

Cirugía Plástica  
Ibero-Latinoamericana

Cirugía Plástica Ibero-Latinoamericana

ISSN: 0376-7892

ISSN: 1989-2055

Sociedad Española de Cirugía Plástica, Reparadora y  
Estética (SECPRE)

Restrepo-Cano, Víctor R.  
Respuesta al comentario del Dr. A. Portes-Castro  
Cirugía Plástica Ibero-Latinoamericana, vol. 44, núm. 1, 2018, Enero-Marzo, pp. 56-57  
Sociedad Española de Cirugía Plástica, Reparadora y Estética (SECPRE)

Disponible en: <http://www.redalyc.org/articulo.oa?id=365558088010>

- Cómo citar el artículo
- Número completo
- Más información del artículo
- Página de la revista en redalyc.org

UAEH  
redalyc.org

Sistema de Información Científica Redalyc  
Red de Revistas Científicas de América Latina y el Caribe, España y Portugal  
Proyecto académico sin fines de lucro, desarrollado bajo la iniciativa de acceso  
abierto

Por otro lado, en nuestro protocolo incluimos el uso de catéter urinario en todos los pacientes para asegurar un adecuado balance hídrico y controlar la administración de líquidos parenterales, tanto por vía intravenosa, como por infiltración intersticial cuando hacemos liposucción; permite también monitorizar la presión intraabdominal transoperatoria durante la plicatura de los rectos abdominales, sin provocar síndrome compartimental o aumento de la misma que favorezca un fenómeno tromboembólico. Coincidimos en que a mayor tiempo quirúrgico, el trauma es mucho mayor de forma prácticamente lineal, y esto impacta en el estado general postoperatorio del paciente; por ello también desaconsejamos la asociación de múltiples procedimientos en varias regiones anatómicas en un solo evento. Igualmente, creemos pertinente insistir en que la cirugía de reconstrucción postbariátrica es más que una cirugía estética de grandes extensiones; implica un reto médico quirúrgico con una consistente curva de aprendizaje para reducir los tiempos de cada cirugía y lograr con la práctica, repetición y experiencia del equipo para hacer cirugías complejas como una abdominoplastia circunferencial en flor de Lis en poco más de 2 horas y media, con una estancia hospitalaria postoperatoria de menos de 24 horas.

Respecto a la profilaxis antitrombótica, concordamos en el uso de dispositivos de compresión secuencial transoperatoria y durante las primeras 12 horas del postoperatorio, así como en el uso de medias compresivas y deambulación temprana obligada según el protocolo ERAS: 2 horas en el primer día tras la cirugía y al menos 6 horas a partir del se-

gundo día. Por otro lado, en nuestro protocolo hemos ido sustituyendo el uso de heparina de bajo peso molecular preoperatoria por inhibidores del factor Xa de la coagulación. Iniciamos esquema a 12 horas de postoperatorio con Rivaroxabán oral, observando al momento reducción en la pérdida hemática transoperatoria y menor incidencia de hematomas, por lo que consideramos igualmente necesario realizar estudios clínicos comparativos en este tipo de población. Cabe mencionar que en nuestra serie, siempre hemos incluido tromboprofilaxis farmacológica y tenemos incidencia cero de eventos tromboembólicos.

Nuestra estadística es similar en cuanto a la distribución poblacional, el sexo predominante, el procedimiento más realizado y el tipo de complicaciones más frecuentes. Respecto a la asociación entre el peso y complicaciones, la factibilidad de establecer puntos de corte complica que sea un parámetro que se pueda generalizar. El uso del IMC, igualmente utilizado como principal referencia por nuestro equipo hasta hace poco, también resulta subóptimo como parámetro predictivo ya que no refleja la naturaleza del tejido que compone la masa estimada por metro cuadrado y en este tipo de pacientes eso adquiere una relevancia particular. Por esta razón hemos optado, en la evaluación antropométrica de nuestros pacientes, por realizar el estudio de la composición corporal por métodos validados ya que proporciona parámetros que, como en muchas enfermedades, podrían ser más valiosos al intentar asociarlos a riesgo de complicaciones o morbi-mortalidad cuando se tiene la disponibilidad de este recurso.

