



Perforación intestinal fatal luego de liposucción con lipotransferencia glútea y mama de aumento

Fatal intestinal perforation after liposuction with gluteal fat transfer and breast augmentation

Dra. Fanny Stella Herrán-Motta,* Dra. Maricarmen Danae Orozco-Bustos‡

Palabras clave:

liposucción, perforación abdominal, perforación visceral, perforación intestinal, complicaciones de liposucción.

Keywords:

liposuction, abdominal perforation, visceral perforation, bowel perforation, complications liposuction.

* Profesor titular de Cirugía Plástica y Reconstructiva por la UNAM. Jefe de Sección Médica del Servicio de Cirugía Plástica y Reconstructiva. Coordinador de Cirugía Plástica y Reconstructiva del Consejo Nacional de Ciencia y Tecnología (CONACyT). Cirujano plástico certificado por el Consejo Mexicano de Cirugía Plástica Estética y Reconstructiva, A.C.
‡ Médico residente de cirugía plástica y reconstructiva.

Centro Médico Nacional 20 de noviembre, ISSSTE. Ciudad de México, México.

Recibido: 08 agosto 2022
Aceptado: 12 septiembre 2022

RESUMEN

Las complicaciones fatales después de una liposucción son pocas veces documentadas en la literatura médica. El propósito de este artículo es presentar el caso de una paciente de 38 años a quien le realizaron liposucción en tronco, con transferencia grasa a glúteos y mama de aumento por un médico entrenado en medicina estética. Inició sintomatología dentro de las primeras 24 horas postoperatorias, pero hasta el sexto día se realizó laparotomía exploradora con colostomía y abdomen abierto, en la que posteriormente, con el manejo del abdomen abierto a los 14 días del postoperatorio, se detectó una perforación en espejo preestomal, por lo que se realizó nueva resección intestinal e ileostomía. Cursó con fasciitis necrosante que comunicaba a la región lumbar y glútea. El abdomen abierto se manejó inicialmente con bolsa de Bogotá, después con terapia ABTHERA™ y finalmente con terapia VAC® con esponja de polivinilo en contacto con asas intestinales y esponja de plata. Su manejo se realizó en tres diferentes hospitales. La paciente falleció a los 38 días del postoperatorio por choque séptico, sepsis abdominal, infección de tejidos blandos y neumonía bacteriana. Los factores atribuidos a este tipo de complicación son la falta de experiencia del cirujano y otros relacionados con los pacientes.

ABSTRACT

Fatal complications after liposuction are rarely documented in the medical literature. The purpose of this article is to present the case of a 38-year-old female patient who underwent trunk liposuction with fat transfer to the buttocks and breast augmentation by a physician trained in aesthetic medicine. Symptomatology began within the first 24 postoperative hours after, but it was not until the sixth day, an exploratory laparotomy with colostomy and open abdomen was performed, which later in the management of the open abdomen, 14 days after surgery, a perforation in pre stomal mirror was detected; so, a new intestinal resection and ileostomy were performed. She had necrotizing fasciitis communicating to the lumbar and gluteal region. The open abdomen was initially handled with Bogota bag, then with ABTHERA™ therapy and finally with VAC® therapy with polyvinyl sponge in contact with intestinal loops and silver sponge. Her management was performed in three different hospitals. The patient died 38 days after she was operated on due to septic shock, abdominal sepsis, soft tissue infection and bacterial pneumonia. The factors attributed to this type of complication are the surgeon's lack of experience and other patient-related factors.

INTRODUCCIÓN

La liposucción es un procedimiento con alta demanda que se realiza para manejo del contorno corporal, como procedimiento aislado o procedimiento complementario en un gran número de procedimientos estéticos. La Socie-

dad Internacional de Cirugía Plástica Estética (ISAPS, por sus siglas en inglés), en los resultados obtenidos en 2020, coloca la liposucción como el segundo procedimiento estético que más se realiza en EUA y el primero en México,¹⁻³ con un aumento en todas sus modalidades (convencional, VASER, PAL y WAL).^{1,3}

Citar como: Herrán-Motta FS, Orozco-Bustos MD. Perforación intestinal fatal luego de liposucción con lipotransferencia glútea y mama de aumento. Cir Plast. 2022; 32 (3): 134-139. <https://dx.doi.org/10.35366/108729>



