

Complicaciones e impacto psicológico secundario a remodelación de contorno corporal en pacientes con pérdida masiva de peso: serie de casos

Complications and psychological impact secondary to body contouring in patients with massive weight loss: case series



Bustillo Améndola C.

César BUSTILLO AMÉNDOLA*, César ALAS PINEDA**, David AGUILAR ANDINO***
Gizelle GUEVARA FLORES****, Christian YANEZ CERRATO*****

Resumen

Introducción y objetivo. La alta prevalencia de obesidad ha hecho que los métodos de pérdida de peso sean más frecuentes, aumentando los pacientes con pérdida masiva de peso. Esto genera excedentes cutáneos y pliegues redundantes que provocan un impacto negativo en la calidad de vida e imagen corporal.

El objetivo de este estudio es describir las características sociodemográficas, procedimientos quirúrgicos, complicaciones e impacto en la calidad de vida en pacientes con pérdida masiva de peso sometidos a cirugía de contorno corporal, con el fin de analizar el impacto psicológico en la vida del paciente tras la intervención quirúrgica.

Material y método. Estudio observacional, descriptivo, prospectivo, tipo serie de casos, que analiza 8 pacientes adultos sometidos a cirugía de contorno corporal tras pérdida masiva de peso. Empleamos estadística descriptiva, obtuvimos frecuencias y porcentajes de las variables categóricas y cálculo de la mediana y rangos intercuartílicos de las variables cuantitativas.

Resultados. La mediana de edad fue de 52 años. La mediana de la pérdida de peso fue de 48.70 kg. Las complicaciones más frecuentes fueron dehiscencia de herida quirúrgica (50%), seroma (25%) e hipertrofia de cicatriz (25%). Inicialmente, clasificamos los pacientes en un 50% con depresión ligera/menor; tras la intervención quirúrgica el 50% no estaba deprimido, el 37.5% tenía depresión ligera/menor, y el 12.5% depresión moderada. El 100% tuvo una disminución de puntuación suficiente para cambiar de categoría.

Conclusiones. En nuestra opinión, la cirugía de contorno corporal mejora considerablemente el estado psicológico del paciente, su estilo de vida y autoestima al tener una mejor percepción corporal, aportando beneficios superiores a las complicaciones que se pudieran presentar durante el proceso quirúrgico.

Palabras clave Pérdida masiva peso, Cirugía Postbariátrica, Remodelación corporal.

Nivel de evidencia científica 4c Diagnóstico

Aceptado 11 noviembre / 2021

Abstract

Background and objective. The high prevalence of obesity has made weight loss methods more frequent, increasing the number of patients with massive weight loss. This generates skin excess and redundant folds generating a negative impact on quality of life and body image.

The aim of this study is to describe the sociodemographic characteristics, surgical procedures, complications and the impact on quality of life in patients with massive weight loss who underwent body contouring surgery, in order to provide the psychological impact on the patient with a considerable weight loss.

Methods. Observational, descriptive, prospective, case series study analyzing 8 adult patients who underwent body contouring surgery after a massive weight loss. Descriptive statistics were used, frequencies and percentages were obtained for categorical variables, and median and interquartile ranges were calculated for quantitative variables.

Results. The median age was 52 years. The median weight loss was 48.70 kg. The most frequent complications were surgical wound dehiscence (50%), seroma (25%) and scar hypertrophy (25%). Fifty percent were not depressed, 37.5% were mildly/minorly depressed, and 12.5% were moderately depressed. Seventy-five percent of patients had a decrease in score sufficient to change category.

Conclusions. In our opinion, body contouring surgery considerably improves patient's psychological state, lifestyle and self-esteem by having a better body perception, being the benefits superior to the complications that occur during the surgical process.

Key words Massive weight loss, Postbariatric surgery, Body contouring.

Level of evidence 4c Diagnostic

Accepted November 11 / 2021

Conflicto de intereses: Los autores declaran no tener ningún interés financiero relacionado con el contenido de este artículo.
Financiación: No hubo fuentes externas de financiación para este trabajo.

* Cirujano Plástico, Hospital de Especialidades San Felipe, Tegucigalpa, Honduras.

** Médico General, Departamento de Epidemiología, Hospital Dr. Mario Catarino Rivas y Facultad de Medicina y Cirugía, Universidad Católica de Honduras – Campus San Pedro y San Pablo, San Pedro Sula, Cortés, Honduras.

*** Médico General, Departamento de Epidemiología, Hospital Dr. Mario Catarino Rivas y Universidad Nacional Autónoma de Honduras, San Pedro Sula, Honduras.

**** Médico General Universidad Nacional Autónoma de Honduras, San Pedro Sula, Honduras.

***** Cirujano Plástico, Hospital Honduras Medical Center, Tegucigalpa, Honduras.

Introducción

La obesidad representa uno de los problemas más importantes de salud pública de nuestros tiempos; hoy en día se considera un desafío sanitario tanto en los países desarrollados como en los que se encuentran en vías de desarrollo, ya que estos últimos han adoptado los hábitos alimenticios típicos de los primeros, desarrollando múltiples comorbilidades asociadas.⁽¹⁾

Según la Organización Mundial de la Salud (OMS), la obesidad se define como el anormal o excesivo almacenamiento de grasa secundario a diferentes causas, incluyendo desbalance energético, fármacos y patología genética.⁽²⁾ La obesidad se puede cuantificar según el índice de masa corporal (IMC), definiendo como normal los rangos entre 18.5 y 24.9 kg/m², como sobrepeso entre 25 y 29.9 kg/m² y como obesidad un IMC igual o superior a 30kg/m².⁽¹⁾ De acuerdo con la OMS, la prevalencia mundial se ha triplicado entre 1975 y 2016, alcanzando cifras de más de 1.9 billones de adultos de 18 años o más con sobrepeso, de los cuales 650 millones son obesos representando el 13% de la población adulta a nivel mundial. Así, la población ha incrementado su índice de masa corporal (IMC) en 1 kg/m² por década.⁽²⁾ Este aumento de la prevalencia en los últimos años ha hecho que los métodos de pérdida de peso sean frecuentes, lo que a su vez se traduce en incremento del número de pacientes con pérdida masivas de peso, que se define como la pérdida del 50% o más del exceso de peso corporal de una persona.⁽³⁾ Esto genera excedentes cutáneos significativos y formación de pliegues redundantes que, a su vez, provocan un impacto negativo en la calidad de vida y en la imagen corporal pese a los beneficios de salud propios de la reducción de peso,⁽⁴⁾ generando otro inconveniente estético y psicológico añadido en los pacientes.

