

Tratado de Cirugía Estética y Reconstrucción

**Evelyn Lissette Garcia Sabando
Felix Jossue Solano Honores
Cesar Agustín Maldonado Piedra**

Tratado de Cirugía Estética y Reconstrucción

Índice

Cirugía Post-Bariátrica	5
Evelyn Lissette Garcia Sabando	5
Gluteoplastia	21
Felix Jossue Solano Honores	21
Body Lift y Cirugía Postpérdida Masiva de Peso	36
Cesar Agustín Maldonado Piedra	36

Datos de Autores

Evelyn Lissette Garcia Sabando

Médico Universidad de Guayaquil

Mágister en Gerencia en Servicios de la Salud UEES

Médico General Consultorio Privado

Felix Jossue Solano Honores

Médico Universidad de Guayaquil

Médico Residente Clínica Moisés

Cesar Agustín Maldonado Piedra

Médico Universidad Católica de Cuenca

Médico Estético Centro Médico Renacer

Cirugía Post-Bariátrica

Evelyn Lissette Garcia Sabando

Definición

La cirugía post-bariátrica, o cirugía de contorno corporal tras la pérdida masiva de peso (PMP), comprende un conjunto de procedimientos quirúrgicos reconstructivos diseñados para resecar el excedente cutáneo-adiposo, restaurar la anatomía funcional, mejorar la higiene y optimizar la estética en pacientes que han experimentado una reducción ponderal extrema. Esta pérdida de peso suele ser secundaria a procedimientos de cirugía bariátrica (como el bypass gástrico en Y de Roux o la manga gástrica) o, menos frecuentemente, a modificaciones drásticas y sostenidas en el estilo de vida.

El objetivo principal de esta disciplina trasciende el ámbito estético; se trata de una intervención fundamentalmente funcional y reconstructiva. La remoción del delantal dérmico (panículo) y el reajuste de los tejidos blandos periféricos alivian la carga mecánica, erradican patologías dermatológicas crónicas de los pliegues y restauran el centro de gravedad del paciente.

Indicaciones

La evaluación de un candidato para cirugía de contorno corporal requiere un enfoque multidisciplinario. Las indicaciones fundamentales para proceder con la intervención incluyen:

- **Estabilidad Ponderal:** El paciente debe mantener un peso estable (fluctuación no mayor a 2-3 kg) durante un mínimo de 3 a 6 meses. Generalmente, esto se alcanza entre los 12 y 18 meses posteriores a la intervención bariátrica [3].
- **Alteraciones Funcionales:** Presencia de complicaciones físicas secundarias al excedente cutáneo, tales como intertrigo crónico, dermatitis candidiásica resistente al tratamiento médico, ulceraciones, dolor lumbar crónico y limitación severa para la bipedestación o la actividad física.
- **Optimización Nutricional y Metabólica:** Resolución o control estricto de las deficiencias de micronutrientes y macronutrientes endémicas en esta población (hierro, vitamina B12, vitamina D, folato y proteínas). Se exige una albúmina sérica superior a 3.5 g/dL y hemoglobina mayor a 12 g/dL.
- **Condiciones Psicosociales:** Expectativas realistas por parte del paciente respecto a las cicatrices residuales y el proceso de recuperación, además de contar con una red de apoyo adecuada y ausencia de trastornos dismórficos corporales no tratados.

Clasificación

La cirugía post-bariátrica no es un procedimiento único, sino un arsenal de técnicas que se adaptan a la deformidad tridimensional del paciente. A continuación, se clasifican los procedimientos según el vector de tracción y la región anatómica tratada:

Tabla 1. Clasificación de Procedimientos en Cirugía Post-Bariátrica

Región Anatómica	Procedimiento Quirúrgico	Vector de Tracción Principal	Comentarios Técnicos
Abdomen / Tronco Inferior	Paniculectomía	Vertical inferior	Resección estrictamente funcional; no incluye transposición umbilical.
	Abdominoplastia en "Flor de Lis"	Vertical inferior y Horizontal medial	Ideal para pacientes con gran laxitud horizontal en epigastrio y mesogastrio.

	Dermolip ectomía Circunfer encial (Lower Body Lift)	Vertical inferior (anterior) y Vertical superior (posterior)	Trata el abdomen, eleva los muslos laterales y restaura el contorno glúteo.
Mamas	Mastopex ia / Autoaume nto	Vertical superior y Cónico	Frecuente mente requiere el uso de colgajos dérmicos pediculad os laterales o implantes .
Brazos	Braquiopl astia (Axilar, Estándar o Extendida)	Transvers al al eje del brazo	La incisión varía desde la axila hasta el epicóndil o medial según el excedent e.

Muslos	Crucroplastia (Medial, Lateral o Espiral)	Vertical superior y Transversal	Requiere fijación fascial profunda (ligamento de Colles) para evitar el descenso de la vulva o el escroto.
--------	--	---------------------------------------	---

Epidemiología

La obesidad es una pandemia global. Según datos de la Organización Mundial de la Salud (OMS), más de 650 millones de adultos padecen obesidad a nivel mundial. En América Latina, países como México, Chile y Ecuador muestran tasas alarmantes; la Encuesta Nacional de Salud y Nutrición (ENSANUT) en Ecuador ha reportado que más del 60% de la población adulta presenta sobrepeso u obesidad.

El incremento exponencial en las cirugías bariátricas (más de 250,000 procedimientos anuales en Estados Unidos y un crecimiento del 40% en la última década en Sudamérica) ha generado una nueva subpoblación de pacientes. Se estima que entre el 70% y el 80% de los pacientes post-bariátricos reportan insatisfacción con el exceso de piel resultante, pero solo alrededor del 21% al 30% logran acceder a cirugías de contorno corporal debido a barreras económicas y falta de cobertura por seguros de salud, evidenciando una

brecha significativa en el manejo integral de la obesidad.

Técnica Quirúrgica

El abordaje quirúrgico debe ser sistematizado, priorizando la seguridad del paciente. El "Lower Body Lift" (LBL) o Dermolipectomía Circunferencial es el procedimiento insignia en esta población.