Al ser la liposucción una de las cirugías estéticas más realizadas, es coherente que se incrementen el número de complicaciones,⁴ desde irregularidades en el contorno, equimosis o seromas, hasta complicaciones graves que ponen en riesgo la vida como la embolia grasa y perforaciones abdominales, torácicas o vasculares.^{5,6}

La penetración de la cavidad abdominal durante la liposucción con perforaciones intestinales es rara y subestimada.^{5,6} La incidencia reportada es de 14 en 100,000 casos de liposucción,^{2,7} con consecuencias devastadoras, por lo que su mortalidad es elevada (50%),^{5,6,8} lo que la convierte en la segunda causa de mortalidad por liposucción.²

La literatura menciona que dentro de los factores que contribuyen a esta complicación están la técnica quirúrgica atribuida al cirujano,^{2,8} las condiciones de la pared abdominal, entre ellas pared delgada, debilidad, diástasis y, sobre todo, hernias.^{2,3,5,8}

Es importante la detección y atención oportuna de la complicación, ya que se considera que si la perforación intestinal se detecta intraoperatoria o dentro de las primeras 72 horas es posible realizar entero-enteroanastomosis o, de lo contrario, se recomienda una estoma.

CASO CLÍNICO

Paciente de la cual tuvimos conocimiento al estar ingresada en el Centro Médico Nacional 20 de Noviembre, a cargo del Servicio de Cirugía General y por la que, en un momento dado, fuimos interconsultados. Los datos aquí presentados se obtuvieron por interrogatorio directo y por una revisión exhaustiva del expediente en el Centro Médico Nacional y el expediente en el Hospital de Grupo Angeles Servicio de Salud, donde hay información del hospital en que se intervino originalmente a la paciente.

Se trata de una mujer de 38 años, con antecedente de dos cesáreas, que en el año 2020 decidió realizarse mamoplastia de aumento más liposucción de tronco, con lipotransferencia a regiones glúteas, lo cual fue realizado en un medio privado por un médico entrenado en medicina estética.

La paciente fue intervenida y egresó al día siguiente de la cirugía con analgésicos y antibiótico, pero dentro de las siguientes 24 horas empezó con dolor abdominal intenso (8/10) e intolerancia a la vía oral, por lo que se comunicó con su médico tratante que le recomendó reposo y antiemético. Evolucionó de manera tórpida con persistencia de dolor abdominal e intolerancia a la vía oral con vómito de contenido gastrointestinal, por lo que seis días después de la cirugía le realizaron ultrasonido abdominal que reportó íleo de origen por determinar y escaso líquido en cavidad peritoneal, por esta razón pasó a cargo de cirugía general, donde se realizó laparotomía exploradora y se dejó colostomía con abdomen abierto 30 cm y bolsa de Bogotá.

A los 11 días del postoperatorio se trasladó a un Hospital privado de Grupo Angeles Servicio de Salud, donde le realizaron TAC abdominal que reportó niveles hidroaéreos indistintos, hidrops vesicular, colostomía en flanco derecho, líquido libre en cavidad y derrame pleural. Ingresó a terapia intensiva y se hizo reporte por probable caso médico-legal. A los 12 días de la cirugía ingresó a quirófano y reportaron líquido purulento libre en cavidad, asas edematosas con membranas fibrinopurulentas, pared abdominal disecada, necrosis superficial de fascia y tejido celular subcutáneo que rodea tronco, encontraron tres incisiones



Figura 1: Pared abdominal con necrosis de fascia y abundantes natas fibrinopurulentas.



