



TRABAJO DE INVESTIGACIÓN

doi: 10.35366/122082



Frecuencia y distribución anatómica de la dehiscencia de herida quirúrgica en pacientes con cirugía reconstructiva post-bariátrica

Frequency and anatomical distribution of surgical wound dehiscence in patients undergoing post-bariatric reconstructive surgery

Dr. Martín Morales-Olivera,^{*,‡} Dr. Armando Rodríguez-Segura,^{*,§}
Dra. Alessandra Manzali-Flores,^{¶,||} Dr. Daniel Fernando Narvaez-Hernandez^{¶,***}

Palabras clave:

cirugía post-bariátrica,
dehiscencia de herida,
pérdida masiva de peso,
cirugía reconstructiva

Keywords:

post-bariatric surgery,
wound dehiscence,
massive weight loss,
reconstructive surgery

* Médico adscrito al
Servicio de Cirugía
Plástica Post-Pérdida
Masiva de Peso. Hospital
General Tláhuac. Ciudad
de México, México.

‡ ORCID:
0000-0001-9718-064X

§ ORCID:
0009-0002-7508-4029

¶ Residente de cuarto
año de Cirugía Plástica.
Hospital General «Dr.
Rubén Leñero». Ciudad
de México, México.

|| ORCID:
0009-0008-8597-2779

*** ORCID:
0009-0009-5485-6369

Recibido: 11 septiembre 2025.
Aceptado: 02 octubre 2025.

RESUMEN

La cirugía bariátrica es un tratamiento eficaz para la obesidad mórbida. La pérdida masiva de peso induce alteraciones anatómicas y funcionales que, con frecuencia, requieren cirugía reconstructiva. El objetivo de este trabajo es determinar la frecuencia y distribución anatómica de la dehiscencia de herida quirúrgica en pacientes sometidos a cirugía reconstructiva post-bariátrica. Realizamos un estudio observacional, analítico y retrospectivo en pacientes operados entre 2020 y 2024. Se recopilaron datos sociodemográficos, comorbilidades, procedimientos quirúrgicos y evolución postoperatoria. Se incluyó un total de 224 pacientes, de los cuales 34 (15.1%) presentaron dehiscencia. La mediana de edad fue de 45 años, con predominio de mujeres (87.5%). El peso se redujo de 112 a 68.25 kg y el IMC de 43.63 a 28.1 ($p < 0.01$). El tiempo medio de aparición fue de 18 días. La localización más frecuente fue la unión vertical horizontal de la abdominoplastia en flor de lis (14%), mastopexia (8.9%) y muslo medio (8.9%). Concluimos que la dehiscencia es una complicación frecuente, localizada principalmente en áreas de alta tensión. Se requiere optimizar marcaje, técnica y cuidados postoperatorios.

ABSTRACT

Bariatric surgery is an effective treatment for morbid obesity. Massive weight loss induces anatomical and functional changes that often require reconstructive surgery. The objective of this study is to determine the frequency and anatomical distribution of surgical wound dehiscence in patients undergoing post-bariatric reconstructive surgery. We conducted an observational, analytical and retrospective study of patients operated between 2020 and 2024. Sociodemographic data, comorbidities, surgical procedures and postoperative outcomes were collected. The study included a total of 224 patients, of whom 34 (15.1%) presented dehiscence. The median age was 45 years, with a predominance of women (87.5%). Weight decreased from 112 to 68.25 kg and BMI from 43.63 to 28.1 ($p < 0.01$). The mean onset time was 18 days. The most frequent sites were the vertical-horizontal junction in fleur-de-lis abdominoplasty (14%), mastopexy (8.9%) and medial thigh (8.9%). We conclude that dehiscence is a common complication, mainly occurring in areas of high-tension. It is necessary to optimize marking, technique and postoperative care.



