

Cirugía plástica postbariátrica: Experiencia de 65 casos

Postbariatric plastic surgery: Experience of 65 cases

Dra. Micaela Taverna

RESUMEN

Este trabajo describe la experiencia quirúrgica en 65 pacientes que han experimentado una pérdida de peso importante como consecuencia de cirugía bariátrica, resultando un exceso de tejidos dermograsos. Fueron intervenidos por cirugía plástica en un sanatorio con atención multidisciplinaria. Se señalan los resultados, los cuidados pre-, intra- y postquirúrgico y las complicaciones observadas.

Palabras clave: cirugía postbariátrica, cirugía plástica, cirugía reparadora, obesidad.

ABSTRACT

This paper describes the surgical experience of 65 patients who experienced significant weight loss as a result of bariatric surgery, resulting in excess dermal and fatty tissue. They underwent plastic surgery in a multidisciplinary hospital. The results, pre-, intra-, and postoperative care, and observed complications are reported.

Key words: post-bariatric surgery, plastic surgery, reconstructive surgery, obesity.

REVISTA ARGENTINA DE CIRUGÍA PLÁSTICA 2025;31(4):163-166. [HTTPS://DOI.ORG/10.32825/RACP/202504/0163-0166](https://doi.org/10.32825/RACP/202504/0163-0166)

INTRODUCCIÓN

La obesidad mórbida y su tratamiento quirúrgico (cirugía bariátrica) han generado una población creciente de pacientes con grandes colgajos adiposo-cutáneos, que requieren cirugía plástica reparadora (cirugía postbariátrica). El objetivo principal de estos procedimientos es funcional y secundariamente estético, cuyo fin es mejorar la movilidad y la calidad de vida¹.

Este trabajo presenta una serie retrospectiva de 65 casos de pacientes derivados por un equipo interdisciplinario, intervenidos luego de más de 18 meses de haberse realizado la cirugía bariátrica, con índice de masa corporal (IMC) estabilizado y evaluación clínico nutricional.

MATERIAL Y MÉTODOS

Se intervinieron 65 pacientes entre octubre de 2019 y marzo de 2025 a los que se realizó cirugía plástica postbariátrica en institución privada de la provincia de Buenos Aires.

Se registraron: edad (**Gráfico 1**), peso (antes del tratamiento bariátrico y antes de la cirugía reparadora), comorbilidades, tipo de procedimiento, complicaciones y seguimiento.

Los pacientes fueron derivados tras alcanzar peso estable, y evaluados por los servicios de clínica médica, nutrición, psicología y cirugía bariátrica.

RESULTADOS

PROTOCOLOS PRE-, INTRA- Y POSTQUIRÚRGICO
En el preoperatorio se solicitó laboratorio completo (hemograma, coagulograma, uremia, creatinina, glucemia, proteinograma, serologías). Todos fueron evaluados por cardiología, con riesgo quirúrgico clasificado como bajo o moderado. Hubo evaluación anestésica y correspondieron a un ASA 1 y 2.

Las comorbilidades incluyeron hipertensión arterial, dislipemia, hipotiroidismo y trastornos del ánimo. Aquellos con antecedentes de diabetes tipo 2 o insulinoresistencia presentaban glucemias normales y se encontraban sin medicación al momento de la cirugía. Ninguno de los pacientes incluidos era tabaquista. En su mayoría, recibieron suplementación con calcio, vitamina D y polivitamínicos².

En el preoperatorio inmediato se indicó baño con solución yodada jabonosa durante 48 hs previas³ e hidrata-

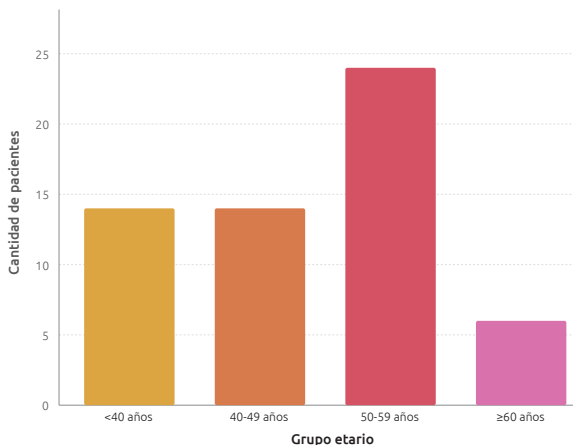


Gráfico 1. Distribución por edades de los 65 pacientes operados.