Figura 2: Realización de ileostomía en combinación con terapia ABTHERA™.

pequeñas en espalda con exudado purulento y colocaron terapia ABTHERA™ (Figura 1). A los 14 días del postoperatorio pasó a quirófano, donde encontraron material intestinal libre en cavidad, hallaron perforación en espejo preestomal y necrosis de tejido celular subcutáneo, además realizaron resección intestinal, ileostomía y terapia ABTHERA™ (Figura 2). A los 15 días de la cirugía se trasladó a la paciente al Centro Médico Nacional 20 de Noviembre del ISSSTE, a cargo de cirugía general en la Unidad de Terapia Postquirúrgica, con diagnósticos de sepsis abdominal secundaria a perforación de víscera hueca, con fascitis necrosante, desequilibrio ácido-base, coagulopatía de consumo y síndrome depresivo asociado a trastorno médico. Se realizó TAC toracoabdominal que reportó colecciones en tejido celular subcutáneo hipodensas heterogéneas, que se extendían en sentido transversal, longitudinal y anteroposterior, desde tórax hasta pubis, con pérdida de continuidad en la línea media, ileostomía en fosa iliaca derecha, hidrocolecisto y derrame pleural bilateral. A los 17 días del postoperatorio, realizaron lavado quirúrgico y cambio de terapia ABTHERA™, sin reportar otros hallazgos. A los 21 días de la cirugía, nuevo lavado abdominal con desbridamiento de tejidos blandos de la pared abdominal por

tejido necrosado, al colocar nuevamente terapia ABTHERA™ a través de una herida postoperatoria de aproximadamente 6 mm. En la región sacra se colocó otro drenaje debido a salida abundante de líquido seroso turbio (Figura 3). A los 26 días de cirugía, otro lavado de cavidad abdominal, que reportó abdomen congelado, dehiscencia de la piel de la ileostomía, con contaminación fecal hacia flanco derecho, se drenaron aproximadamente 100 mL de material fecaloide, con lo que se detectó fascitis necrosante desde el flanco izquierdo, que comunicaba a la región lumbar y glútea, con un drenado de 300 mL de exudado fibrinopurulento (Figura 4). Se continuó con terapia VAC®, pero se cambió a esponja de alcohol polivinilo (PVA) sobre asas intestinales, cubriendo con esponja de plata que abarcaba pared abdominal.⁵ A los 33 días del postoperatorio, le realizaron nuevamente lavado de cavidad y pared abdominal, encontraron secreción purulenta en tejido subcutáneo de ambos flancos, con detritus celulares y necrosis grasa que se extendía a pubis, y llamó la atención la presencia de un área de necrosis que consideraron pudo haber sido vesícula biliar o asa intestinal.

A los 37 días de la cirugía, la paciente se tornó inestable hemodinámica y pulmonarmente, con choque séptico que requirió intubación orotraqueal, y se realizó toracocentesis con drenaje de aproximadamente 60 mL de material serohemático. A los 38 días del postoperatorio, se observó secreción asalmonada por la cánula orotraqueal, se descartó tromboembolia pulmonar, la paciente cayó en paro



Figura 3: Región sacra con presencia de abundante salida de material seroso-turbio a través de drenaje.

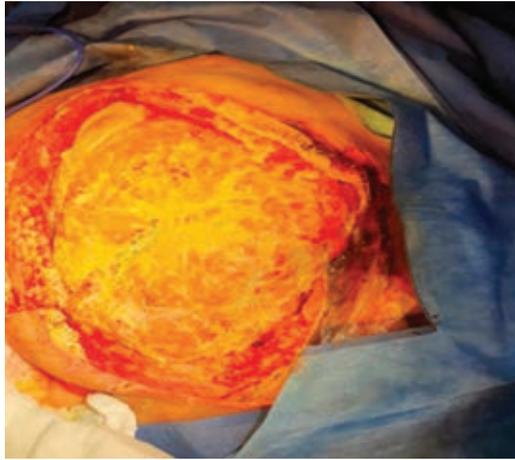


Figura 4: Abdomen congelado con abundante fibrina.

cardiorrespiratorio y falleció. Los diagnósticos del certificado de defunción fueron choque séptico, sepsis abdominal, infección de tejidos blandos y neumonía bacteriana.

Desde el quinto día de su ingreso al Centro Médico Nacional 20 de Noviembre, el Servicio de Cirugía Plástica y Reconstructiva se encargó de realizar curación diaria de la región posterior. El exudado inicial en la herida sacra fue seroso turbio, aproximadamente de 500 mL, se realizó de manera manual y al día siguiente en el evento quirúrgico se colocó drenaje de Jackson Pratt, por el cual era mínimo lo que colectaba, pero a través del mismo se aspiraba con jeringa y se extraía exudado que fue cambiando de seroso turbio a fibrinopurulento y, posteriormente, a secreción verdosa, similar a la que salía por ileostomía, que era contenido intestinal en cantidades variables, pero en promedio de 150 mL, además de secreción purulenta en la parte alta de la espalda.