Citar como: Morales-Olivera M, Rodríguez-Segura A, Manzali-Flores A, Narvaez-Hernandez DF. Frecuencia y distribución anatómica de la dehiscencia de herida quirúrgica en pacientes con cirugía reconstructiva post-bariátrica. Cir Plast. 2025; 35 (4): 169-173. <https://dx.doi.org/10.35366/122082>



INTRODUCCIÓN

La cirugía bariátrica ha demostrado ser un tratamiento eficaz para la obesidad mórbida y sus comorbilidades; sin embargo, la pérdida masiva de peso conlleva consecuencias anatómicas y funcionales que afectan la calidad de vida del paciente. Una de las principales demandas en el seguimiento postoperatorio es la corrección de los excesos cutáneos mediante cirugía reconstructiva, los cuales en ocasiones conllevan múltiples complicaciones, siendo una de ellas la dehiscencia de heridas.¹

La incidencia de dehiscencia varía según la región anatómica y el tipo de procedimiento reconstructivo realizado, dado que cada zona del cuerpo presenta retos distintos en términos de tensión de cierre, vascularización y fuerzas mecánicas.²⁻⁴ Se han desarrollado múltiples estrategias preventivas en las etapas pre-, intra- y postoperatoria para reducir la tasa de complicaciones en la herida quirúrgica; idealmente se deben abarcar todas estas fases para mejorar los resultados.^{5,6}

El objetivo de este estudio fue determinar la frecuencia y distribución anatómica de la dehiscencia en pacientes sometidos a cirugía reconstructiva tras pérdida masiva de peso.

MATERIAL Y MÉTODO

Se realizó un estudio analítico, observacional y retrospectivo en el servicio de cirugía plástica post-pérdida masiva de peso del Hospital General Tláhuac durante el periodo 2020-2024. Se incluyeron pacientes mayores de 18 años sometidos a procedimientos reconstructivos, con antecedente de cirugía bariátrica. Se excluyeron procedimientos estéticos aislados, cirugías no realizadas en la institución y pacientes con enfermedades sistémicas no controladas. Se registraron variables sociodemográficas, clínicas y quirúrgicas, y se realizó un análisis estadístico en el programa SPSS v25, empleando medidas de tendencia central, χ^2 o prueba exacta de Fisher para variables categóricas, t de Student o U de Mann-Whitney para comparaciones de medias y regresión logística binaria, considerando una significancia $p < 0.05$, reportando *odds ratio* e IC95%.

Aspectos éticos

El protocolo fue aprobado por el comité de investigación y bioética (registro institucional: 212-110-04-25). Todos los procedimientos siguieron la declaración de Helsinki. Al ser un estudio retrospectivo, no se requirió consentimiento informado de los pacientes.

RESULTADOS

Se estudiaron 224 pacientes, con una mediana de edad de 45 años y predominio marcado del sexo femenino. Todos presentaban antecedentes de obesidad. Dentro de las comorbilidades más reportadas destacaron hipertensión arterial y diabetes mellitus tipo 2, seguidas de sobrepeso residual y dislipidemia. Otras condiciones como hipotiroidismo, depresión y apnea obstructiva del sueño fueron menos frecuentes (Tabla 1).

Al comparar las variables clínicas antes y después de la cirugía reconstructiva se evidenció una reducción significativa en el peso corporal y el índice de masa corporal, mientras que la talla permaneció sin modificaciones (Tabla 2).

Tabla 1: Características sociodemográficas y comorbilidades (N = 224).

Variable	n (%)
Edad (años), M [RI]	45 [29-61]
Sexo	
Masculino	28 (12.5)
Femenino	196 (87.5)
Comorbilidades	
Obesidad	224 (100)
Sobrepeso	4 (1.8)
Diabetes	48 (21.4)
Hipertensión arterial	68 (30.4)
Dislipidemia	124 (55.4)
Hipotiroidismo	24 (10.7)
Depresión	4 (1.8)
SAOS	16 (7.1)

M = mediana. RI = rango intercuartílico.
SAOS = síndrome de apnea obstructiva del sueño.

Tabla 2: Cambios en variables clínicas pre- y postoperatorias.

Variables	Preoperatorio M [RI]	Postoperatorio M [RI]	p*
Peso (kg)	112 [78-192]	68.25 [53-112]	< 0.01
Talla (metros)	1.59 [1.47-1.82]	1.59 [1.47-1.82]	–
IMC (kg/m ²)	43.63 [33.87-60.84]	28.1 [22-36]	< 0.01

* La normalidad de distribución de las variables se determinó mediante la prueba de Shapiro-Wilk. El nivel de significancia estadística se estableció en $p < 0.05$.