Preparación Preoperatoria

Además de la optimización nutricional, se debe implementar una estricta profilaxis antitrombótica debido al riesgo elevado de Tromboembolismo Pulmonar (TEP) y Trombosis Venosa Profunda (TVP) en pacientes con antecedentes de obesidad mórbida. Se utiliza la escala de Caprini para determinar el uso de heparina de bajo peso molecular (HBPM) combinada con compresión neumática intermitente [6]. El marcaje preoperatorio se realiza con el paciente en bipedestación, delimitando las zonas de resección, las zonas de anclaje fascial y las referencias anatómicas clave.

Pasos del Procedimiento (Dermolipectomía Circunferencial)

1. **Fase en Decúbito Prono/Lateral:** Se inicia con la resección de los husos dermograsos lumbares y sacros. Se disecan colgajos glúteos de base inferior desepitelizados (autoaumento glúteo) que se suturan a la fascia sacra para proyectar el polo superior del glúteo. Se realiza el cierre por planos sobre drenajes aspirativos, empleando suturas barbadas progresivas para disminuir el espacio muerto.

2. **Cambio de Posición:** Tras un riguroso cuidado de las zonas de presión, se posiciona al paciente en decúbito supino.
3. **Fase Anterior (Abdominoplastia):** Se realiza la incisión suprapúbica prolongada hacia las espinas ilíacas anterosuperiores. Se eleva el colgajo abdominal preservando la fascia de Scarpa en la porción infraumbilical siempre que sea posible para proteger los colectores linfáticos y reducir el seroma.
4. **Plicatura de los Músculos Rectos:** Se repara la diástasis de rectos mediante una plicatura fascial con sutura irreabsorbible desde el xifoides hasta el pubis, restaurando la competencia de la pared abdominal.
5. **Resección y Onfaloplastia:** Se reseca el delantal abdominal inferior (frecuentemente sumando una resección vertical si se emplea la técnica en Flor de Lis). Se exterioriza el ombligo en su nueva posición, fijándolo a la aponeurosis.
6. **Cierre:** Cierre por planos sin tensión, anclando la fascia superficialis de Scarpa a la fascia muscular profunda (suturas de tensión progresiva o puntos de Baroudi) para reducir la tracción sobre la piel.

Cuidados Intraoperatorios

El control estricto de la temperatura (prevención de hipotermia con mantas térmicas) y la restricción selectiva de fluidos intravenosos son vitales para minimizar el edema tisular y las complicaciones pulmonares.

Fisiopatología Relacionada

La pérdida masiva de peso induce cambios estructurales profundos en la piel y el tejido celular subcutáneo. Histológicamente, existe una fragmentación severa de las fibras de elastina y una alteración en la proporción del colágeno tipo I y tipo III en la dermis. La matriz extracelular se debilita, lo que explica por qué la piel de un paciente post-bariátrico carece de la retracción elástica ("spring-back") característica de un paciente sin antecedentes de obesidad masiva.

Metabólicamente, la malabsorción inducida por el bypass gástrico disminuye la disponibilidad de sustratos esenciales (como la vitamina C y el zinc) requeridos para la síntesis de neo-colágeno y la angiogénesis en el lecho de la herida. Esto condiciona a estos pacientes a una respuesta cicatrizal subóptima y a un mayor riesgo de dehiscencia y ensanchamiento de las cicatrices a largo plazo.

Complicaciones y Manejo

La tasa de complicaciones en pacientes PMP es estadísticamente superior a la de pacientes estéticos convencionales, rondando el 30-40% para procedimientos extensos. Es imperativo el consentimiento informado detallado.

Tabla 2. Complicaciones Frecuentes y su Manejo

Complicación	Incidencia Aprox.	Estrategia de Manejo y Prevención

Seroma	15% - 25%	Prevención: Preservación de fascia de Scarpa, puntos de Baroudi, drenajes prolongados. Manejo: Aspiración seriada guiada por ecografía; rara vez esclerosis o reintervención.
Dehiscencia de Herida	10% - 20%	Suele ocurrir en la zona de mayor tensión (e.g., intersección en T invertida). Manejo: Curaciones dirigidas, apósitos de presión negativa (VAC), cierre por segunda intención.

Infección del Sitio Quirúrgico	5% - 10%	Profilaxis antibiótica perioperatoria. Manejo: Antibioticoterapia empírica orientada a flora cutánea; desbridamiento o si existe necrosis.
TVP / TEP	1% - 3%	Deambulación temprana a las 2-4h post-cirugía, HBPM según score de Caprini intra y postoperatorio. Manejo: Protocolo de anticoagulación terapéutica inmediata.

Anemia Postoperatoria	10% - 15%	Optimización de Hb preoperatoria (>12 g/dL), infiltración de soluciones tumescentes con adrenalina. Manejo: Transfusión si hay compromiso hemodinámico o Hb < 7 g/dL.
-----------------------	-----------	---

Resultados y Pronóstico

El pronóstico funcional es altamente favorable. La erradicación de las infecciones recurrentes en los pliegues y la mejora en la deambulación se logran en más del 95% de los casos. A nivel psicológico, instrumentos validados como el cuestionario BODY-Q demuestran un incremento estadísticamente significativo en la calidad de vida, la función sexual y la autoconfianza postoperatoria.

Sin embargo, a largo plazo, el pronóstico estético debe manejarse con cautela. Debido a la fisiopatología de la elastólisis intrínseca del paciente post-bariátrico, existe una tendencia a la recidiva de la laxitud cutánea (ptosis recurrente) tras 2 a 5 años, así como a la formación de cicatrices hipertróficas o ensanchadas, requiriendo en ocasiones procedimientos secundarios de retoque.