Fruto de todo lo anterior, mucho recurren a la cirugía de contorno corporal ya que produce buenos resultados tanto funcionales como estéticos y busca corregir los estigmas de la pérdida masiva de peso, así como lograr una armonía estética acorde a los cánones de belleza actuales.^(5,6) Aproximadamente, hasta un tercio de los pacientes con pérdida masiva de peso necesitarán cirugía, y se estima que hasta el 80% desean una cirugía de contorno corporal después de la pérdida de peso.⁽⁷⁾ Sin embargo, sólo el 11% se somete a una cirugía de contorno corporal tras la pérdida de peso.⁽⁴⁾ El 89% restante no se somete a dicha cirugía debido a distintos factores, siendo el económico uno de los más importantes.

El objetivo del presente estudio es describir las características sociodemográficas, antecedentes clínicos, procedimiento quirúrgico, complicaciones e impacto en la calidad de vida en una serie de 8 pacientes con pérdida

masiva de peso sometidos a cirugía de contorno corporal en un hospital de especialidades de Honduras, con el fin de proporcionar una comprensión más completa del impacto psicológico en la vida del paciente tras la cirugía de contorno corporal, principalmente por las altas expectativas de imagen que estos pacientes se crean al terminar el proceso quirúrgico.

Material y método

Estudio observacional, descriptivo, prospectivo, tipo serie de casos, analizando una serie de 8 pacientes adultos sometidos a cirugía de contorno corporal tras pérdida masiva de peso intervenidos quirúrgicamente por el Servicio de Cirugía Plástica del Hospital de Especialidades San Felipe en la ciudad de Tegucigalpa, Honduras, entre los años 2018 y 2020.

Incluimos pacientes mayores de edad, con pérdida masiva de peso por medio de dieta y/o ejercicio o cirugía bariátrica, con seguimiento pre y postquirúrgico superior a 3 meses, intervenidos quirúrgicamente para remodelación corporal.

Empleamos una muestra no probabilística, con un muestreo por conveniencia o disponibilidad tipo censal, enrolando el total de pacientes operados por cirugía de contorno corporal que cumplieran con criterios de inclusión cuya historia clínica confirmaba la pérdida masiva de peso del 50% o más del exceso de peso del paciente. Estudiamos datos sociodemográficos: edad (dato cuantitativo), sexo (masculino o femenino), zonificación (urbana o rural), estado civil (soltero, casado o unión libre), hábitos tóxicos (dato categórico). Así mismo consideramos medidas antropométricas iniciales, antes de la pérdida de peso: peso (dato cuantitativo), talla (dato cuantitativo), IMC (dato cuantitativo), considerando las mismas variables antes y después de la cirugía de contorno corporal, incluyendo la atención preoperatoria (dato categórico), características del procedimiento quirúrgico como tipo de cirugía de contorno corporal realizada (dato categórico), tiempo quirúrgico y sangrado durante la cirugía (ambos como dato cuantitativo), reincorporación a la vida laboral (dato cuantitativo), estancia hospitalaria (dato cuantitativo) y complicaciones postquirúrgicas (dato categórico).

Tomamos en consideración antes y 3 meses después de la intervención, la cirugía de contorno corporal, la puntuación en la escala de Hamilton para depresión referida por los pacientes en la consulta de seguimiento (dato cuantitativo). Esta escala de valoración de Hamilton para la evaluación de la depresión se diseñó para ser utilizada con el objetivo de evaluar cuantitativamente la gravedad de los síntomas depresivos y valorar los cambios con-

ductuales. Se valora de acuerdo con la información obtenida de la entrevista clínica. Su versión original consta de 21 ítems, si bien posteriormente el autor recomendó la versión modificada de 17 ítems, siendo esta la que empleamos en este artículo.⁽⁸⁾

Los aspectos valorados mediante entrevista directa con los pacientes fueron: el humor depresivo, los sentimientos de culpa, la ideación suicida, los niveles de insomnio, el desempeño en el trabajo y la actividades, la agitación y la lentitud psicomotoras, la ansiedad psíquica y somática, los síntomas somáticos generales y gastrointestinales, el nivel de libido, la hipocondría, la pérdida de peso y la introspección del paciente.

Los puntos de corte utilizados en este estudio fueron los recomendados por la Guía de Práctica Clínica elaborada por el *National Institute for Clinical Excellence* (NICE): no deprimido: 0-7 puntos, depresión ligera/ menor: 8-13 puntos, depresión moderada: 14-18 puntos, depresión severa: 19-22 puntos y depresión muy severa: >23 puntos.⁽⁹⁾

Elaboramos un formulario de recolección de las variables con validez de contenido por expertos y constructo, siendo evaluado por 2 cirujanos plásticos. Ingresamos los datos en tablas de cotejo en el Programa Estadístico IBM SPSS versión 25.0 (licencia de uso en vigencia), donde realizamos el análisis estadístico. Empleamos estadística descriptiva, obteniendo las frecuencias y porcentajes de las variables categóricas y calculando la mediana y rangos intercuartílicos de las variables cuantitativas.

El proyecto fue supervisado por las autoridades del Servicio de Cirugía Plástica y aprobado por el Comité de Ética Institucional del Hospital de Especialidades San Felipe. Tras la aprobación del proyecto, procedimos a la

captación activa de pacientes operados para cirugía de contorno corporal en el servicio y solicitamos consentimiento informado firmado por los pacientes, antes de su enrolamiento en el estudio.

Resultados

Analizamos una muestra de 8 pacientes que cursaron con pérdida masiva de peso y que posteriormente se sometieron a cirugía de contorno corporal. La mediana de edad fue de 52 años [IQR, 41- 57.75] con un rango entre 25 y 60 años. El 87.5% pertenece al sexo femenino (7/8). El 75% provenían de zonas urbanas (6/8). Referente al estado civil, 37.5% casados (3/8), 25% vivía en unión libre con su pareja (2/8), y el 37.5% restante solteros (3/8).