IMC = índice de masa corporal. M = mediana. RI = rango intercuartílico.

En cuanto a las características quirúrgicas, el tiempo operatorio tuvo una mediana de 3.5 horas, con un intervalo amplio de duración; el intervalo hasta la aparición de dehiscencia fue de poco menos de tres semanas. Entre los procedimientos realizados, la abdominoplastia, mastopexia y braquioplastia fueron los más frecuentes, seguidos de ritidectomía, torsoplastia, lifting crural, gluteoplastia y puboplastia, en ese orden (Tabla 3 y Figura 1).

Respecto a la localización de las dehiscencias, la mayoría se presentaron en zonas sometidas a mayor tensión, principalmente en la intersección vertical-horizontal de la abdominoplastia en flor de lis, así como en la unión de la mastopexia y la región crural. En menor proporción se observaron en braquioplastias, segmentos verticales de la flor de lis, torsoplastias y lifting de cuello. No se documentaron casos en colgajos glúteos (Tabla 4 y Figura 2).

DISCUSIÓN

La dehiscencia de la herida quirúrgica constituye una de las complicaciones más frecuentes en la cirugía reconstructiva post-bariátrica. En series históricas, las tasas globales de complicaciones tempranas llegaban a oscilar entre 45 y 70%, siendo la dehiscencia y los seromas las alteraciones más comunes.⁷ Sin embargo, estudios recientes con criterios más estrictos de selección y avances técnicos han mostrado cifras menores. Por ejemplo, un estudio prospectivo multicéntrico en Italia y Australia reportó 8.6% de dehiscencias en abdominoplastias post-bariátricas, situándola

como la segunda complicación más frecuente después del seroma.² De manera concordante, Marouf y Mortada documentaron una tasa de 9.6% en 2020, dentro de una incidencia global de complicaciones del 38%.¹ A pesar de la reducción en las cifras, la dehiscencia continúa siendo una complicación central, asociada a factores como índice de masa corporal elevado, comorbilidades y tabaquismo, como lo confirma una revisión integrativa brasileña en 2023.⁸

En Latinoamérica, los hallazgos muestran variabilidad. En México, Tejada-Aldazosa y su equipo reportaron una incidencia de 17% en remodelación abdominal post-bariátrica, con mayor riesgo en pacientes con peso e índice de masa corporal elevados, lo que confirma su rol como la complicación más común, por encima de seromas y hematomas.⁹ En contraste, un estudio colombiano con 627 procedimientos encontró solo 2.7% de dehiscencias, atribuibles a una estricta selección preoperatoria y a un menor peso promedio de los pacientes.¹⁰ En Cuba, Moya-Rosa y su equipo publicaron una incidencia de 17.6% en mastopexias, siendo también la dehiscencia la complicación predominante.¹¹

La literatura coincide en señalar que las áreas sometidas a mayor tensión son las más propensas a presentar dehiscencias, particularmente la unión vertical-horizontal de la abdominoplastia en flor de lis y la intersección de colgajos en mastopexia.^{9,11} Nuestros resultados, con una incidencia global de 15.1%, se sitúan en un punto intermedio entre las cifras latinoamericanas más elevadas y las más bajas reportadas en centros especializados, lo cual respalda la importancia de estrategias integrales que incluyan optimización nutricional y de comorbilidades, planeación quirúrgica cuidadosa y cuidados postoperatorios enfocados en disminuir fuerzas tensionales adicionales.

CONCLUSIONES

La dehiscencia de herida quirúrgica en cirugía post-bariátrica es una complicación frecuente, teniendo en nuestro centro una incidencia similar a la literatura internacional. Se presenta principalmente en áreas con mayor tensión de los tejidos, lo cual respalda la importancia de

Tabla 3: Características quirúrgicas (N = 224).

Variables	n (%)
Tiempo quirúrgico en horas, M [RI]	3.50 [0.50-5.30]
Días desde el procedimiento hasta la dehiscencia, M [RI]	18 [7-30]
Cirugía realizada	
Ritidectomía	40 (17.9)
Cervicoplastia	36 (16.1)
Mastopexia	68 (30.4)
Braquioplastia	52 (23.2)
Torsoplastia	32 (14.3)
Abdominoplastia	76 (33.9)
Puboplastia	8 (3.6)
Gluteoplastia	28 (12.5)
Medial Thigh Lift	36 (16.1)

M = mediana. RI = rango intercuartílico.