Durante su estancia en el Centro Médico Nacional recibió manejo multidisciplinario con esquema de antibióticos, inicialmente combinación de meropenem y fluconazol, a las dos semanas se cambió meropenem por linezolid y seis días después se agregó imipenem-cilastatina, luego se agregó vancomicina. Previamente, en el Hospital de Grupo Angeles Servicio de Salud, se trató un día con ertapenem y a continuación se cambió por meropenem, vancomicina y caspofungina.

Análisis y discusión del caso

Un factor importante es que la preparación del cirujano se ha visto relacionada con las perforaciones en cavidad abdominal por liposucción y, en este caso, la realizó un médico sin capacitación como especialista en cirugía plástica y reconstructiva.

Un especialista en cirugía plástica y reconstructiva, además de ser médico, realiza una especialidad formal en centros hospitalarios durante cuatro años, con un requisito previo de dos a cuatro años de cirugía general, lo que le permite tener conocimientos, destrezas y habilidades, en primer lugar, dentro de cirugía general, lo que ayuda a detectar alteraciones estructurales en la pared abdominal del paciente como pueden ser hernias y diástasis, pero además le permite reconocer más fácilmente una complicación intrabdominal. Y, por otra parte, el tener una residencia formal permite tener una mejor capacitación y destreza en la técnica quirúrgica.

Otro factor que contribuye al desenlace fatal, en los casos de perforaciones viscerales por liposucción, es el retraso en el tratamiento; en este caso, pese a que la paciente inició con síntomas dentro de las 36 horas postoperatorias, fue hasta seis días después que se hizo un estudio y diagnóstico, lo que llevó al retraso en el tratamiento.

Ahora bien, las notas y la TAC del Hospital Grupo Angeles Servicio de Salud reportan colostomía en flanco derecho, lo que nos habla de una lesión a víscera hueca y realización de estoma a nivel de colon; sin embargo, debido a hallazgos en los lavados quirúrgicos de perforación en espejo preestomal y contenido intestinal libre en cavidad, se realizó nuevamente resección intestinal e ileostomía, cuyo estoma quedó en fosa iliaca derecha, como lo reporta la TAC toracoabdominal en el Centro Médico Nacional 20 de Noviembre, lo que nos habla de más de una perforación, y por tanto incrementa la morbilidad.

El que la ileostomía tuviera dehiscencia de la piel favoreció la contaminación con materia fecal a los tejidos blandos, desde los flancos hacia la región lumbar y glútea, y hacia el pubis que permitió una diseminación importante por el tejido subcutáneo, ya que la liposucción crea espacios con forma de panal de abeja.

La infección de tejidos blandos y la sepsis abdominal, aunado a que en la última cirugía reportaron necrosis de víscera hueca, sin poder identificar si era un asa intestinal o la vesícula biliar, agravó el pronóstico a corto y mediano plazo.

En este caso no contamos con todos los datos en relación a la cirugía inicial, como el tipo de liposucción realizada, pero por el perfil en redes sociales del médico que la operó, es muy probable que haya sido liposucción con alta energía, la cual además de tener un efecto mecánico de deslizamiento de las cánulas, tiene un efecto térmico sobre las zonas subdérmicas que se genera para lograr la destrucción de la grasa y una mejor retracción de la piel.⁹

Desconocemos el resultado específico de la laparotomía exploradora inicial, pero sabemos que ameritó colostomía y manejo de abdomen abierto con bolsa de Bogotá. Queda claro que el hecho de tener colostomía, para luego encontrar una perforación en espejo preestomal y tener que realizar resección intestinal e ileostomía, nos indica más de una perforación que probablemente afectó las áreas más comunes en las perforaciones abdominales, éstas son la región central con perforación a intestino delgado (62.5%) y marco cólico (17.5%), si esto fuera de manera aislada. Las lesiones combinadas se presentan en 10% de los casos, la combinación de íleon y colon es la más común (7.5%).^{2,8,10}