No evidenciamos hábitos tóxicos en la población estudiada. Solamente el caso número 6 presentó una comorbilidad (1/8). (Tabla I).

La mediana de la talla y del peso iniciales fue 158.5 cm [IQR, 157.3-158.5] y 115.5 kg [IQR, 103-127] respectivamente. La mediana de la pérdida de peso mediante ejercicio físico y dieta (7/8) fue de 48.70 kg. Solamente el caso 6 perdió peso mediante cirugía bariátrica de tipo manga gástrica, aproximadamente 68 kg. Con respecto al tiempo para la pérdida de peso, la mediana fue de 20 meses [IQR, 18-23] en el grupo de ejercicio y dieta.

La mediana de índice de masa corporal inicial fue 45.7 kg/m² [IQR, 38.2-50.4]. Tras la pérdida de peso, la mediana de IMC obtenido fue 26.3 kg/m² [IQR, 25.5-26.8], con una media de reducción ponderal de 48.7 Kg [IQR, 35-66]. El 75% (6/8) mejoró su estado nutricional a sobrepeso y el caso 6 mejoró a obesidad grado II, solamente el caso 5 logró un estado nutricional eutrófico.

Tabla I. Características sociodemográficas y antropométricas de 8 pacientes sometidos a cirugía de contorno corporal tras pérdida masiva de peso

Caso	Edad	Sexo	Procedencia	Estado Civil	Hábitos Tóxicos	Comorbilidades	Talla (cm)	Peso inicial (kg)	IMC inicial (kg/m ²)	Estado nutricional inicial ^a	Posterior a reducción de peso (kg) ^a	IMC antes de cirugía (kg/m ²)	Estado antes de cirugía ^{a, b}
1	38 años	Femenino	Urbana	Casado	Ninguno	Ninguno	159	128	50.6	Obesidad III	68	26.9	Sobrepeso
2	50 años	Femenino	Urbana	Casado	Ninguno	Ninguno	157	103	41.8	Obesidad III	65	26.4	Sobrepeso
3	51 años	Femenino	Urbana	Casado	Ninguno	Ninguno	157	103	41.8	Obesidad III	65	26.4	Sobrepeso
4	53 años	Femenino	Urbana	Soltero	Ninguno	Ninguno	158	124	49.7	Obesidad III	64.5	25.9	Sobrepeso
5	54 años	Femenino	Urbana	Soltero	Ninguno	Ninguno	158	124	49.7	Obesidad III	55.9	22.4	Eutrófico
6	25 años	Femenino	Urbana	Soltero	Ninguno	Hipotiroidismo	167	166	59.5	Obesidad III	98	35.1	Obesidad II
7	60 años	Femenino	Rural	Unión libre	Ninguno	Ninguno	160	91	35.5	Obesidad II	67	26.2	Sobrepeso
8	59 años	Masculino	Rural	Unión libre	Ninguno	Ninguno	170	107	37	Obesidad II	73	25.3	Sobrepeso

IMC; índice de masa corporal. ^a Estado nutricional según la OMS. ^b Estado nutricional antes de la cirugía alcanzado mediante el ejercicio físico y dieta.

Solamente el caso 6 logró reducción de peso con cirugía bariátrica de tipo manga gástrica.

Tabla II. Características quirúrgicas y complicaciones en 8 pacientes sometidos a cirugía de contorno corporal tras pérdida masiva de peso

Caso	Tipo de cirugía	Duración de cirugía	Sangrado transoperatorio (ml)	Complicaciones postquirúrgicas	Estancia hospitalaria	Tiempo de reincorporación
1	Abdominoplastia / Flor de Lis	6:10 horas	200	Seroma Dehiscencia herida quirúrgica	4 días	28 días
2	Braquioplastia	3:40 horas	100	Dehiscencia herida quirúrgica	4 días	21 días
3	Abdominoplastia / Flor de Lis	6:10 horas	300	Dehiscencia herida quirúrgica Sangrado postoperatorio Anemia severa	7 días	22 días
4	Braquioplastia	3:20 horas	70	Ninguna	4 días	21 días
5	Abdominoplastia / Flor de Lis	5:20 horas	150	Hipertrofia cicatriz	4 días	35 días
6	Braquioplastia Mastopexia Toracoplastia	8:00 horas	350	Dehiscencia herida quirúrgica Hipertrofia cicatriz	2 días	45 días
7	Abdominoplastia	5:00 horas	250	Ninguna	3 días	33 días
8	Abdominoplastia	4:40 horas	250	Seroma Ombligo flotante	3 días	40 días

Todos los pacientes fueron sometidos al menos a 1 procedimiento quirúrgico del orden de cirugías de contorno corporal. Las cirugías más frecuentes fueron: abdominoplastia en un 62.5% (5/8); 37.5% braquioplastia (3/8); 12.5% mastopexia (1/8); y 12.5% toracoplastia (1/8); en conjunto con la abdominoplastia se realizó el procedimiento de flor de lis en el 37.5% de los casos (3/8). El 12.5% requirió más de un procedimiento quirúrgico (1/8) (Fig. 1-6).

La mediana del tiempo quirúrgico fue de 5 horas [IQR, 3.6-6.1] y la mediana del sangrado transoperatorio fue de 225 ml [IQR, 112.5-287.5]. La mediana de la estancia hospitalaria fue de 4 días [IQR, 3- 4] (Tabla II). El 75% de los casos en estudio presentaron al menos una complicación, solo los casos 4 y 7 no presentaron complicaciones. Las complicaciones más frecuentes fueron: dehiscencia de herida quirúrgica en el 50% de casos (4/8), 25% seroma (2/8), 25% hipertrofia de cicatriz (2/8) y el 12.5% presentó desinserción de neoombigo, con una dehiscencia del punto hacia fascia que quedó sin protrusión (1/8). El caso 3 tuvo como complicación sangrado postoperatorio y anemia severa secundaria; fue el único que requirió transfusión de 2 unidades de glóbulos rojos. Tras la transfusión, el paciente tuvo mejoría clínica y evolución satisfactoria y no precisó más intervenciones.