Tabla 4: Localización de la dehiscencia de herida (N = 34).

Localización	n (%)
Unión de la vertical con la horizontal de la flor de lis (anterior)	10 (14)
Unión de la vertical con la horizontal de la mastopexia	6 (8.9)
Línea media posterior de la circular	2 (3.6)
Tercio medio de región crural	6 (8.9)
Tercio medio de braquioplastia	4 (5.4)
Tercio de la vertical de la flor de lis	4 (5.4)
Tercio medio de colgajos glúteos	0 (0.0)
Región axilar de torsoplastia	1 (1.8)
Región retroauricular de <i>lifting</i> de cuello	1 (1.8)

Figura 1:
Distribución de procedimientos reconstructivos (n).

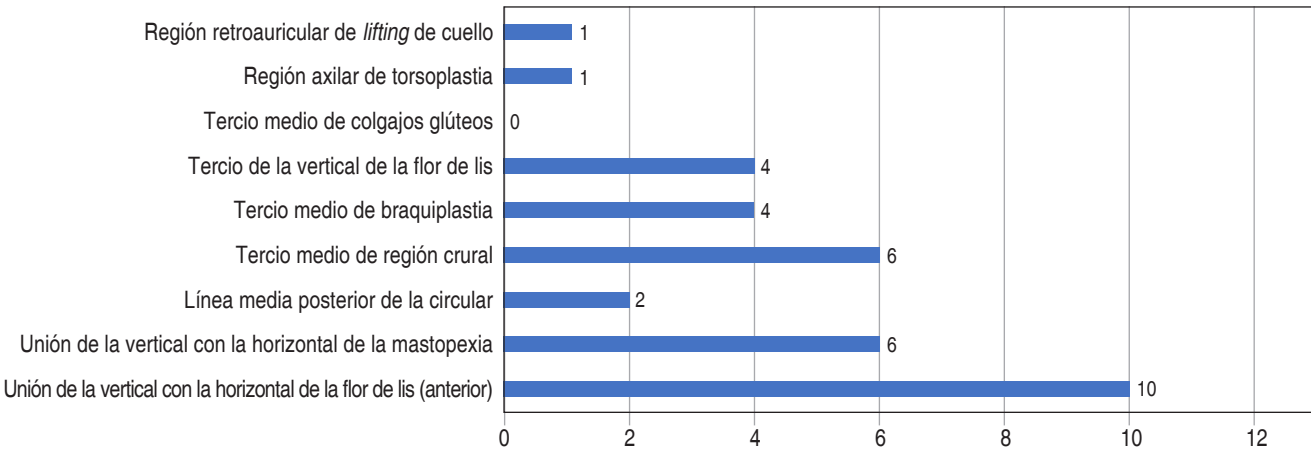
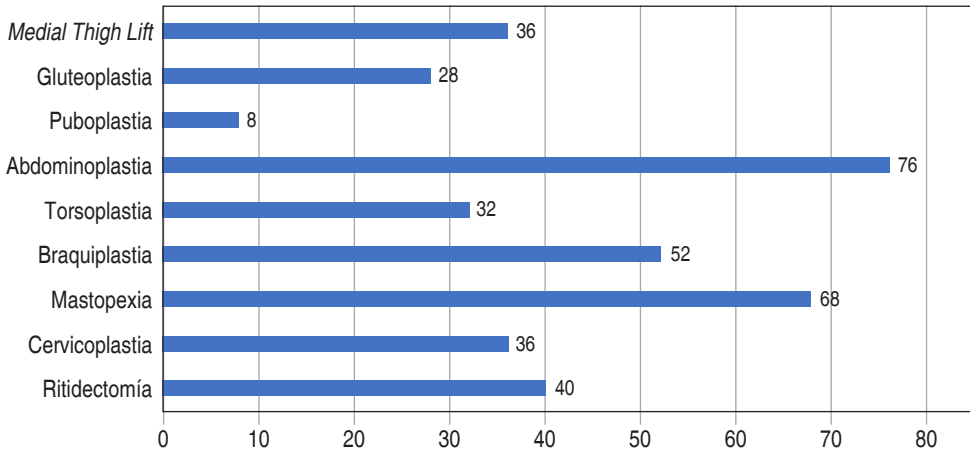


Figura 2: Localización anatómica de la dehiscencia de herida (n).

optimizar el marcaje preoperatorio, implementar medidas transoperatorias orientadas a reducir la tensión de la herida y mejorar el manejo postoperatorio, con énfasis en la disminución de fuerzas tensionales adicionales.

