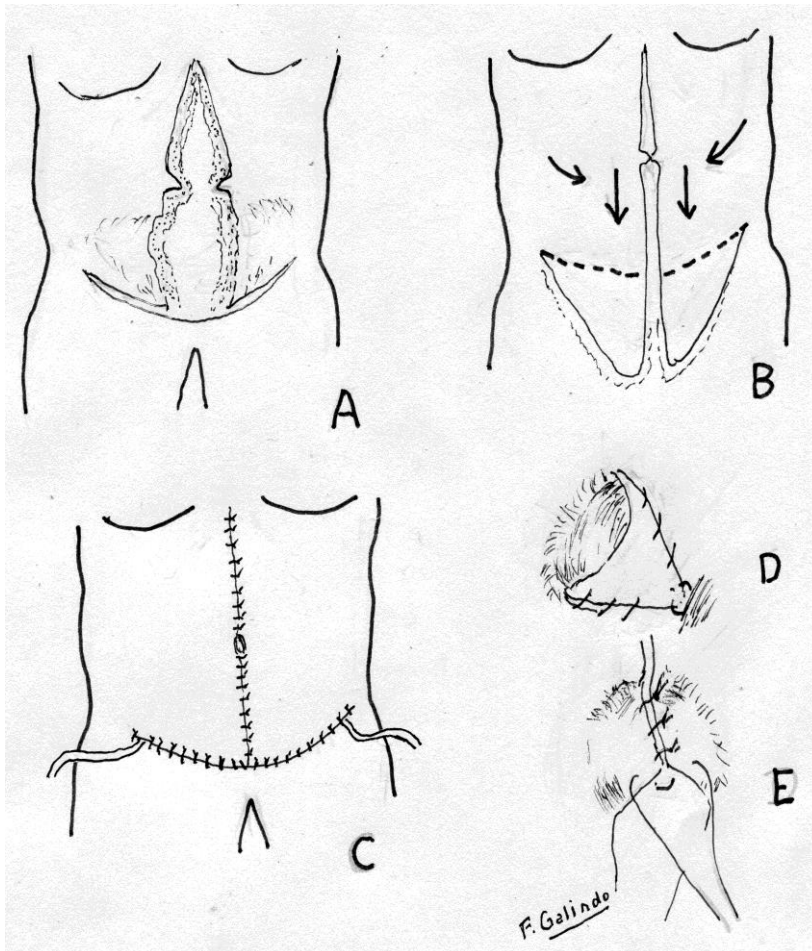
Dermolipectomía en ancla. Marcación del triángulo superior (posición vertical) y de dos triángulos que permitirán la reconstrucción del ombligo.

marcación vertical que delimita la zona mediana a reseca sin afectar la aproximación de los tejidos que restan. Se dejan dos triángulos para confeccionar un neo ombligo. Estos últimos deben estar por arriba del



**Figura No. 16**

Dermolipectomía en ancla. Marcación de la incisión suprapúbica previo a levantar el abdomen en delantal en dirección cefálica.



**Figura No. 17**

Dermolipectomía en ancla. A) Resección del triángulo vertical medial con los dos pequeños triángulos para reconstruir el ombligo y la incisión suprapúbica suprainguinal. B) Los colgajos que quedarán derecho e izquierdo son llevados hacia adentro y abajo para delimitar los triángulos excedentes que serán resecado a cada lado. C) Cicatriz en T invertida y neo-ombigo. Se dejan dos drenajes. D) Neo-ombigo visto de afuera para ver como los dos triángulos contribuyen a formar un cono invertido. E) Visto por la parte interior, colocación de puntos reabsorbibles fijándolo en el vértice al plano aponeurótico.

ombliigo natural porque se producirá un descenso con la plástica. Para la marcación inferior es necesario llevar el abdomen en delantal hacia arriba (Fig. 16)

Se procede por la incisión laterales del triangulo superior dejando dos triángulos a la altura en que se reestructura el ombliigo (Fig. 17 A). Con la incisión se llega hasta la parte inferior suprapúbica y se realiza la incisión transversal hacia ambos en disposición suprainguinal. Se reseca este triángulo dermolipomatoso superior. Se libera los dos colgajos laterales para posibilitar su llegada sin tensión a la línea media. Se repara el defecto de la pared si lo hubiere según técnica. En caso de haber únicamente una diastasis de los rectos es conveniente aproximar los músculos realizando puntos de imbricación de la aponeurosis anterior de un lado al otro

El colgajo de ambos lados es llevado hacia adentro y abajo lo que permite ver la incisión necesaria para reseca los triángulos laterales.(Fig. 17 B).