La mediana del tiempo para la reincorporación a la vida laboral fue de 30.5 días [IQR, 21.25-38.75].

Antes de la intervención quirúrgica de cirugía de contorno corporal los pacientes presentaban una mediana de puntuación en la escala Hamilton de 10.5 puntos [IQR, 8.5-16.5], encontrándose el 50% en depresión ligera/menor (4/8), el 25% en depresión moderada (2/8), el 12.5% en depresión severa (1/8), y el 12.5% no se encontraba deprimido según la escala (1/8).

Al evaluar la respuesta del paciente en términos de mejora de calidad de vida, funcionalidad, incorporación

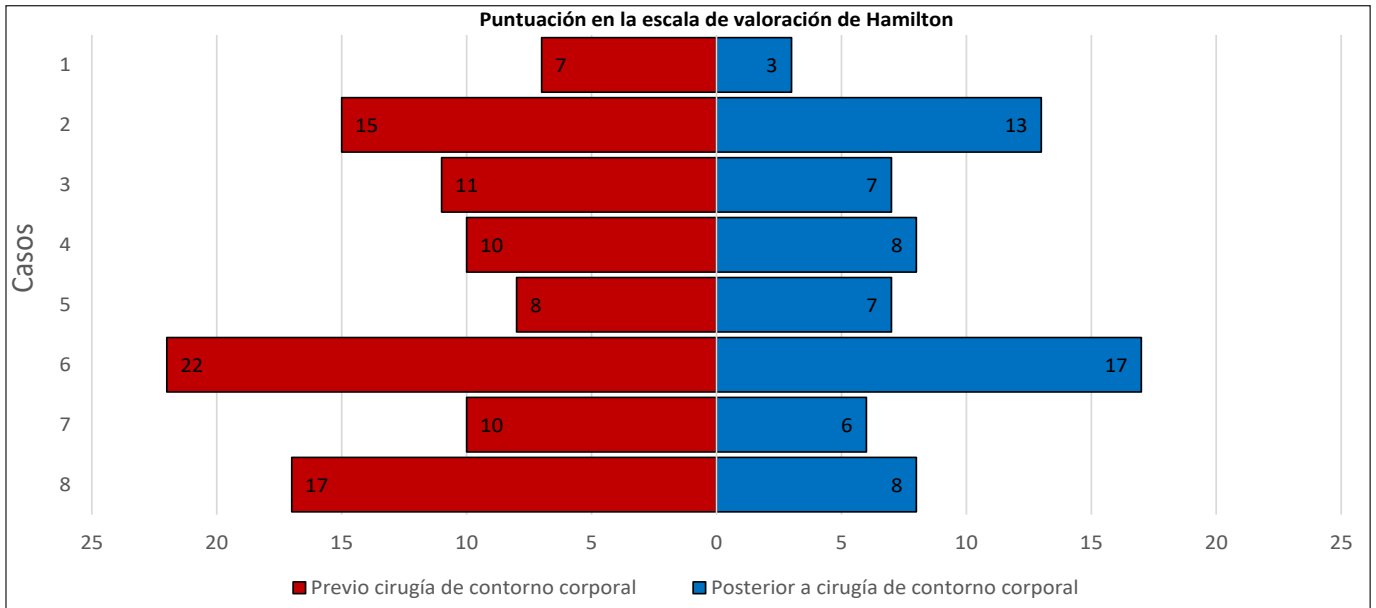
a la sociedad y autoimagen después de ser sometido a procedimientos de cirugía de contorno corporal tras pérdida masiva de peso, el 100% refiere haber mejorado su calidad de vida (8/8). Respecto a la evaluación postquirúrgica, la mediana de puntuación fue de 7.5 puntos [IQR, 6.25-11.8] 3 meses después de la intervención. El 50% no estaba deprimido (4/8), el 37.5% tenía una depresión ligera/menor (3/8), y el 12.5% presentaba una depresión moderada (1/8). El 100% de los pacientes tuvo una disminución de puntuación suficiente para cambiar de categoría. Los casos 2 y 8 presentaron una puntuación inicial que los categorizaba en depresión moderada y en la evaluación posterior presentaron disminución de puntuación recategorizándose como depresión ligera/menor. El caso 6 presentaba depresión severa según la puntuación inicial, y tras la cirugía se recategorizó en depresión moderada. Los casos 1 y 7 presentaron remisión de los síntomas (Gráfico 1).

Discusión

La obesidad es un factor de riesgo para todas las causas de muerte así como para enfermedades relevantes como hipertensión arterial, diabetes mellitus tipo II, cardiopatía coronaria, ciertas neoplasias malignas como el cáncer colorrectal y trastornos músculo-esqueléticos.^(10,11) La Federación Mundial de Obesidad (WOF – *World Obesity Foundation*) la ha definido como una enfermedad crónica, recurrente y progresiva, enfatizando en la necesidad de acción inmediata para su prevención y control.⁽¹¹⁾

El estudio realizado por Danilla y col. en 2018 establece que la cirugía bariátrica es el principal mecanismo para la disminución de peso.⁽⁴⁾ Está indicada en sujetos con obesidad mórbida (IMC > 40) u obesidad grado II (IMC entre 35-40), con comorbilidades asociadas.⁽¹²⁾ Sin embargo, en este estudio el principal mecanismo de pérdida ma-

Gráfico 1. Puntuación en la escala de valoración de Hamilton para la evaluación de depresión antes y después de la cirugía de contorno corporal en 8 pacientes con pérdida masiva de peso.



a Categorías de depresión según puntuación obtenida con la escala de valoración de Hamilton: No deprimido: 0-7 puntos. Depresión ligera/ menor: 8-13 puntos. Depresión moderada: 14-18 puntos. Depresión severa: 19-22 puntos. Depresión muy severa: ≥ 23 puntos.