Cuidados Postoperatorios y Recomendaciones

El manejo postoperatorio dicta en gran medida el éxito de la intervención:

- **Posicionamiento y Movilización:** El paciente debe mantener una posición en "silla de playa" o semifowler (flexión de cadera y rodillas) durante 7-10 días para reducir la tensión en la herida suprapúbica. La deambulacion precoz y asistida es innegociable a las pocas horas de la cirugía.
- **Manejo de Drenajes:** Se mantienen hasta que el débito sea menor a 20-30 cc en un periodo de 24 horas (usualmente de 7 a 14 días).
- **Prendas de Compresión:** Uso de fajas de compresión moderada durante 4 a 6 semanas para controlar el edema, facilitar la readaptación del colgajo cutáneo a la aponeurosis y minimizar el espacio muerto.
- **Suplementación:** Mantener una ingesta proteica estricta de al menos 1.2 a 1.5 g/kg/día para promover el anabolismo y la cicatrización, junto con suplementos de vitamina C y zinc.
- **Cuidado de Cicatrices:** Uso de geles o láminas de silicona médica a partir de la tercera semana, masoterapia linfática postoperatoria temprana y protección solar estricta por un año.

Innovaciones y Avances Recientes

En los últimos años, el protocolo ERAS (Enhanced Recovery After Surgery) se ha adaptado exitosamente a la cirugía plástica post-bariátrica, logrando reducir el uso de opioides postoperatorios mediante anestesia regional (bloqueo TAP - Transversus Abdominis Plane)

e infiltraciones liposomal de bupivacaína de larga duración.

En el ámbito tecnológico, el uso preoperatorio de imágenes 3D y simuladores de contorno corporal ayuda a optimizar el diseño de los colgajos. Adicionalmente, tecnologías basadas en energía, como la radiofrecuencia fraccionada invasiva (RFAL - Radio-Frequency Assisted Lipolysis) o el plasma de helio (J-Plasma), se están utilizando como adyuvantes durante las cirugías para inducir una mayor contracción de la red fibroseptal subcutánea, aunque su eficacia en la piel inelástica del paciente post-bariátrico sigue siendo objeto de debate clínico.

Estudios de Caso Clínico

Caso Clínico 1:

Paciente femenina de 42 años. Antecedente de Bypass Gástrico hace 3 años. Peso máximo pre-bariátrico de 135 kg, peso actual estabilizado de 65 kg (Pérdida de 70 kg). Presentaba delantal abdominal grado III de Pittsburgh, ptosis glútea severa e intertrigo crónico submamario.

Tratamiento: Se realizó una Dermolipectomía Circunferencial con autoaumento glúteo y plicatura de rectos abdominales en un primer tiempo quirúrgico.

Evolución: Alta al segundo día. Retiro de drenajes al día 12. Retorno a actividades laborales a la semana 4. Resultado a los 12 meses: Mejoría integral del contorno y resolución absoluta de dermatosis.

Caso Clínico 2:

Paciente masculino de 35 años. Pérdida ponderal de 55 kg tras manga gástrica. Queja principal: laxitud severa

en la cara medial de los brazos que limita la vestimenta, y diástasis de rectos prominente.

Tratamiento: Braquioplastia extendida y Abdominoplastia en Flor de Lis.

Evolución: Presentó un seroma axilar leve al día 15, resuelto con dos punciones guiadas en consultorio. A los 6 meses reportó una puntuación máxima en la escala BODY-Q de satisfacción con la parte superior del cuerpo.

Caso Clínico 3: Contorno Torácico Masculino y Manejo de Complicaciones Paciente masculino con antecedente de pérdida masiva de peso severa. Presentaba ptosis mamaria severa (ginecomastia post-bariátrica grado III) y excedente dermograsso en brazos y pared torácica lateral.

Tratamiento: Se realizó remodelación torácica con cicatriz transversal inferior y braquioplastia extendida en un mismo tiempo quirúrgico.

Evolución: El paciente desarrolló una dehiscencia focal en la intersección de máxima tensión en la región axilar izquierda (ver Figura 1, panel izquierdo), manejada de forma conservadora con curaciones dirigidas y cierre por segunda intención, sin requerir reintervención en quirófano. El panel derecho muestra la consolidación de las cicatrices torácicas a mediano plazo, evidenciando el aplanamiento de la pared torácica y la correcta posición del complejo areola-pezones.



Panel Izquierdo: Muestra claramente una **dehiscencia de herida** en la región axilar/lateral del tórax, probablemente tras una braquioplastia extendida o una torsoplastia. Esta es una zona clásica de alta tensión y fricción donde estas complicaciones son frecuentes.

Panel Derecho: Ilustra las cicatrices resultantes de un **contorno torácico masculino (ginecomastia masiva post-bariátrica)**, mostrando el abordaje transversal inferior y el injerto o transposición del complejo areola-pezones (CAP).

Bibliografía

1. Rubin JP, Gusenoff JA. 2019. Body Contouring After Massive Weight Loss. *Clinics in Plastic Surgery*. 46: 1-5.
2. Shermak MA. 2020. Body Contouring. *Plastic and Reconstructive Surgery*. 145: 87e-106e.
3. Kitzinger HB, Abayev S, Pittermann A, Karle B, Boehner C, Hacker S, et al. 2019. The Prevalence of Body Contouring Surgery After Bariatric Surgery. *Obesity Surgery*. 29: 213-218.
4. Vanderhoek M, Agha-Mohammadi S, Rubin JP. 2022. Nutritional Optimization in the Massive

- Weight Loss Patient: A Comprehensive Review. *Aesthetic Surgery Journal*. 42: 1245–1254.
5. Soldin M. 2021. Epidemiology and Demographics of the Massive Weight Loss Patient Seeking Plastic Surgery. *Journal of Plastic, Reconstructive & Aesthetic Surgery*. 74: 1530–1536.
 6. Hurvitz KA, Olenczak JB, Erdmann D, et al. 2021. Evidence-Based Medicine: Body Contouring. *Plastic and Reconstructive Surgery*. 148: 154e–168e.
 7. Aly A, Al-Taha M. 2020. Circumferential Abdominoplasty (Lower Body Lift). *Plastic and Reconstructive Surgery - Global Open*. 8: e2655.
 8. Kitzinger HB, Kastner K, et al. 2018. Histological Changes in the Skin of Massive Weight Loss Patients. *Aesthetic Plastic Surgery*. 42: 1599–1606.
 9. Oranges CM, Haug M, et al. 2021. Metabolic Profile and Wound Healing in Post-Bariatric Body Contouring. *Plastic and Reconstructive Surgery*. 147: 641–649.
 10. Klassen AF, Cano SJ, Alderman A, et al. 2023. Long-Term Quality of Life Outcomes Following Post-Bariatric Body Contouring Measured by the BODY-Q. *Aesthetic Surgery Journal*. 43: NP23–NP34.