1. Cirujana plástica. Miembro Titular SACPER y SCPBA

✉ Correspondencia: Dra. Micaela Taverna. micaela.012@gmail.com

La autora no declara conflictos de intereses

Recibido: 01/10/2025 | Aceptado: 14/11/2025



Figura 1. Abdominoplastia postbariátrica: a-b) prequirúrgica y c-d) postquirúrgica.

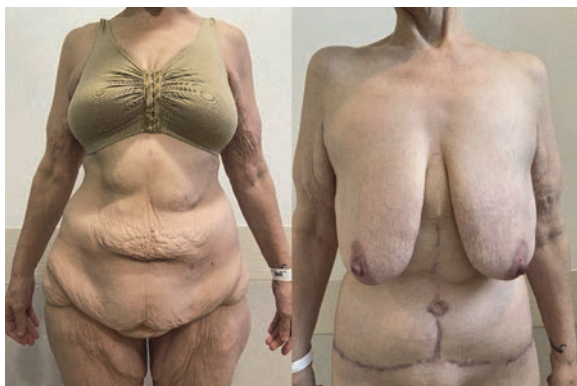


Figura 3. Dermolipectomía en Flor de Lis: a) prequirúrgica y b) postquirúrgica.

ción oral hasta 2 hs antes de la cirugía, conforme a protocolos ERAS (*Enhanced Recovery After Surgery*)⁴. Se aplicó el *score* de Caprini, con riesgo tromboembólico intermedio (3-4 puntos) en la mayoría de los casos⁵. Se usaron botas neumáticas durante el procedimiento y enoxaparina subcutánea profiláctica durante 48 hs exclusivamente en cirugías circunferenciales⁶. Se promovió la deambulación precoz (3-4 hs postoperatorias) como primera medida activa antitrombótica⁷. Se administró ácido tranexámico intravenoso al inicio de cada cirugía, con el objetivo de reducir el sangrado intra- y postoperatorio, como recomiendan múltiples estudios en cirugía reconstructiva de alta complejidad⁸. El tiempo promedio de cirugía de dermolipectomía simple fue de 2:30 hs y en los procedimientos circunfe-



Figura 2. Dermolipectomía de brazos postbariátrica: a-b) prequirúrgica y c-d) postquirúrgica.



Figura 4. Mastopexia postbariátrica sin prótesis: a-b) prequirúrgica y c-d) postquirúrgica.

renciales fue de 4:30 hs. En todos los casos de cirugías mayores a 3 hs se colocó sonda vesical que se retiró al finalizar el procedimiento como medida adicional para promover la deambulación precoz. En el postoperatorio inmediato, todos los pacientes recibieron indicación de uso de faja compresiva durante 2 meses².



Figura 5. Dermolipectomía de brazos más mastopexia posbariátrica: a-b) prequirúrgico y c-d) postquirúrgico.

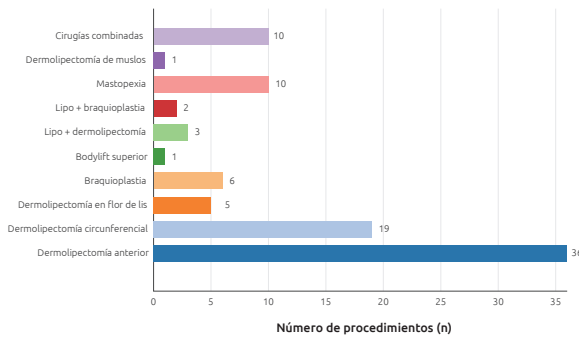


Gráfico 2: Distribución de procedimientos quirúrgicos postbariátricos.