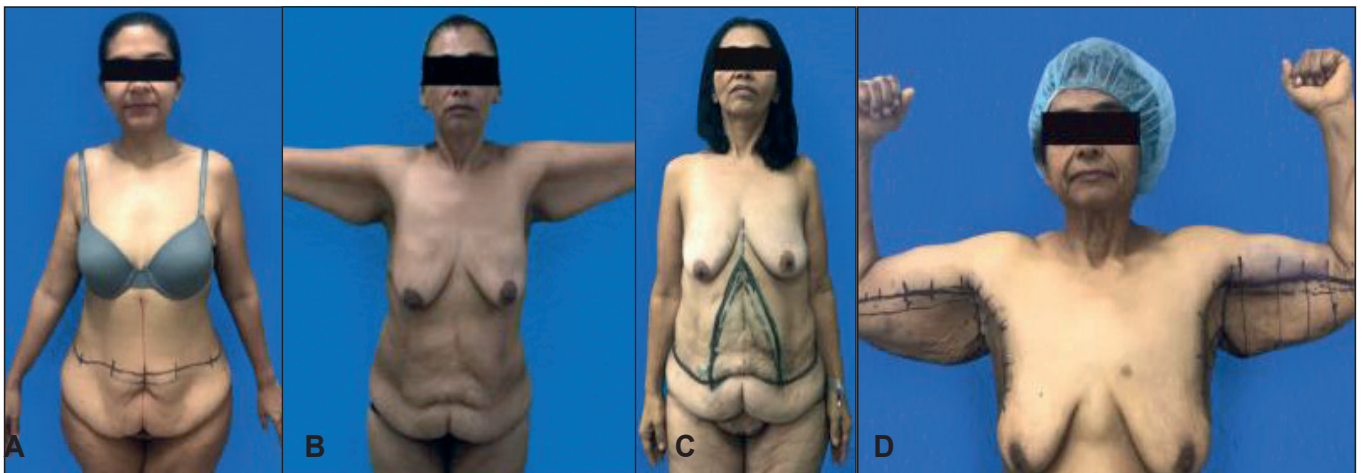


Figura 1. Preoperatorio casos pacientes grupo de estudio. A. Caso 1; B. Caso 2; C. Caso 3; D. Caso 4.



Figura 2. Preoperatorio casos pacientes grupo de estudio. A. Caso 5; B. Caso 6; C. Caso 7; D. Caso 8

siva de peso fue la dieta y el ejercicio (n=7). Cabe destacar que todos los pacientes de nuestro grupo de estudio pertenecen a un programa nacional de ejercicios físicos tipo aeróbico para pérdida de peso (Programa Honduras Actí-

vate), recibieron consejería nutricional y se sometieron a seguimiento clínico una vez iniciada la pérdida de peso, para ser admitidos al proceso de cirugías de remodelación corporal. La totalidad de los pacientes en estudio tuvieron

pérdida masiva de peso, que se define como una reducción ponderal superior al 50% del peso original que ocasiona alteraciones notorias de la imagen corporal.

Según Telich y col.,⁽¹³⁾ 9 de cada 10 pacientes que solicitan cirugía de contorno corporal son mujeres, principalmente en la cuarta década de la vida, lo que concuerda con nuestra serie de casos en la cual el 87.5% de la muestra fue de sexo femenino; sin embargo, el 62.5% estaba en la sexta década de la vida. Esto último podría explicarse debido al estado laboral de nuestras pacientes, ya que la mayoría eran jubiladas y con un estado socioeconómico elevado, lo que les proporciona mayor disponibilidad de tiempo para dedicarse al autocuidado y a la recuperación de un peso corporal más saludable.

Un paciente se convierte en un buen candidato para la cirugía de contorno corporal aproximadamente 1 año después de la pérdida de peso, cuando su peso se ha mantenido estable durante al menos 3 a 6 meses. Los mejores candidatos son los que tienen un IMC <30 kg/m², no tienen ninguna o pocas afecciones médicas, no fuman y tienen expectativas razonables. Los malos candidatos son los que tienen un IMC de 35 o más, son fumadores activos, tienen un mal estado médico general, toman anticoagulantes y tienen expectativas poco realistas.⁽⁴⁾

En nuestra serie, el peso corporal en el momento de evaluación para cirugía, una vez obtenida la pérdida masiva de peso, fue de 66 kg [IQR, 64.6-71.7], lo cual evidencia una reducción ponderal de 48.7 Kg [IQR, 35-66] al compararlo con el peso inicial del paciente, lo que significa una reducción significativa en un periodo de tiempo limitado. Al ser sometidos a cirugía, el IMC fue de 26.3 Kg [IQR, 25.4-26.8], 6 pacientes estaban en sobrepeso, 1 paciente eutrófico y 1 en obesidad grado II, lo que los convertía en buenos candidatos para ser sometidos a cirugía de contorno corporal.

La cirugía de contorno corporal involucra operaciones en todo el ámbito de la Cirugía Estética. Las que se realizan con más frecuencia son: abdominoplastia (anterior y circunferencial), mamoplastia de reducción y mastopexia, paniclectomía, braquioplastia y estiramiento de muslos,^(14,15) lo cual concuerda con nuestra serie en la que la cirugía más frecuente fue la abdominoplastia ampliada con flor de lis y la braquioplastia. De los 8 casos, solamente el caso 6 se sometió a más de un tipo de procedimiento de remodelación corporal: braquioplastia, mastopexia y toracoplastia (Fig. 2); es el caso que tenía mayor excedente cutáneo.

Señalar que nuestro hospital es un centro público en el que el tiempo de quirófano es limitado ya que hay numerosos pacientes en espera, razón por la cual no podemos realizar múltiples cirugías en un solo procedimiento quirúrgico. Además hay que considerar también que las

intervenciones las realiza un cirujano plástico acompañado de un residente de tercer año, lo que incrementa el tiempo por academia. Todo ello hace que los procedimientos múltiples deban ser secuenciados. El orden de procedimientos quirúrgicos se decide según la recomendación del cirujano y el gusto personal del paciente, acorde a mejorar la parte corporal que mayor incomodidad le acarrea en su calidad de vida. Consideramos que la decisión de iniciar el proceso reconstructivo debe tomarse de forma consensuada entre el equipo interdisciplinario encargado del procedimiento y el paciente, de esta manera se incrementa la seguridad del procedimiento quirúrgico.