La perforación intestinal después de liposucción está documentada en la literatura, al reportarse muertes con esta condición debido a la dificultad de diagnóstico, presentación tardía, desarrollo de peritonitis y manejo complejo.⁴

CONCLUSIONES

En el caso que acabamos de presentar se conjuntaron varios factores que determinaron la evolución y pronóstico de la enfermedad. Entre estos factores consideramos: 1) la falta de una adecuada capacitación del médico para realizar el procedimiento; 2) una deficiencia en la experiencia del médico que la operó para sospechar la complicación; 3) retraso en el diagnóstico y, por tanto, 4) retraso en el tratamiento, lo cual no permitió la resolución de la complicación con una resección intestinal y una entero-enteroanastomosis que hubiera

tenido mejor pronóstico, que obligara a realizar la colostomía y, posteriormente, una ileostomía; 5) la víscera perforada fue en el área más crítica del abdomen, ya que tiene el mayor riesgo de perforación; y, finalmente, 6) que la ileostomía dehiscente produjera contaminación fecal en los tejidos blandos. Toda esta serie de factores llevaron a la defunción de la paciente a los 38 días del postoperatorio.

En este caso se cumplió la evolución o secuencia de eventos, la perforación de víscera hueca a peritonitis, sepsis abdominal, necrosis de tejidos blandos, dermofascitis, choque séptico y muerte.

Si bien es cierto que la liposucción es un procedimiento riesgoso en manos experimentadas, este riesgo aumenta cuando es realizado por personas que no tienen una capacitación mediante una residencia formal. Es importante que el público en general tenga conocimiento de este tipo de complicaciones y hagan una adecuada selección de su cirujano.

REFERENCIAS

1. ISAPS Global Statistics 2017. Available in: <https://www.isaps.org/medical-professional-statistics>
2. Contreras-Bulnes L, Cuenca-Pardo J, Quintana-Vilchis C, Vélez-Benítez E. Perforación visceral en liposucción. Medicina basada en evidencia. *Cir Plast* 2019; 29 (1): 88-107.
3. Moretti E, Londoño L, Caballero YE, Galetto M, Godoy A. Efecto del ultrasonido quirúrgico de alta potencia en el tejido dérmico y adiposo: estudio experimental para aplicación en marcación abdominal. *Cir Plast Ibero-latinoam* 2016; 42 (3): 227-232.
4. Taha AA, Tahseen H. Spreading awareness: bowel perforation with liposuction. *Plast Reconstr Surg Glob Open* 2020; 8 (3): e2715.
5. Márquez-Álvarez L, Rodríguez-García R, PalomoAntequera C, Escudero Augusto D, González Pinto I. Perforación intestinal tras liposucción. *Cir Esp* 2019; 97 (9): 536-538.
6. Gardener C, Pandis L, Grigatti M, Vindigni V, Bassetto F, Brambullo T. Bowel perforation after liposuction in abdominal contouring surgery: Case report. *Int J Surg Case Rep* 2020; 72: 5-9.
7. Delliere V, Bertheuil N, Harnois Y, Thiénot S, Gérard M, Robert M et al. Multiple bowel perforation and necrotising fasciitis secondary to abdominal liposuction in a patient with bilateral lumbar hernia. *Indian J Plast Surg* 2014; 47 (3): 436-40.
8. Zakine G, Baruch J, Dardour JC, Flageul G. Perforation of viscera, a dramatic complication of liposuction: a review of 19 cases evaluated by experts in France between 2000 and 2012. *Plast Reconstr Surg* 2015; 135 (3): 743-750.

9. Danilla S, Babaitis RA, Jara RP, Quispe DA, Andrades PR, Erazo CA et al. High-definition liposculpture: what are the complications and how to manage them? *Aesthetic Plast Surg* 2020; 44 (2): 411-418.
10. Cárdenas-Camarena L, Andrés Gerardo LP, Durán H, Bayter-Marin JE. Strategies for reducing fatal complications in liposuction. *Plast Reconstr Surg Glob Open* 2017; 5 (10): e1539.

Conflicto de intereses: los autores declaran no tener conflicto de intereses.

Correspondencia:

Dra. Fanny Stella Herrán-Motta

E-mail: drafannsherran@yahoo.com.mx

www.medigraphic.org.mx