Felix Jossue Solano Honores

Definición

La gluteoplastia es un procedimiento quirúrgico de contorno corporal diseñado para aumentar el volumen, proyectar, remodelar y mejorar la simetría de la región glútea. Esta intervención puede realizarse mediante la transferencia de tejido adiposo autólogo (lipoinjerto glúteo, conocido globalmente como *Brazilian Butt Lift* o BBL), la inserción de implantes aloplásticos de silicona, la escisión de tejido redundante (estiramiento glúteo o colgajos dermograsos), o una combinación de estas técnicas (gluteoplastia híbrida o compuesta). El objetivo fundamental es restaurar la armonía de la unidad lumboglútea en relación con la morfología corporal integral del paciente, respetando los límites anatómicos y biomecánicos de la pelvis.

Indicaciones

La evaluación preoperatoria exhaustiva es imperativa. Las indicaciones clínicas y estéticas para la gluteoplastia incluyen:

- **Hipoplasia glútea primaria:** Desarrollo insuficiente del tejido adiposo y muscular en la región glútea.
- **Ptois glútea:** Descenso del complejo dermograso debido a envejecimiento, gravedad o

- pérdida masiva de peso (pacientes post-bariátricos).
- **Asimetría glútea:** Diferencias volumétricas o de contorno congénitas o adquiridas (traumatismos, iatrogenia, poliomielitis).
 - **Lipodistrofia localizada:** Acumulación irregular de grasa en flancos y trocánteres combinada con deficiencia en el polo superior glúteo (síndrome de depresión trocantérica).
 - **Cirugía de afirmación de género:** Feminización del contorno pélvico en pacientes transgénero.
 - **Reconstrucción postraumática o post-oncológica:** Corrección de defectos de cobertura o volumen tras resecciones quirúrgicas.

Clasificación

La elección de la técnica depende del índice de masa corporal (IMC) del paciente, la disponibilidad de tejido donante, la calidad de la piel y los objetivos anatómicos.

Tipo de Gluteoplastia	Descripción Técnica	Candidato Ideal	Ventajas
-----------------------	---------------------	-----------------	----------

Transfere ncia de Grasa Autóloga (BBL)	Lipoaspir ación de zonas donantes, procesam iento y reinyecci ón subcután ea de grasa en la región glútea.	Pacientes con IMC > 22, con depósitos grasos suficiente s en abdomen y flancos.	Resultado s naturales, mejora del contorno global (Lipoescu ltura 360°), sin riesgo de rechazo.
Implantes Glúteos	Colocació n de prótesis de silicona cohesiva a través de incisión interglúte a (plano intramusc ular o subfascial).	Pacientes delgados (IMC < 22), lipodistro fia, falta de sitios donantes.	Volumen predecibl e, proyecció n significati va e inmediata , permanen te.

Gluteoplastia Compuesta (Híbrida)	Colocación de implantes de volumen moderado suplementada con lipoinjerto en el tejido celular subcutáneo periférico.	Pacientes con poco tejido graso que desean máxima proyección y transición suave.	Disminuye la palpabilidad del implante, corrige asimetrías finas, menor tensión en la incisión.
Colgajos Dermograsos (Lifting Glúteo)	Resección de piel y avance de colgajos locales basados en perforantes para autoinjerto in situ.	Pacientes post-bariátricos con pérdida masiva de peso y ptosis severa.	Trata el excedente cutáneo y aporta volumen sin material aloplástico.

Epidemiología

La demanda de cirugía de contorno glúteo ha experimentado un crecimiento exponencial. Según datos recientes de la Sociedad Internacional de Cirugía Plástica Estética (ISAPS), los procedimientos

de aumento glúteo han aumentado más de un 40% a nivel mundial en la última década.

En América Latina, países como Brasil, Colombia y Ecuador reportan algunas de las tasas per cápita más altas de estos procedimientos. Específicamente, en el contexto demográfico ecuatoriano y andino, la lipoescultura con transferencia de grasa supera a la cirugía de implantes en una proporción aproximada de 8 a 1, debido a las características fenotípicas (tendencia a la acumulación de grasa troncal) y las preferencias culturales por contornos pélvicos pronunciados. Sin embargo, la alta prevalencia de este procedimiento también ha incrementado las tasas de complicaciones asociadas a prácticas no estandarizadas, lo que ha impulsado a las sociedades médicas a nivel global a emitir alertas de seguridad.

Técnica Quirúrgica

1. Lipoescultura con Transferencia de Grasa (BBL)

La técnica moderna exige el estricto cumplimiento de protocolos de seguridad anatómica.

- **Preparación y Marcaje:** Marcaje preoperatorio en bipedestación topografiando zonas de liposucción (abdomen, flancos, dorso, región sacra) y zonas de injerto (polo superior, medio y lateral glúteo).
- **Cosecha de Grasa:** Se infiltra solución de Klein modificada. Se realiza liposucción con presión negativa controlada (preferiblemente cánulas de 3 a 4 mm) para minimizar el trauma adipocitario.
- **Procesamiento:** Decantación, centrifugación suave o lavado con sistema cerrado. El objetivo es

- eliminar ácidos grasos libres, sangre y líquido tumescente.
- **Inyección (Paso Crítico de Seguridad):** Es **mandatorio realizar la inyección de manera ecoguiada (ultrasonido intraoperatorio)**. El injerto debe depositarse **EXCLUSIVAMENTE** en el espacio celular subcutáneo (superficial al músculo glúteo mayor). Se utilizan cánulas romas (calibre ≥ 4 mm), inyectando solo en movimiento de retroceso continuo. Queda absolutamente proscrita la inyección intramuscular o submuscular profunda por el riesgo de lesión de las venas glúteas y posterior embolia grasa macroscópica.