En nuestro estudio observamos que aquellos pacientes que requirieron abdominoplastia simple (casos 7 y 8) presentaban obesidad grado II al iniciar el proceso de pérdida de peso y los pacientes que requirieron abdominoplastia ampliada en flor de lis (3/8), presentaban obesidad grado III. Estos datos sugieren que a mayor IMC antes de la pérdida masiva de peso, la abdominoplastia aumenta su complejidad y frecuencia como procedimiento requerido en la cirugía de contorno corporal. De igual manera, el IMC previo a la pérdida masiva de peso podría incrementar el número de procedimientos en el orden de la cirugía de contorno corporal, debido al mayor excedente de piel y tejido subcutáneo en distintas áreas corporales.

Asimismo, la tasa de complicaciones aumenta con el IMC.⁽¹⁶⁾ Entre las complicaciones más frecuentes se encuentran el hematoma, seroma, infección de la herida y dehiscencia de la herida. Según Danilla y col., las complicaciones menores presentan una incidencia reportada de entre el 20-70% en series internacionales. El seroma es por lo general la complicación más común en este tipo de cirugías, con una frecuencia del 13 al 37%, seguido por la dehiscencia de herida operatoria con entre el 22 al 30%.⁽⁴⁾ En nuestra serie de casos las complicaciones postquirúrgicas más frecuentes fueron: dehiscencia de herida quirúrgica (50%), seroma (25%) e hipertrofia de cicatriz (25%). Esto podría explicarse debido a que la pérdida de peso disminuye la elasticidad cutánea y ocasiona un exceso de laxitud, lo cual provoca flacidez de la piel, de los músculos y de los ligamentos dérmicos que a su vez derivan en una adaptación celular y corporal al cambio.⁽¹⁷⁾ La dehiscencia es la complicación más común en este tipo de procedimientos; se atribuye a cambios en la velocidad de la angiogénesis durante la reparación tisular y conlleva un cierre deficiente de las heridas quirúrgicas. Este estado metabólico deficiente también genera una pobre vascularización de los tejidos, con disminución de la tensión de oxígeno, de la síntesis de colágeno y de la capacidad para afrontar las infecciones.⁽¹⁸⁾ A nivel histológico, según explican Morales

y col.,⁽¹⁹⁾ los cambios dérmicos que se presentan tras la pérdida de peso están relacionados con una degradación de las fibras elásticas y de colágeno que habitualmente se inicia en la etapa adulta tardía o en la senectud, pero que en los pacientes con obesidad se acelera. Se produce por tanto un envejecimiento cutáneo prematuro. Así pues, el alto porcentaje de complicaciones que se producen en la herida quirúrgica de los pacientes que padecieron obesidad se encuentra directamente relacionado con el máximo grado de tensión cutánea que presentaron, de forma que a mayor obesidad, mayor deterioro. Consideramos por todo ello que la alta tasa de complicaciones presentes en nuestro estudio puede deberse a la masiva pérdida de peso que genera colgajos con pobre vascularización y limitada regeneración del colágeno necesario. Sin embargo, la incidencia de las complicaciones puede reducirse mediante el tratamiento adecuado de las comorbilidades antes, durante y después de la cirugía, asegurando que el paciente siga un control óptimo y mantenga un estado nutricional adecuado.⁽¹⁸⁾

Por otro lado, el estado psicológico del paciente es otro factor importante a tener en cuenta antes de la intervención quirúrgica en estos casos. Los pacientes obesos muestran mayores niveles de ansiedad y síntomas depresivos, siendo la depresión la comorbilidad psiquiátrica más común.⁽²⁰⁾ Los individuos con sobrepeso y obesidad, especialmente las mujeres, tienden a estar más insatisfechos con su cuerpo y con su apariencia externa que sus homólogos de peso normal.⁽²¹⁾ Debemos tener en cuenta el impacto psicológico que causa la cirugía de contorno corporal, principalmente por las altas expectativas de imagen corporal que el paciente se crea al terminar el proceso quirúrgico.

La literatura sobre la valoración de síntomas depresivos antes y después de la cirugía de contorno corporal por pérdida masiva de peso es limitada. Según un estudio realizado por Behrens y col. en 2021 los síntomas depresivos mejoraron moderadamente con la cirugía bariátrica, pero no se evaluó la mejora en el contexto de cirugía de contorno corporal.⁽²²⁾ En nuestro estudio, antes de iniciar el proceso de pérdida masiva de peso, el 50% mostraba una depresión ligera o menor, el 25% una depresión moderada y el 12.5% una depresión severa según las evaluaciones realizadas con la escala de depresión de Hamilton. Después de 3 meses de la cirugía de remodelación evaluamos nuevamente al paciente; el 50% mostraba datos de depresión, el 37.5% una depresión menor y el 12.5% una depresión moderada. Evidenciamos que el 100% de los pacientes tuvieron una mejoría en las puntuaciones de la escala de depresión de Hamilton tras la cirugía. Después de la eliminación del exceso cutáneo mejoró la percepción corporal que el paciente

tiene sobre su autoimagen, mejorando significativamente su calidad de vida y su estado psicológico al tener una mejor autoestima.

La cirugía de contorno corporal suele constituir la etapa final en el individuo que se somete a una pérdida masiva de peso mediante ejercicio, dieta y/o cirugía bariátrica. Este evento es habitualmente esperado con ansiedad por estos pacientes, que buscan cerrar el proceso con un nuevo inicio y una renovada fisonomía.⁽²¹⁾ Es necesario aconsejar al paciente respecto a los beneficios que puede esperar y las posibles complicaciones que puede sufrir. Mostrarle tanto los beneficios potenciales en su calidad de vida como las repercusiones en caso de plantearse expectativas demasiado altas. Las cirugías necesitan un equipo multidisciplinario que considere aspectos psicológicos del paciente. En nuestra experiencia, el orden quirúrgico de las cirugías de contorno corporal debe ser consensuado con el paciente, abordando inicialmente aquello que le incomode más en la percepción de su autoimagen. El objetivo final es que la cirugía de contorno corporal ofrezca múltiples beneficios y mejore diversos aspectos en la vida del paciente, como el aspecto físico, el funcional y el emocional.