## Respuesta al comentario del Dr. A. Portes-Castro

Víctor R. RESTREPO-CANO

Gracias al Dr. Portes Castro por sus aportes, preguntas y comentarios a nuestro artículo.

Coincidimos con él al afirmar que el manejo multidisciplinario en el pre, trans y postoperatorio es indispensable. Aun así, desafortunadamente vemos en nuestro medio una alta tasa de recaída en sobrepeso y obesidad, como también refieren otros grupos en el mundo. Muchos de nuestros pacientes pertenecen al plan obligatorio nacional de salud y el sistema, por razones económicas, no participa en su seguimiento durante el tiempo que quisiéramos antes y después de nuestras cirugías. Todos nos son remitidos a Cirugía Plástica por el cirujano bariátrico y por los grupos de obesidad de cada aseguradora cuando ellos consideran pertinente. Tras nuestra evaluación, se define quiénes van a Cirugía Postbariátrica o quiénes continúan su proceso de reducción de peso con seguimiento por cirujano bariátrico, nutricionista, nutriólogo, psiquiatra e internista, entre otros. El seguimiento postoperatorio lo hacemos aproximadamente durante 2 años. Con frecuencia solicitamos las interconsultas pertinentes para evitar recaídas. Seguramente, igual que usted, tenemos angustias cuando vemos que nuestros pacientes, tras un esfuerzo médico-quirúrgico importante, riesgos y costos, comienzan de nuevo a subir de peso.

La flacidez y los cambios severos en la elasticidad de la piel son una limitación para los resultados de los pacientes ba-

riátricos y siempre les informamos de que son una secuela definitiva de la pérdida de peso y de su estado metabólico, que no se puede modificar con la cirugía postbariátrica. De ahí las dificultades con algunos resultados a medio y largo plazo.

Nuestro registro de apnea del sueño antes de la cirugía postbariátrica fue apenas del 1.44%, y su relación con 3 pacientes con complicaciones creemos fue un hallazgo casual. En nuestro Servicio nunca hemos necesitado usar CPAP en el posoperatorio, al igual que en su experiencia, Dr. Portes.

Como describimos en discusión y conclusiones, todos estos pacientes, y unos más que otros, presentan condiciones nutricionales y metabólicas deficientes con valores de hemoglobina, hematocrito, albumina sérica y vitaminas séricas en los límites mínimos aceptados o por debajo de ellos, lo que impacta directamente en el comportamiento postoperatorio, en el tiempo de recuperación y en la incidencia de complicaciones. En muchos casos los identificamos en la consulta pre o postoperatoria de Cirugía Plástica y los remitimos de inmediato al cirujano bariátrico, al internista o al nutricionista. En nuestra práctica no utilizamos el protocolo ERAS. Manejamos 6 horas de ayuno preoperatorio y a las 4 a 6 horas de la cirugía iniciamos dieta líquida; si la toleran, pasamos a la dieta normal habitual del paciente. No seguimos condiciones nutricionales especiales en el perioperatorio.

Compartimos con usted la reflexión sobre la calidad de vida tras la cirugía bariátrica, con alteraciones físicas, psíquicas, problemas de socialización, vida laboral, sexual etc. Pensamos que se está cambiando una enfermedad por otra. No siempre contamos en nuestro medio, por razones económicas, con los profesionales para asistir a los pacientes en estos problemas. La alta expectativa del resultado nos obliga a dar una información clara y completa a los pacientes y a sus familias antes de la cirugía, y siempre hacemos con ellos una última consulta en las 24-48 horas previas a la misma para explicarles nuevamente el alcance del procedimiento, sus riesgos y las limitaciones del resultado.

No utilizamos la manipulación de las vías urinarias con catéteres, ya que nuestros tiempos quirúrgicos nunca son prolongados. Las sondas vesicales pueden aumentar la incidencia de infecciones urinarias y bacteriemias que complican la recuperación de los pacientes (riesgos frente a beneficios). No encuentro en el artículo publicado por el Dr. Portes en 2016 en esta misma revista el registro de presión intrabdominal por catéter urinario. Esta es una práctica frecuente en las Unidades de Cuidados Intensivos y de Cuidados Especiales, en pacientes críticos. Nunca la hemos necesitado para evaluar la presión intrabdominal después de la plicatura de rectos, ya que cuando la hacemos, estamos atentos a través de los monitores con el anestesiólogo a los cambios en la onda de capnografía y al aumento de la presión intrapulmonar.