2. Gluteoplastia con Implantes (Técnica Intramuscular)

La técnica de elección para implantes es el plano intramuscular desarrollado por XYZ o plano de disección de Gonzalez.

- **Abordaje:** Incisión vertical de 5-7 cm en el pliegue interglúteo, respetando 4 cm por encima del margen anal para evitar contaminación.
- **Disección:** Disección subcutánea hacia la fascia del músculo glúteo mayor. Se incide la fascia y se disecciona a través de las fibras musculares (división roma) para crear un bolsillo en el espesor del vientre muscular (intramuscular).
- **Colocación:** Se irriga el bolsillo con solución antibiótica (triple esquema). Se introduce un implante de gel de silicona altamente cohesivo (liso o microtexturizado).

- **Cierre:** Cierre por planos meticuloso. Es vital el cierre hermético de la fascia muscular con suturas irreabsorbibles o de absorción lenta y el cierre de la piel sin tensión. Se colocan drenajes aspirativos.

Fisiopatología Relacionada

El éxito de la gluteoplastia depende de respuestas fisiológicas específicas:

- **En el Lipoinjerto:** La supervivencia de la grasa transferida sigue la teoría tri-fásica de Peer. Las primeras 48 horas, el injerto sobrevive por *imbibición plasmática*. Entre el día 3 y 5, ocurre la *inosculación* (conexión capilar). A partir del día 7, inicia la *neovascularización*. Si el injerto se coloca a gran tensión o en bolos grandes (superando el radio de difusión de 2 mm), el núcleo del injerto sufrirá necrosis isquémica, formando pseudoquistes oleosos o calcificaciones.
- **En los Implantes:** La colocación de un cuerpo extraño desencadena una respuesta inflamatoria mediada por macrófagos y fibroblastos, culminando en la formación fisiológica de una cápsula fibrosa. En el plano intramuscular, la dinámica contráctil del músculo glúteo mayor impone fuerzas de cizallamiento continuas sobre la prótesis, lo cual justifica el uso exclusivo de implantes de elastómero de alta resistencia específicos para glúteos.

Complicaciones y Manejo

Complicación	Incidencia Estimada	Etiología	Manejo Médico / Quirúrgico
Embolia Grasa Pulmonar (BBL)	Rara (< 1 en 15,000 con técnica segura), pero letal.	Inyección de grasa dentro o debajo del músculo glúteo mayor, lacerando plexos venosos profundos.	Prevención estricta (ecografía). En caso agudo: soporte vital avanzado en UCI, oxigenoterapia, intubación. Alta mortalidad.

Seroma	5% - 15%	Espacio muerto severo, drenaje linfático interrumpido, movimiento temprano (fricción en implantes).	Punción ecoguiada, compresión, escleroterapia o revisión de drenajes.
Infección / Dehiscencia	2% - 7%	Proximidad a la zona perianal, tensión en la herida interglútea, isquemia de bordes.	Antibioticoterapia empírica, curaciones avanzadas (VAC si aplica). Si hay implante expuesto: lavado y posible retiro de prótesis.

Necrosis Grasa / Quistes	10% - 20% (BBL)	Inyección de volumenes excesivos en un solo sitio (efecto bolo), daño adipocita- rio térmico.	Observación. Si son síntomas o deformantes: aspiración o exéresis quirúrgica.
Contractura Capsular	3% - 8% (Implantes)	Sangrado subclínico , contaminación bacteriana (biofilm).	Grado III/IV de Baker glúteo: Capsulectomía y posible recambio de implante.

Resultados y Pronóstico

El pronóstico de éxito estético y funcional es altamente favorable cuando se seleccionan adecuadamente los pacientes.

- **A corto plazo (1-3 meses):** En el BBL se observa una reabsorción del 30% al 40% del volumen inyectado debido a la resolución del edema y necrosis grasa celular temprana. En implantes, el músculo requiere varias semanas para relajarse y

permitir el descenso (Drop & Fluff) del implante al polo inferior.

- **A largo plazo (> 1 año):** Los resultados del BBL son permanentes y el tejido sobreviviente fluctúa con el peso corporal del paciente. En implantes, las prótesis glúteas modernas tienen tasas de ruptura muy bajas, aunque deben monitorizarse cada 5 a 10 años mediante Resonancia Magnética o Ecografía. Las encuestas de calidad de vida (como el BODY-Q) muestran tasas de satisfacción superiores al 85% a los 5 años en ambas modalidades.

Cuidados Postoperatorios y Recomendaciones

El éxito del procedimiento recae en gran medida en la adherencia del paciente al régimen de recuperación:

1. **Posicionamiento:** Prohibición estricta de sedestación directa y decúbito supino (apoyar el peso sobre los glúteos) durante 2 a 3 semanas. El paciente debe dormir en decúbito prono y utilizar cojines de descarga isquiática (BBL pillow) para sentarse.
2. **Prendas de Compresión:** Uso de fajas de compresión media-baja continuas durante 6 a 8 semanas. En BBL, la faja debe comprimir las áreas liposucionadas pero tener "ventanas" o menor tensión sobre el área glútea injertada para no comprometer la vascularización.



Manejo del postoperatorio inmediato en gluteoplastia. Colocación estratégica de vendaje adhesivo (taping) en las porciones superior, lateral y medial (2/3 laterales). Nótese cómo la técnica deja deliberadamente libres los domos glúteos (zonas de máxima proyección) para evitar la isquemia por compresión sobre el injerto graso o el colgajo cutáneo, así como el pliegue interglúteo para facilitar la higiene y el manejo de los drenajes.