Se realiza la aproximación del celular subcutáneo en uno o dos planos. La reconstrucción del ombliigo transformando los dos triángulos en un cono invertido. El vértice del cono se lo fija al plano aponeurótico. Los puntos del ombliigo dada la dificultad para extraerlos es conveniente efectuarlos con hilos reabsorbibles (Fig. 17 D y E). Dada la frecuencia de seromas en este tipo de operación es conveniente dejar dos drenajes (Fig. 17 C) Raramente con esta técnica tenemos la formación de orejas de perro en los extremos laterales.

## Indicaciones postoperatorias

Estarán determinadas principalmente por la plástica de EV más que por la DL. Lo habitual es que los pacientes tengan una estancia hospitalaria de 48 o 72 hs.

- En el PO inmediato el paciente debe permanecer en cama con el dorso elevado, las rodillas flexionadas y las piernas ligeramente elevadas (posición de semi-Fowler) para evitar tensión sobre la sutura.
- Los antibióticos son suspendidos ni bien termina la cirugía.
- Dieta general a las 24 hs
- Deambulación al día siguiente a la intervención.
- Cambio de curación a las 24 hs para observar el estado del colgajo.
- La faja elástica se indica para favorecer el pegamiento del colgajo dermocutáneo y evitar la formación de seromas. Se usa durante las primeras ocho semanas, tanto de día como de noche, pudiendo retirarla por breves períodos de tiempo para aliviar la sensación de presión.
- Indicamos ducha a las 24 hs de la cirugía.
- Los drenajes se retiran entre el 5º y 7º día.
- Indicamos analgésicos comunes tipo antiinflamatorios no esteroideos, dosificados según la intensidad del dolor, no más de tres comprimidos al día. Los mismos se deben reducir en la medida en que disminuye el dolor.

- La primera consulta posoperatoria será a los siete días con la eventual extracción de puntos y drenajes.
- Se tendrá control diario de la temperatura y consulta anticipada si el paciente presenta fiebre, hematomas o dolor excesivo.
- La actividad física deportiva se puede iniciar en forma gradual luego de las 6 semanas de PO.

## Complicaciones de la dermolipectomía

La dermolipectomía puede presentar complicaciones serias, por lo tanto nunca se debe minimizar la información que al respecto se le brinde al paciente antes de la cirugía. Las potenciales complicaciones deben ser mencionadas y aclaradas durante la consulta, como debe ser de práctica en toda cirugía, y sobre todo cuando la razón de su realización es estética y opcional. No existe nada más estresante para un cirujano que enfrentarse a complicaciones graves e incluso al fallecimiento del paciente sometido a una cirugía estética.

La complicación más frecuente es el **seroma**. Éstos se tratan según su magnitud, los leves con compresión, los moderados con punciones y los más voluminosos con drenaje quirúrgico. Debido a la frecuencia de esta complicación, el autor y su equipo suelen colocar 4 drenajes siliconados por contraabertura durante una semana.

El **hematoma** es la complicación que sigue en frecuencia, se puede tener una conducta expectante con los hematomas leves, pero en los casos de gran magnitud

la recomendación es abrir la incisión, evacuar el coágulo, lavar bien el lecho y localizar el vaso sangrante.

Postergar la exploración sólo contribuye a favorecer la infección y alterar el resultado estético. La exploración temprana no modifica el resultado estético.

Es importante recordar que por sus antecedentes (varices, obesidad, cirugía abdominal, duración de la intervención, etc.) muchos pacientes tienen indicado profilaxis antitrombótica con heparina de bajo peso, lo cual incrementa el riesgo de esta complicación. Por lo tanto, este riesgo debe ser claramente informado en el preoperatorio.

La **infección** de herida suele ser consecuencia de seromas y hematomas, pero puede surgir espontáneamente. Se suele atribuir a contaminaciones durante la cirugía, ya sea debido a una deficiente antisepsia o a los desplazamientos de los campos quirúrgicos por la movilización del paciente durante la cirugía. El factor más importante y con frecuencia subestimado es la necrosis de pequeñas zonas del TCS desvitalizadas y pasadas por alto durante la disección. Los gérmenes más frecuentes son el estreptococo y el estafilococo. El tratamiento consiste en la apertura temprana de la herida, lavado, resección de tejidos desvitalizados, cultivo, antibiograma y antibioticoterapia.

En los casos leves y con detección temprana de la infección se puede recurrir a un nuevo cierre de la herida con un adecuado resultado estético. Si la infección se acompaña de gran supuración y tejidos desvitalizados se recomienda dejar abierta y drenada la herida, para programar un cierre más adecuado cuando las condiciones locales y generales del paciente así lo indiquen. (figura 18 y 19)



**Figura Nro. 18**

Paciente con necrosis e infección de herida. Se realizó toilette quirúrgica y resección de bordes. Se espera unos días para practicar cierre definitivo.