Nos alegra coincidir con usted en los tiempos quirúrgicos cortos y en no realizar procedimientos múltiples, convencidos de su relación directa con la respuesta inflamatoria postquirúrgica, con los tiempos de recuperación, hospitalización y riesgos de complicaciones. Deberíamos promover esto con más fuerza y así reducir la morbilidad.

Creo que tenemos algunas diferencias en terminología. Las cirugías de contorno superior que usted describe como torsoplastias laterales y posteriores, nosotros las llamamos toracoplastias. Para nosotros la torsoplastia es un procedimiento de contorno inferior también llamado abdominoplastia circunferencial. Como podrá observar registramos el procedimiento de dermolipectomía posterior con o sin colgajo dermograso para proyección de cadera. Nos referimos al corte de piel y tejido celular subcutáneo de contorno inferior en la región sacra y cintura posterior. En ocasiones, preferimos realizar la torsoplastia en 2 tiempos separados por 4 a 6 semanas. Comenzamos a hacerlo así para reducir el tiempo quirúrgico de una torsoplastia, y ya tenemos algunas observaciones en el proceso de recuperación que queremos registrar en la literatura.

Nuestro promedio de hospitalización se explica de la siguiente manera. La torsoplastia es el único procedimiento que permanece 48 horas en hospitalización. La abdomino-

plastia, ya sea convencional, reversa o en flor de Lis, la dermolipectomía de muslos o cruroplastia vertical o inguinal, la dermolipectomía posterior y la toracoplastia, permanecen solo 24 horas. La braquioplastia y la mamoplastia con o sin implantes casi nunca se hospitalizan. Nunca realizamos abdominoplastias ni torsoplastias ambulatorias.

Nuestros tiempos quirúrgicos reducidos se fundamentan en 24 años de práctica como cirujano plástico, el mismo equipo humano en cirugía y protocolos intraoperatorios estandarizados durante muchos años. Anexo, en tabla adjunta, el registro de nuestros tiempos quirúrgicos promedio para cada procedimiento.

<b>ABDOMINOPLASTIA</b>	2.14 horas
<b>DERMOLIPECTOMÍA POSTERIOR CON COLGAJO DERMOGRASO</b>	2.15 horas
<b>DERMOLIPECTOMÍA POSTERIOR SIN COLGAJO DERMOGRASO</b>	2.19 horas
<b>TORSOPLASTIA</b>	3.69 horas
<b>DERMOLIPECTOMÍA DE MUSLOS (CRUROPLASTIA)</b>	2.25 horas
<b>MAMOPLASTIA CON IMPLANTES</b>	2.07 horas
<b>MAMOPLASTIA SIN IMPLANTES</b>	2.44 horas
<b>BRAQUIOPLASTIA</b>	1.86 horas
<b>TORACOPLASTIA</b>	2.75 horas

Aunque la profilaxis tromboembólica es fundamental, creemos que la no combinación de procedimientos y los tiempos quirúrgicos tienen también repercusión directa en los resultados registrados por los 2 grupos con eventos tromboembólicos.

Finalmente, un saludo especial al Dr. Alejandro Portes Castro y a todo su equipo. Tenemos muchas coincidencias y eso nos alegra. Nos preocupa cuando revisamos publicaciones o vemos presentaciones en congresos de Cirugía Plástica, Bariátrica y Postbariátrica, con cirugías simultáneas por diferentes equipos quirúrgicos, múltiples procedimientos y tiempos quirúrgicos prolongados, y quisiéramos conocer un poco más sobre la ocupación de Unidades de Cuidados Especiales y de Cuidados Intensivos con estos pacientes. Insistimos que esto solo genera estrés y riesgos. En nuestra experiencia, hasta hoy, no hemos tenido ningún paciente en estos servicios.