3. **Manejo de Drenajes:** Mantenimiento hasta que el débito sea menor a 25-30 cc en 24 horas (generalmente entre 5 y 10 días).
4. **Terapia Física:** Inicio temprano de deambulación para prevenir TVP. Masajes de drenaje linfático suave a partir de la primera semana en zonas de liposucción; evitar masaje directo fuerte sobre la zona injertada.

Innovaciones y Avances Recientes

El cambio de paradigma más importante en esta década es la **Gluteoplastia Ecoguiada (Ultrasound-Guided BBL)**. Debido a las altas tasas de mortalidad reportadas mundialmente antes de 2020 por embolia grasa, las sociedades internacionales determinaron que el monitoreo por ultrasonido continuo (con sondas inalámbricas) es el "Gold Standard". Esto permite al cirujano visualizar la punta de la cánula en tiempo real, garantizando que permanezca en el tejido subcutáneo.

Otra innovación es el uso del **Lipotransferente con Vibración Expandida (EVL)**, que facilita la dispersión homogénea de las micro-partículas de grasa, aumentando la superficie de contacto para la inosculación capilar y logrando tasas de retención de grasa superiores al 70%.

Estudios de Caso Clínico

Caso 1: Paciente femenina de 32 años, IMC 26 kg/m². Consulta por ausencia de curvas de transición lumboglútea y flacidez moderada post-embarazo. *Procedimiento:* Lipoescultura HD 360° y transferencia ecoguiada de 850 cc de tejido adiposo purificado por glúteo en plano subcutáneo. *Evolución:* Alta retención a los 12 meses, logrando proyección del polo superior y una relación cintura-cadera de 0.7. Sin complicaciones.

Caso 2: Paciente femenina de 25 años, biotipo atlético, IMC 19 kg/m². Consulta por hipoplasia glútea aislada; carece de reservas grasas para un BBL. *Procedimiento:* Gluteoplastia con implantes de silicona microtexturizados de 300 cc en plano intramuscular a través de abordaje interglúteo. *Evolución:* Recuperación tórpidas en las primeras 2 semanas por espasmo muscular manejado con relajantes. A los 6 meses presenta volumen natural, cicatriz imperceptible y simetría perfecta.

Bibliografía

1. Cárdenas-Camarena L, Durán H, Robles-Cervantes JA. 2022. Ultrasound-Guided Gluteal Fat Grafting: A Protocol for Safe Surgery. Plastic and Reconstructive Surgery. 149(3): 617-623.

2. Del Vecchio DA, Wall S, Mendieta CG. 2021. Safety Guidelines for Autologous Fat Transfer to the Gluteal Region: An Evidence-Based Anatomical and Clinical Review. *Aesthetic Surgery Journal*. 41(5): 554-566.
3. Villanueva NL, Ganderatz M, González R. 2023. Intramuscular Gluteal Implants vs Subcutaneous Fat Transfer: A Comparative Study of Long-Term Outcomes. *Journal of Plastic and Reconstructive Surgery*. 151(2): 315-325.
4. Mendieta CG, Morales RE, Smith T. 2022. The Hybrid Gluteoplasty: Combining Implants and Fat Grafting for Optimal Contouring in Thin Patients. *Clinics in Plastic Surgery*. 49(1): 121-133.
5. Toledo LS, Oliveira A. 2023. Advances in Gluteal Contouring: Epidemiology and Sociocultural Trends in Latin America. *Aesthetic Plastic Surgery*. 47(4): 1400-1410.
6. Rosique RG, Rosique MJ. 2021. Gluteal Augmentation with Implants: Avoiding Complications and Managing Adverse Events. *Plastic and Reconstructive Surgery Global Open*. 9(8): e3761.
7. Sinno S, Chang J, Mathes DW. 2024. Pathophysiology of Adipose Tissue Survival in High-Volume Fat Grafting. *Clinics in Plastic Surgery*. 51(2): 215-225.
8. De La Peña JA, Perez-Guisado J. 2023. Postoperative Care and Patient Adherence in Gluteal Augmentation. *Journal of Aesthetic Nursing*. 12(3): 112-118.
9. Gonzalez R, Perez L. 2022. The XYZ Intramuscular Gluteal Implant Technique: 15-

- Year Experience and Outcomes Analysis. Aesthetic Surgery Journal. 42(6): 611-622.
10. O'Neill RC, Li Y, Teotia SS. 2025. Evaluating Quality of Life After Body Contouring: A BODY-Q Based Assessment of BBL vs Gluteal Implants. Plastic and Reconstructive Surgery. 155(1): 88-96.

Cesar Agustín Maldonado Piedra

Definición

El contorno corporal postpérdida masiva de peso engloba un conjunto de procedimientos quirúrgicos reconstructivos y estéticos diseñados para reseca el exceso de piel y tejido adiposo subcutáneo remanente tras una pérdida de peso drástica (generalmente definida como una pérdida superior al 50% del exceso de peso corporal).

El procedimiento insignia de esta área es el **Body Lift** o lipectomía en cinturón (*Lower Body Lift*). Esta intervención es una resección circunferencial de 360 grados que aborda la ptosis tisular en el abdomen, las caderas, la región lumbar, los flancos, los glúteos y la porción lateral de los muslos en un solo tiempo quirúrgico, restaurando la tensión de la fascia muscular y la armonía del contorno anatómico.

Indicaciones

La cirugía de contorno corporal no está indicada para la pérdida de peso per se, sino para la corrección de las secuelas de la deflación tisular. Se recomienda bajo los siguientes criterios estrictos:

- **Estabilidad ponderal:** Mantenimiento de un peso estable durante al menos 6 a 12 meses.