PROCEDIMIENTOS QUIRÚRGICOS REALIZADOS

Se realizaron dermolipectomías anteriores (n=36), circunferenciales (n=19), en flor de lis (n=5), braquioplastias (n=6) y *bodylifts* (lifting corporal) superiores (brazos-rollos abdominales-mastopexia) (n=1). Se sumaron lipoaspiraciones asociadas a dermolipectomías (n=3) y a braquioplastias (n=2), mastopexia (n=10), dermolipectomía de muslos (n=1). En un mismo acto quirúrgico se hicieron cirugías combinadas (n=10), (Gráfico 2). En cirugías mayores a 3 hs se colocó sonda vesical, retirada al finalizar. En procedimientos circunferenciales se colocaron dos drenajes; en dermolipectomías simples, uno. No se colocaron drenajes en brazos ni mamas. Se usaron puntos de Baroudi en todos los casos para reducir la formación de seromas⁹.

ESTADÍSTICAS

Edad media: 48,1 años (rango 29-72). Pérdida ponderal promedio: 43,8 kg. IMC prequirúrgico: 30.

El 21,9% tenía >55 años; en estos, las dermolipectomías circunferenciales se realizaron en 2 tiempos. Se identificaron 6 hernias/eventraciones, reparadas simultáneamente.

En cuanto a las complicaciones, se registraron dos hemorrágicas con requerimiento transfusional: un ingre-



Figura 6. Dermolipectomía circunferencial: a-b) prequirúrgico y c-d) postquirúrgico.

so a UTI por sangrado tras dermolipectomía circunferencial con lipoaspiración, y otro caso, con drenaje quirúrgico. Se documentó además un seroma y 5 dehiscencias menores que fueron curadas con ungüento de colagenasa y cloranfenicol. Seguimiento promedio: 28,3 meses.

ILUSTRACIÓN DE CASOS CLÍNICOS:

A continuación, se presentan algunos casos clínicos que fueron operados y sus respectivas técnicas quirúrgicas, con su pre- y postoperatorio (Figuras 1 a 6).

DISCUSIÓN

Coincidimos con Gusenoff & Rubin, quienes destacan que el objetivo prioritario en cirugía postbariátrica es funcional, no estético¹. La suplementación nutricional ha sido clave en la cicatrización y recuperación². El uso abreviado de enoxaparina se respaldó en evidencias como el estudio de Prevención de la Tromboembolia Venosa (VTEPS)⁶ y las guías del *American College of Chest Physicians*⁷. El score de Caprini validado para pacientes de cirugía plástica⁵ permitió adecuar la tromboprolifaxis mecánica y farmacológica. El uso de ácido tranexámico como estrategia de control de sangrado ha demostrado ser confiable en esta población⁸. La implementación sistemática de medidas como botas neumáticas y movilización precoz fue efectiva en prevenir eventos tromboembólicos⁴. Se indicó el baño prequirúrgico con solución yodada durante las 48 hs previas, práctica que ha demostrado

reducir infecciones del sitio quirúrgico³. El uso de puntos de Baroudi como técnica intraoperatoria contribuyó a reducir complicaciones como seromas⁹.

Una característica común en individuos con antecedentes de obesidad y posterior pérdida masiva de peso es que presentan signos clínicos de hiperlaxitud dérmica generalizada, demostración mediante estudios histológicos y biomecánicos de una reducción significativa del colágeno tipo I, desorganización de fibras y disminución del grosor y resistencia tensil dérmica. Estas condiciones predisponen a una cicatrización anómala o retardada, particularmente en zonas sometidas a tensión, y justifican la implementación de estrategias quirúrgicas conservadoras y en etapas¹⁰. Asimismo, diferir procedimientos extensos en mayores de 55 años disminuye la morbimortalidad sin afectar resultados^{11,12}, lo que coincide con nuestra práctica en este grupo etario.

El respeto por los tiempos de cicatrización normal, la evaluación nutricional, la implementación de las técnicas quirúrgicas únicas o asociadas y la atención a la complicación trombotica pulmonar, disminuyen los riesgos de estas cirugías.

En estos casos, es conveniente expresar y explicar el tipo de cirugía plástica al que será sometido, los beneficios y

los riesgos que el paciente afrontará. Esto debe estar claro en el consentimiento informado preoperatorio¹³.