**Necrosis de los bordes** de la herida, esta complicación se observa en el centro de la incisión, a nivel del pubis y en el colgajo superior; suele deberse a exceso de tensión en la sutura o por desvitalización del colgajo dermograso. El tratamiento consiste en esperar que se delimite el área de necrosis, proceder a la resección y eventualmente intentar un nuevo cierre. En estos casos no es esperable un resultado estético tan satisfactorio como el planificado.

**¿Es necesario que la dermolipectomía la realice un cirujano plástico?**

La respuesta a esta pregunta es sin dudas que no exclusivamente. Como se comentó al principio del capítulo, hay que recordar que la dermolipectomía es una técnica quirúrgica originalmente creada y utilizada por los cirujanos generales para solucionar defectos asociados a hernias y eventraciones. Con el tiempo fue evolucionando y los cirujanos plásticos le agregaron detalles estéticos.



**Figura Nro. 17**

*Resultado alejado del caso anterior, cierre definitivo frente y ambos perfiles con aceptable resultado final de la misma paciente*

Hoy en día, con el advenimiento de la cirugía bariátrica es muy frecuente que nuevamente los cirujanos generales reciban estos pacientes con defectos parietales ocasionados por trocares, laparotomías y la aparición de colgajos dermograsos.

La dermolipectomía puede ser realizada con seguridad y buenos resultados por cirujanos generales con especial interés en este tipo de cirugía.

## Bibliografía

1. **ALY A.S. CRAM A.E.** Body lift: Belt lipectomy. In The art of aesthetic surgery. Principles & techniques. QMP inc, 2005, chapter 52. 2361-2350.
2. **BERNARD C, POLLIAND C, MUTELICA L, CHAMPAULT G.** Repair of giant incisional abdominal wall hernias using open intraperitoneal mesh. *Hernia* 2007; 11: 315-320
3. **BRANDI C.** Tratamiento de los defectos de la pared abdominal. *Rev. Argent. Cirug.* 2009 N° extraordinario.
4. **BURGER JWA, LUIJENDIJK RW, HOP WCJ,** y colab. Long-term follow-up of a randomized controlled trial of suture versus mesh repair of incisional hernia. *Ann Surg* 2004; 240: 578-585
5. **CHANG TN, BAROUDI R.** Abdominoplasty techniques. In Mathes SJ. *Plastic Surgery. Second edition*, Saunders Elsevier. 2006 Volume VI, Chapter 122, 119-191.
6. **COBB W S, KERCHER KW, HENIFORD BT.** Laparoscopic repair of incisional hernias. *Surg Clin N Am* 2005; 85: 91-103
7. **DIAZ JJ, GRAY BW. DOBSON JM** y colab.: Repair of giant abdominal hernias: Does the type of prosthesis matter? *Am Surg* 2004; 70: 396-401
8. **GRADINGER G.P., ROSENFELD L.K., NAHAI F.R.** Abdominoplasty. In The art of aesthetic surgery. Principles & techniques. QMP inc, 2005, chapter 63. 2351-2422.
9. **HENIFORD BT, PARK A, RAMSHAW BJ, VOELLER G.** Laparoscopic repair of ventral hernias. Nine years' experience with 850 consecutive hernias. *Ann Surg* 2003; 238: 391-400
10. **KINGSNORTH A, LEBLANC K.** Hernias: inguinal and incisional. *Lancet* 2003; 362:1561-1571.
11. **KLINGE U, CONZE J. KRONES CJ, SCHUMPELICK V.** Incisional hernia: Open techniques. *World J. Surg* 2005; 29: 1066-1072
12. **NAHAI F.** Clinical decision-making in body contouring. In The art of aesthetic surgery. Principles & techniques. QMP inc, 2005, chapter 56. 2131-2146.
13. **PITANGUY I.** Abdominal lipectomy: an approach to it through an analysis of 300 consecutive cases. *Plast. Reconstr. Surg.* 1967; 40 (2): 384-391.
14. **REGNAULT P.** The history of abdominal dermolipectomy. *Aesth. Plast. Surg.* 1978; 2: 113-123.
15. **VÁSCONEZ LO, TORRE DE LA J.I.** Abdominoplasty. In Mathes S.J. *Plastic Surgery. Second edition*, Saunders Elsevier. 2006 Volume VI, Chapter 121, 87-117
16. **VRIJLAND WW, JEEKEL J, STEYERBERG EW, DEN HOED PT, BONJER HJ.** Intraperitoneal polypropylene mesh repair of incisional hernia is not associated with enterocutaneous fistula. *Br J Surg* 2000; 87: 348-352.