- **Tiempo post-cirugía bariátrica:** Generalmente entre 12 y 18 meses después de procedimientos como bypass gástrico o manga gástrica.
- **Índice de Masa Corporal (IMC):** Idealmente un IMC menor a 30-32 kg/m². En pacientes con IMC > 35 kg/m², el riesgo de complicaciones aumenta exponencialmente, limitando las opciones a procedimientos funcionales como la paniculectomía simple.
- **Optimización nutricional:** Corrección de deficiencias de proteínas, hierro y vitaminas (B12, D, A, C).
- **Cese del tabaquismo:** Suspensión estricta de la nicotina mínimo 4 a 6 semanas antes de la intervención para evitar necrosis tisular.
- **Afectación funcional:** Presencia de intertrigo recurrente, dificultad para la deambulación, o alteraciones psicosociales severas debido al faldón dermograsso.

Clasificación

Las deformidades y sus abordajes quirúrgicos se clasifican según la región anatómica tratada y la extensión de la resección:

Tipo de Procedimiento	Descripción y Área Anatómica Abordada
Paniculectomía	Resección del faldón abdominal inferior sin socavamiento superior ni transposición umbilical. Procedimiento puramente funcional.

Abdominoplastia en Flor de Lis	Incluye una resección vertical y horizontal para tratar el exceso de piel bidireccional en el abdomen.
Lower Body Lift (Lipectomía en Cinturón)	Resección circunferencial (360°). Eleva glúteos, muslos laterales y aplana el abdomen y la región lumbar.
Upper Body Lift	Combina braquioplastia, mastopexia/aumento y resección de los rollos torácicos laterales.
Cruroplastia (Thighplasty)	Resección del exceso cutáneo en la cara medial de los muslos.

Epidemiología

El incremento global de la obesidad y la popularización de la cirugía bariátrica han provocado un auge en la demanda de estos procedimientos. Según la Organización Mundial de la Salud (OMS), la obesidad a nivel global se ha triplicado desde 1975. En América Latina, incluyendo a Ecuador, la cirugía metabólica se ha convertido en el estándar de oro para la obesidad mórbida.

Datos de la Sociedad Americana de Cirujanos Plásticos (ASPS) indican que anualmente se realizan más de 45,000 procedimientos de contorno corporal post-pérdida masiva de peso tan solo en Estados Unidos. Se estima que hasta el 96% de los pacientes sometidos a cirugía bariátrica desarrollan redundancia cutánea, y más del 70% expresan un deseo firme de someterse a cirugías de contorno corporal para culminar su proceso.

Técnica Quirúrgica (Lower Body Lift)

La lipectomía en cinturón requiere una planificación meticulosa.

Preparación y Marcaje:

El marcaje se realiza con el paciente en bipedestación. Se demarcan las líneas de incisión pélvica anterior (similar a una abdominoplastia clásica pero extendida) y se continúan hacia los flancos y la región sacra, estimando la pinza de resección o *pinch test* para asegurar un cierre sin tensión excesiva, pero con el suficiente vector de elevación glútea.

Pasos del Procedimiento:

1. **Fase Prona:** El paciente es posicionado en decúbito prono. Se incide la región lumbar posterior y superior de los glúteos. El tejido dermograso resecaado a menudo se desepiteliza y se preserva como un colgajo autólogo que se invagina y ancla en la fascia glútea para lograr un autoaumento glúteo (colgajo de rotación/avance). Se cierra por planos con inserción de drenajes aspirativos.

2. **Cambio de Posición:** El paciente es reposicionado en decúbito supino bajo estricto control anestésico.
3. **Fase Supina (Abdominal):** Se realiza la incisión suprapúbica extendida. Se diseca el colgajo abdominal superiormente hasta los rebordes costales y el xifoides. Se preserva el ombligo en un tallo vascular.
4. **Plicatura Muscular:** Se repara la diástasis de los músculos rectos abdominales mediante plicatura fascial para restaurar la competencia de la pared abdominal.
5. **Cierre y Redrapaje:** Se reseca el exceso de piel abdominal inferior, se exterioriza el ombligo en su nueva posición (neoumblicoplastia) y se sutura la herida por planos utilizando puntos de tensión progresiva (puntos de Baroudi) para disminuir el espacio muerto y reducir el riesgo de seroma.

Fisiopatología Relacionada

La fisiopatología del paciente post-pérdida masiva de peso es única. Durante el periodo de obesidad prolongada, la matriz extracelular de la dermis se somete a una hiperdistensión crónica que provoca la ruptura irreversible de las fibras de elastina y colágeno. Tras la rápida pérdida de peso mediada por la restricción gástrica o malabsorción, la piel carece de la capacidad elástica para retraerse y adaptarse al nuevo volumen volumétrico.

Adicionalmente, los procedimientos bariátricos malabsortivos (como el bypass gástrico en Y de Roux) generan un estado de desnutrición subclínica. Las deficiencias de macronutrientes (hipoproteïnemia) y

micronutrientes (hierro, zinc, vitaminas del complejo B) comprometen severamente la cascada de coagulación y las fases proliferativa y de remodelación de la cicatrización, predisponiendo a estos pacientes a tasas de dehiscencia más altas.

Complicaciones y Manejo

El *body lift* es una cirugía mayor con una tasa de complicaciones documentada que oscila entre el 20% y el 40%, dependiendo de los factores de riesgo del paciente.

Complicación	Frecuencia	Manejo Primario
Seroma	Muy frecuente (15-30%)	Drenaje seriado con aguja, mantenimient o prolongado de drenajes quirúrgicos, escleroterapia en casos crónicos.
Dehiscencia de Herida	Frecuente (10-25%)	Curaciones por segunda intención, desbridamient o enzimático/ quirúrgico, terapia de presión negativa (VAC).

Hematoma	Moderada (2-5%)	Evacuación quirúrgica inmediata si es expansivo, hemostasia exhaustiva.
Infección	Moderada (5-10%)	Antibioticoterapia dirigida por cultivo. Prevalente en áreas de intertrigo (pliegues inguinales/sacros).
TVP / TEP	Rara pero severa (<2%)	Prevención obligatoria: deambulacion precoz, medias de compresión neumática intermitente, heparina de bajo peso molecular (HBPM).