Conclusiones

Nuestro estudio está limitado por su pequeño tamaño de muestra; no obstante, proporciona un seguimiento importante en la recogida sistemática de datos pre y postoperatorios sobre la condición antropométrica del paciente sometido a un procedimiento de remodelación corporal tras pérdida masiva de peso, sobre el procedimiento quirúrgico empleado y sobre los aspectos psicosociales que afectan al proceso de cirugía de contorno corporal, con el fin de proporcionar una comprensión más completa del impacto psicológico en el paciente, principalmente por las altas expectativas de imagen corporal que este se crea al terminar el proceso quirúrgico.

Consideramos que, en nuestra experiencia, la cirugía de contorno corporal mejora considerablemente el estado psicológico del paciente, su estilo de vida y autoestima al tener una mejor autopercepción corporal, siendo los beneficios logrados superiores a las complicaciones que se presentan durante el proceso quirúrgico.

Dirección del autor

Dr. César Bustillo Améndola
Hospital de Especialidades San Felipe
4R37+FX, Tegucigalpa, Honduras
Correo electrónico: amendola84@hotmail.com

Bibliografía

1. **Gutiérrez G, Madriz-Prado R. et al.** Obesidad. Pandemia del siglo XXI. *Revista de Sanidad Militar* 2018;72:332-238.
2. **Aguilera C, Labbé T, Busquets J, Venegas P, Neira C, Valenzuela Á.** Obesidad: ¿Factor de riesgo o enfermedad? *Rev Med Chil* 2019; 147(4):470-474.
3. **Cabbabe SW.** Plastic Surgery after Massive Weight Loss. *Mo Med* 2016; 113(3):202-206.
4. **Danilla ES, Domínguez CC, Ganz VJT, Troncoso OE, Ríos VM, Yamada TN et al.** Cirugía de contorno corporal en pacientes con pérdida masiva de peso en un hospital universitario. Estudio de frecuencias. *Rev Chil Cir* 2018;70(3):257-265.
5. **Troncoso OE, Danilla ES, Cuevas TP, Erazo C, Benítez S, Andrades P. et al.** Factores que afectan la calidad de vida en pacientes con cirugía de contorno corporal: estudio de cohorte. *Rev. cir.* 2020;72(5): 395-404.
6. **Behar R, Arancibia M, Heitzer C, Meza N.** Trastorno dismórfico corporal: aspectos clínicos, dimensiones nosológicas y controversias con la anorexia nerviosa. *Rev Med Chil.* 2016;144(5):626-633.
7. **Hurwitz DJ, Ayeni O.** Body Contouring Surgery in the Massive Weight Loss Patient. *Surg Clin North Am.* 2016;96(4):875-885.
8. **Orbell S, Schneider H, Esbitt S, Gonzalez JS, Shreck E, Batchelder A et al.** Hamilton Rating Scale for Depression (HAM-D). In: Gellman MD, Turner JR, editors. *Encyclopedia of behavioral medicine.* New York: Springer; 2013. Pp. 887-888.
9. **Depression:** management of depression in primary and secondary care | Guidance | NICE [Internet]. [cited 2021 Oct 25]. Disponible en: <https://www.nice.org.uk/guidance/CG23>
10. **Martin-Rodríguez E, Guillen-Grima F, Martí A, Brugos-Larumbe A.** Comorbidity associated with obesity in a large population: The APNA study. *Obes Res Clin Pract.* 2015; 9(5):435-447.
11. **Bray GA, Kim KK, Wilding JPH.** Obesity: a chronic relapsing progressive disease process. A position statement of the World Obesity Federation. *Obes Rev.* 2017;18(7):715-723.
12. **Wolfe BM, Kvach E, Eckel RH.** Treatment of Obesity: Weight Loss and Bariatric Surgery. *Circ Res.* 2016;118(11):1844-1855.
13. **Telich-Tarriba JE, Ángeles-Gaspar D, Ramírez-Sosa LE, Telich-Vidal J.** Cirugía postbariátrica: el último eslabón en el protocolo de cirugía metabólica. *Cir Plast.* 2020;30(3):172-173.
14. **Guerra SC, Yáñez MR.** Actualización en contorno corporal postbariátrico. *Revista Médica Clínica Las Condes.* 2016;27(1):83-92.
15. **American Society of Plastic Surgeons.** Plastic surgery statistics report: American Society of Plastic Surgeons Arlington Heights [Internet]; 2017 [Consultado el 18 10 2021]. Disponible en: <https://www.plasticsurgery.org/documents/News/Statistics/2017/plastic-surgery-statistics-full-report-2017.pdf>
16. **Shrivastava P, Aggarwal A, Khazanchi RK.** Body contouring surgery in a massive weight loss patient: An overview. *Indian J Plast Surg* 2008;41(Suppl):S114-129.
17. **Rincón-Rubio LL, Cemborain-Valarino M, Gil-Masroua BG, Bookaman-Salazar AM, López-Hoyo E.** Evaluación de cambios histopatológicos secundarios a cirugía bariátrica. *Cir. plást. ibero-latinoam.* 2018;44(4):379-387.
18. **Restrepo-Cano VR, Guerra-Urrego KA, Gaviria-López AF, Gómez-Gómez DI.** Complicaciones en cirugía de contorno corporal en pacientes postbariátricos: experiencia en un centro médico académico. *Cir. plást. ibero-latinoam.* 2018;44(1):47-55.
19. **Morales-Olivera JM, Plasencia Beltrán JC, Vázquez Mendoza X.** Cambios histológicos dérmicos tras pérdida masiva de peso y su repercusión en la herida quirúrgica en abdominoplastia. *Cir. plást. ibero-latinoam.* 2019;45(3):275-283.
20. **Robitzsch A, Schweda A, Hetkamp M, Niedergethmann M, Dörrie N, Herpertz S et al.** The Impact of Psychological Resources on Body Mass Index in Obesity Surgery Candidates. *Front Psychiatry.* 2020;11(649):1-9.
21. **Sarwer DB, Fabricatore AN.** Psychiatric considerations of the massive weight loss patient. *Clin Plast Surg.* 2008;35(1):1-10.
22. **Behrens SC, Lenhard K, Junne F, Ziser K, Lange J, Zipfel S et al.** Effects of Bariatric Surgery on Depression: Role of Body Image. *Obes Surg* 2021;31(4):1864-1868.