No debemos olvidar que la cirugía postbariátrica permite al paciente recuperar su imagen corporal perdida. El defecto físico resultado de la cirugía bariátrica le trae dificultades en su vida de relación social con los grandes colgajos adiposos cutáneos redundantes, producto de su antiguo cuadro de obesidad. De esta manera, el paciente busca en la cirugía postbariátrica resolver un problema consigo mismo y con los demás.

Estas cirugías postbariátricas permiten lograr en estos pacientes una salud plena e integral, involucrando aspectos físicos, psíquicos y sociales¹⁴.

CONCLUSIONES

La cirugía plástica postbariátrica constituye un procedimiento especial para la recuperación funcional del paciente con grandes descensos ponderales.

Este trabajo señala que siguiendo ciertos cuidados se pueden obtener resultados satisfactorios con baja tasa de complicaciones.

Agradecimiento: A la señorita Azul Mailen Real por su colaboración en la redacción de este artículo.

BIBLIOGRAFÍA

- Gusenoff JA, Rubin JP. Plastic surgery after weight loss: current concepts in massive weight loss surgery. *Aesthet Surg J*. 2008;28(4):452-5.
- Michaels JV, Coon D, Rubin JP. Complications in postbariatric body contouring: strategies for assessment and prevention. *Plast Reconstr Surg*. 2011;127(3):1352-7.
- Veiga DF, Damasceno CA, Veiga-Filho J, Silva Jr RV, Cordeiro DL, Vieira AM, et al. Influence of povidone-iodine preoperative showers on skin colonization in elective plastic surgery procedures. *Plast Reconstr Surg*. 2008;121(1):115-8.
- Bartlett EL, Zavlin D, Friedman JD, Abdollahi A, Rappaport NH. Enhanced Recovery After Surgery: The Plastic Surgery Paradigm Shift. *Aesthet Surg J*. 2018;38(6):676-85.
- Caprini JA. Thrombosis risk assessment as a guide to quality patient care. *Dis Mon*. 2005;51(2-3):70-8.
- Pannucci CJ. Evidence-based recipes for venous thromboembolism prophylaxis: a practical safety guide. *Plast Reconstr Surg*. 2017;139(2):520e-9e.
- Gould MK, Garcia DA, Wren SM, Aronowitz VP, Caprini JA, Merli GJ, et al. Prevention of VTE in nonorthopedic surgical patients: Antithrombotic therapy and prevention of thrombosis, 9th ed. *Chest*. 2012;141(2 Suppl):e2275-775.
- Taeuber I, Weibel S, Herrmann E, Neef V, Schlesinger T, Kranke P, et al. Association of intravenous tranexamic acid with thromboembolic events and mortality: a systematic review, meta-analysis, and meta-regression. *JAMA Surg*. 2021;156(6):e210884.
- Aly AS, Cram AE, Chao M, Pang J, McKeon M. Belt lipectomy for circumferential truncal excess: The University of Iowa experience. *Plast Reconstr Surg*. 2003;111(1):398-413.
- Hany M, Zidan A, Ghazlan NA, Ghazlan MN, Abouelnasr AA, Shehata E, et al. Comparison of histological skin changes after massive weight loss in post-bariatric and non-bariatric patients. *Obes Surg*. 2024;34(3):855-65.
- Coon D, Michaels JV, Gusenoff JA, Purnell C, Friedman T, Rubin JP. Multiple procedures and staging in the massive weight loss population. *Plast Reconstr Surg*. 2010;125(2):691-8.
- Cuadrado MA, Moina G, Moina D. Body contour surgery in massive weight loss patients. En: Serdev NP, editor. *Body Contouring and Sculpting*. London: IntechOpen; 2016.
- Losardo RJ. Cirugía estética: Enfoque médico-legal. *Rev Argent Cir Plást*. 2002;VIII(2):87-9.
- Hurtado-Hoyo E, Losardo RJ, Bianchi RI. Salud plena e integral: un concepto más amplio de salud. *Rev Asoc Méd Argent*. 2021;134(1):18-25.