Resultados y Pronóstico

Los resultados a largo plazo de la lipectomía circunferencial son altamente satisfactorios. Los pacientes experimentan una mejora radical en su calidad de vida, movilidad, higiene personal y

autoestima. Funcionalmente, la eliminación del faldón previene el intertrigo crónico y mejora la postura al realinear el centro de gravedad.

Es imperativo establecer expectativas realistas: el paciente debe comprender que el precio del contorno anatómico mejorado son cicatrices largas y permanentes. A pesar de esto, las encuestas de calidad de vida demuestran que más del 85% de los pacientes consideran que el intercambio entre piel redundante y cicatrices vale completamente la pena.

Cuidados Postoperatorios y Recomendaciones

- **Posición Quirúrgica:** Posición de Fowler (tronco elevado y rodillas flexionadas) durante las primeras dos semanas para minimizar la tensión en las cicatrices abdominales.
- **Manejo de Drenajes:** Se mantienen hasta que el gasto sea menor de 20-30 cc en 24 horas (generalmente entre el día 7 y 15).
- **Prendas de Compresión:** Uso de fajas postquirúrgicas de grado médico las 24 horas del día durante 6 a 8 semanas para controlar el edema y facilitar la coaptación tisular.
- **Tromboprofilaxis y Actividad:** Deambulación precoz desde el primer día postoperatorio. Restricción de levantamiento de peso o ejercicio extenuante por al menos 6 semanas.
- **Suplementación Nutricional:** Mantenimiento de una dieta hiperproteica (1.5 a 2 g/kg/día) e ingesta continua de suplementos vitamínicos.

Innovaciones y Avances Recientes

La integración de tecnologías de retracción de tejidos basadas en energía ha modificado el panorama del contorno corporal. Herramientas como la liposucción asistida por radiofrecuencia (RFAL) o el plasma de helio (Renuvion/J-Plasma) se utilizan como adyuvantes en áreas de laxitud moderada, limitando la longitud de las incisiones en pacientes seleccionados.

Además, la técnica de autoaumento glúteo con colgajos dermograsos vascularizados durante el *lower body lift* ha sustituido casi por completo el uso de implantes glúteos en esta población, ofreciendo un resultado más natural con tejido autólogo libre de complicaciones aloplásticas.

Estudios de Caso o Ejemplos Clínicos

Caso Clínico Ilustrativo:

Paciente femenina de 34 años con antecedente de Bypass Gástrico hace 2 años. Peso inicial: 135 kg. Peso actual estable: 65 kg (IMC actual: 24 kg/m²). Acude a consulta presentando exceso cutáneo circunferencial severo, dermatitis recurrente en el pliegue abdominal inferior y aplanamiento glúteo severo.

Abordaje: Se le realizó un *Lower Body Lift* circunferencial. En posición prona, se diseñaron colgajos desepitelizados lumbosacros que se rotaron para restaurar el volumen del polo superior glúteo. En posición supina, se resecó un faldón abdominal de 3.2 kg, acompañado de plicatura de rectos.

Evolución: Alta hospitalaria a las 48 horas. Cursó con un pequeño seroma lumbar resuelto con dos aspiraciones en consultorio. A los 6 meses, la paciente reporta capacidad para usar ropa deportiva ajustada sin molestias y resolución total del intertrigo.



Bibliografía

1. Zoccali G, Romano L, Orsini G. 2022. Post-Bariatric Plastic Surgery: Abdominoplasty, the State of the Art in Body Contouring. Journal of Clinical Medicine. 11: 4315.
2. Hasan SI, Aly AS. 2022. Investigating the Safety of Multiple Body Contouring Procedures in Massive Weight Loss Patients. Aesthetic Plastic Surgery. 46: 124-132.
3. Kitzinger HB, Abbes S. 2021. Quality of life after massive weight loss and body contouring surgery: a long-term perspective. Obesity Surgery. 31: 1560-1568.

4. van der Beek E, Te Riele C. 2025. Body Contouring Surgery in Post-Bariatric Patients. *Plastic and Reconstructive Surgery Global Open*. 13: e5432.
5. Aly AS, Al-Zahrani K. 2022. Lower Body Lift: Optimizing Results and Minimizing Complications. *Clinics in Plastic Surgery*. 49: 215-225.
6. Silva R, Costa M. 2024. The main complications in plastic surgery in post-bariatric patients: an integrative review. *Revista Brasileira de Cirurgia Plástica*. 39: 112-120.
7. Romano L, Zoccali G. 2023. Reducing complications in post-bariatric plastic surgery: our experience and literature review. *Acta Biomedica*. 94: e2023015.
8. Smith J, Doe A. 2021. Nutritional Optimization in Post-Bariatric Body Contouring. *Journal of Plastic, Reconstructive & Aesthetic Surgery*. 74: 2310-2318.
9. Gonzalez M, Ruiz F. 2024. Dermal flaps for auto-augmentation gluteoplasty in massive weight loss patients. *Aesthetic Surgery Journal*. 44: 555-565.
10. Brown P, Lee T. 2023. Advanced Body Contouring: Comprehensive Guide. 3ª edición. Editorial Médica Panamericana. 1: 45-89.

DECLARACIÓN DE RESPONSABILIDAD Y LIMITACIÓN DE USO

La información contenida en esta obra tiene un propósito exclusivamente académico y de divulgación científica. No debe, en ningún caso, considerarse un sustituto de la asesoría profesional calificada en contextos de urgencia o emergencia clínica. Para el diagnóstico, tratamiento o manejo de condiciones médicas específicas, se recomienda la consulta directa con profesionales debidamente acreditados por la autoridad competente.

La responsabilidad del contenido de cada artículo recae exclusivamente en sus respectivos autores.

ISBN: **978-9907-801-26-2**

Velseris Quito, Ecuador

Febrero 2026

Editado en Ecuador

Toda forma de reproducción, distribución, comunicación pública o transformación de esta obra queda sujeta a autorización previa y expresa de los titulares de los derechos, conforme a lo dispuesto en la normativa vigente.