Comentario al artículo: "Complicaciones e impacto psicológico secundario a remodelación de contorno corporal en pacientes con pérdida masiva de peso: serie de casos".

J. Martín MORALES-OLIVERA

Cirujano Plástico Adscrito al Servicio de Cirugía Plástica Post Pérdida Masiva de Peso, Hospital General de Tláhuac, Ciudad de México, México. Profesor del Curso Universitario de Posgrado en Cirugía Plástica de la Secretaría de Salud del Gobierno de la Ciudad de México - Cirugía Postbariátrica - Universidad Nacional Autónoma de la Ciudad de México, México.

Antes que nada, muchas felicitaciones por el interés hacia la investigación dirigida a la población de pacientes postpérdida masiva de peso, pues las tasas de obesidad cada día siguen en un alarmante aumento en todo el mundo, y sobre todo en el continente americano, lugar donde surge también el artículo de Bustillo y col. Así pues y directamente proporcional a dicha tendencia, también se ha incrementado el número de protocolos de estudio en relación a la pérdida masiva de peso, pero la gran mayoría de los trabajos existentes se han enfocado a los resultados quirúrgicos (con justa razón dado que es nuestra área de especialización), pero dando poca relevancia al factor psicológico cuando este es de vital importancia tanto en el pre como en el postoperatorio.

Es por ello que el presente artículo toma una gran relevancia al tener como uno de sus objetivos principales reportar los aspectos psicosociales (calidad de vida, funcionalidad, incorporación a la sociedad y autoimagen) posteriores a la reconstrucción postbariátrica, pues aunque existen publicaciones como la de Sarwer y col., donde se hace un extenso hincapié en la evaluación psicológica previa al procedimiento no reportan resultados del estado depresivo posterior a la cirugía, por lo cual el artículo de Bustillo y col. resulta de mucho interés.⁽¹⁾

Asimismo, debo decir que fue un acierto incluir y evaluar en la serie de casos que presentan, procedimientos tanto de contorno corporal superior (3 casos) como inferior (5 casos), pues como bien es sabido, el gran in-

conveniente estético de dichas cirugías son las extensas cicatrices resultantes, que en ocasiones generan malestar en los pacientes sobre todo cuando estos no tienen una expectativa real de los resultados, y que influyen en su estabilidad emocional en el postoperatorio. Aun así, existen publicaciones en las que se menciona que hasta el 94% de los pacientes sometidos a grandes reconstrucciones se volvería a realizar la cirugía por los beneficios que esta les brindó, a pesar de una gran cicatriz.⁽²⁾

Por otra parte, es importante comentar también que la reconstrucción de cara y cuello postbariátrica toma cada vez más auge, sobre todo en pacientes jóvenes, pues su estado emocional se ve sumamente afectado cuando presentan secuelas cervicofaciales severas a edades tempranas, por lo que en ocasiones esta llega a ser la cirugía de primera elección, incluso antes que la del abdomen o la de la región mamaria o braquial.⁽³⁾ Comento lo anterior con miras a un futuro en el cual sería muy interesante que también puedan incluir dicha región en sus evaluaciones psicológicas postquirúrgicas.

Finalmente me gustaría felicitar de nuevo a los autores por el esfuerzo, pues como ellos mismos mencionan, a pesar de presentar una serie de 8 casos el trabajo cumple a la perfección con el objetivo y logra evaluar y correlacionar de forma muy clara los resultados quirúrgicos y psicológicos obtenidos. Les deseo que este sea el inicio de muchos más protocolos y series del maravilloso mundo de la cirugía postbariátrica.

Bibliografía

1. Sarwer DB, Thompson JK, Mitchell JE. Et. Al. Psychological Considerations of the Bariatric Surgery Patient Undergoing Body Contouring Surgery. *Plast Reconstr Surg* 2008; 121(6):423-434.
2. Godwin Y, Wood SH, O'Neill TJ. A comparison of the patient and surgeon opinion on the long-term aesthetic outcome of reduction mammoplasty. *Br J Plast Surg* 1998;51:444-449.
3. Morales-Olivera JM. Ritidoplastia y manejo del cuello postbariátrico: técnica con disección cervical extendida. *Cir plást Ibero-latinoam* 2021;47(3):261-274.

Respuesta al comentario del Dr. J.M. Morales-Olivera

César BUSTILLO AMÉNDOLA

Agradecemos sus palabras, las cuales nos llenan de orgullo conociendo su trayectoria y aportes al campo de la Cirugía Plástica en este ámbito. Consideramos vital el acompañamiento psicológico previo del paciente, puesto que la pérdida masiva de peso representa un cambio en el perfil físico del individuo; si bien es considerablemente importante para mejorar su salud y calidad de vida, provocará una nueva deformidad que lo separará del autoconcepto de imagen corporal que desea alcanzar, y debe ser consciente de estas limitaciones antes de someterse a un procedimiento de pérdida masiva de peso. Anteriormente lidiaba con un exceso de peso y ahora su nuevo problema serán los excesos de piel sobrante, que repercuten en su visualización física afectando igualmente su autoestima.⁽¹⁾

La obesidad es una enfermedad crónica con aumento vertiginoso; en Latinoamérica hay una tendencia al crecimiento por adoptar conductas de vida perjudiciales para la salud que repercuten de manera directa en su calidad de vida,⁽²⁾ y esta creciente incidencia trae consigo

aumento de procedimientos de cirugía bariátrica para recuperar el peso original y mejorar las expectativas de vida, que deben ser estudiadas y reportadas en sus diferentes enfoques (quirúrgicos, psicológicos, calidad de vida, etc.). Esperamos que esta investigación abra camino a estudios y series de casos que puedan dilucidar estos aspectos y brinden un panorama completo del tratamiento integral del paciente.

Sin más que agregar, agradecemos nuevamente las palabras del Dr. Morales-Olivera que nos motivan fuertemente a seguir investigando y aportando a la literatura nacional e internacional.

Bibliografía

1. Guerra C, Yáñez RM. Actualización en contorno corporal postbariátrico. *Revista Médica Clínicas Las Condes*. 2016; 27(1): 83-92.
2. Llamil-Kauak K. Cirugía plástica post cirugía bariátrica. *Revista Médica Clínica Las Condes*. 2010; 21(1):113-119.