REFERENCIAS

1. Marouf A, Mortada H. Complications of body contouring surgery in postbariatric patients: a systematic review and meta-analysis. *Aesthetic Plast Surg* 2021; 45 (6): 2810-2820. doi: 10.1007/s00266-021-02315-2.
2. Cuomo R, Cuccaro C, Seth I, Rozen WM, Vastarella MC, Lombardo GAG et al. Experience in post-bariatric abdominoplasty for patients with significant weight loss: a prospective study. *J Pers Med* 2024;14(7):681. DOI: 10.3390/jpm14070681
3. Bennett BL, Grilo CM, Alperovich M, Ivezaj V. Body image concerns and associated impairment among adults seeking body contouring following bariatric surgery. *Aesthet Surg J* 2022; 42 (3): 275-282. doi: 10.1093/asj/sjab327.
4. Facchin F, Pagani A, Marchica P, Pandis L, Scarpa C, Brambullo T et al. The role of portable incisional negative pressure wound therapy (piNPWT) in reducing local complications of post-bariatric brachioplasty: a case-control study. *Aesthetic Plast Surg* 2021; 45 (4): 1653-1659. doi: 10.1007/s00266-020-02122-1.
5. Barbour JR, Iorio ML, Oh C, Tung TH, O'Neill PJ. Predictive value of nutritional markers for wound healing complications in bariatric patients undergoing panniculectomy. *Ann Plast Surg* 2015; 75 (4): 435-438. doi: 10.1097/SAP.000000000000188.
6. Garoosi K, Mundra L, Jabbari K, Winocour J, Iorio ML, Mathes DW et al. Comorbid conditions and complications in body contouring surgery: a retrospective review. *Aesthet Surg J Open Forum* 2023; 5: ojad080. doi: 10.1093/asjof/ojad080.
7. Bota O, Schreiber M, Bonke F, Teather D, Dragu A. Wound healing in postbariatric body contouring surgery. *Plast Aesthet Res* 2018; 5: 30. doi: 10.20517/2347-9264.2018.47.
8. Gomes EM de S, Carvalho KRV, Pereira TRF, Hilarino LV, Magalhaes LFR, Oliveira MCL et al. As principais complicações em cirurgias plásticas em pacientes pós-bariátrica: uma revisão integrativa da literatura. *Rev Bras Cir Plást* 2023; 38 (3): 1-7. doi: 10.5935/2177-1235.2023RBCP0733-EN.
9. Tejada-Aldazosa JE, Camacho-Quintero E, Rojas-Gutiérrez CD, Zúñiga-Garza E. Análisis de la dehiscencia de herida quirúrgica en remodelación abdominal post-bariátrica: incidencia en un centro académico mexicano. *Cir plást iberolatinoam* 2025; 51 (1): 55-62. Disponible en: https://scielo.isciii.es/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0376-78922025000100008
10. Restrepo-Cano VR, Guerra-Urrego KA, Gaviria-López AF, Gómez-Gómez D. Complicaciones en cirugía de contorno corporal en pacientes postbariátricos: experiencia en un centro médico académico. *Cir plást ibero-latinoam* 2018; 44 (1): 47-55. Disponible en: http://scielo.isciii.es/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0376-78922018000100008&lng=es&nrm=iso
11. Moya-Rosa EJ, Cáceres-Maceo C, Ríos-Chacón B. Comportamiento ptosis mamaria, versatilidad en su tratamiento. *Arch méd Camagüey* 2024; 28: e9870. Disponible en: <https://revistaamc.sld.cu/index.php/amc/article/view/9870>

Correspondencia:

Dr. Martín Morales Olivera

Hospital General Tláhuac
Av. La Turba 655, Col. Villa Centroamericana,
CP 13250, Del. Tláhuac,
Ciudad de México, México.
E-mail: martinmo10@hotmail.com