



CASO CLÍNICO

doi: 10.35366/120809



Celulitis después de liposucción como primer signo de enfermedad reumatológica

Cellulitis after liposuction as the first sign of rheumatologic disease

Dra. Jesse Ham-Bustos,* Dr. Jesús Fernando Gallardo-García,† Dr. Aarón Ortega-Pérez§

Palabras clave:
liposucción, celulitis,
infección, lupus

Keywords:
liposuction, cellulitis,
infection, lupus

RESUMEN

Como cualquier cirugía, la liposucción está sujeta a complicaciones que pueden presentarse durante o después del procedimiento. Entre las más destacadas se encuentran las relacionadas con la anestesia general, trombosis, problemas cardíacos e infecciones. Cualquier evolución inesperada debe motivar una investigación para descartar complicaciones quirúrgicas o determinar si existe una causa externa responsable. El diagnóstico diferencial orienta al paciente, junto con la colaboración multidisciplinaria, para la mejor solución. Presentamos el caso de una mujer de 58 años que desarrolló celulitis en ambas extremidades inferiores después de la cirugía. Inicialmente, se atribuyó a una posible infección; pruebas posteriores la confirmaron, revelando que los síntomas tenían un origen autoinmune.

ABSTRACT

As with any surgery, liposuction is subject to complications that may occur during or after the procedure. Among the most prominent are those related to general anesthesia, thrombosis, cardiac issues, and infections. Unexpected developments should urge an investigation to rule out surgical complications or determine if an external cause is responsible. Differential diagnosis to guide the patient, along with multidisciplinary collaboration for the best solution. We present the case of a 58-year-old woman who developed cellulitis in both lower limbs after surgery. This was initially attributed to a possible infection; further tests ruled this revealing the symptoms had an autoimmune origin.

INTRODUCCIÓN

El lupus eritematoso sistémico (LES) es una enfermedad autoinmune de etiología desconocida que se caracteriza por la gran variedad de manifestaciones clínicas que pueden presentarse durante la evolución de la enfermedad. Con relación al pronóstico, varios estudios han demostrado que determinadas características clínicas como la etnia, el género, la edad y la condición socioeconómica influyen en él.¹ Se ha observado que los hispanos desarrollan una enfermedad más severa y con una peor evolución que los pacientes caucásicos.²⁻⁴ Las células mueren por necrosis o apoptosis; esto depende del desencadenante

inicial. Las células que mueren son fagocitadas normalmente por macrófagos especializados o con menos frecuencia por células inmaduras, o bien por neutrófilos. Si las células apoptóticas no son eliminadas adecuadamente, llegan a un estado de necrosis secundaria. La muerte celular ocurre en las células que no han alcanzado su tiempo de vida completo y que por medio de un estímulo externo son forzadas a interrumpir sus funciones vitales y alterar su integridad física, liberando al ambiente extracelular sus componentes intracelulares.⁵ Los fluidos intracelulares, así como las proteínas y organelos que se liberan al exterior, pueden iniciar respuestas inflamatorias, las que a su vez pueden dañar los tejidos.⁶ Las manifestaciones

* Cirujana plástica, estética y reconstructiva en el New City Medical Plaza. Tijuana, B.C., México. ORCID: 0009-0004-0864-7754

† Cirujano plástico, estético y reconstructivo en el Hospital Star Médica Centro. Tijuana, B.C., México.

§ Cirujano plástico, estético y reconstructivo en Health & Surgical Comfort. Tijuana, B.C., México. ORCID: 0000-0002-0390-7367

Recibido: 23 enero 2025

Aceptado: 21 febrero 2025



Citar como: Ham-Bustos J, Gallardo-García JF, Ortega-Pérez A. Celulitis después de liposucción como primer signo de enfermedad reumatológica. *Cir Plast.* 2025; 35 (1): 29-33. <https://dx.doi.org/10.35366/120809>



Figura 1:

Lesiones eritematosas en cara externa de muslos y piernas de inicio al mes del postoperatorio.

**Figura 2:**

Hiperpigmentación residual al remitir el cuadro tras tratamiento un año después del inicio de los síntomas.



son extremadamente heterogéneas, pudiendo dañar a varios órganos. Puede afectar a la piel o las membranas mucosas, articulaciones, cerebro, corazón, riñón, pulmón y, ocasionalmente, el tracto gastrointestinal.⁷⁻⁹ De todos los órganos que pueden resultar afectados en el lupus, se han hecho estudios más intensos en los riñones y la piel; en ambos casos predomi-

nan los fenómenos inflamatorios y el depósito de anticuerpos y factores del complemento.¹⁰ Se presenta clínicamente como nudosidades subcutáneas mal delimitadas cubiertas de piel con aspecto eritematoso, a veces dolorosas e indistinguibles de una paniculitis de cualquier otro tipo. Los síntomas generales como fatiga, malestar general, fiebre, anorexia y pérdida de peso son hallados con mucha frecuencia, tanto como síntomas iniciales de la enfermedad o como complicaciones de ella. La fatiga merece una mención especial, porque es un síntoma muy incapacitante que está ligado a un trastorno depresivo y se presenta de forma independiente de las manifestaciones clínicas o serológicas.¹¹⁻¹³ La hiperpigmentación postinflamatoria es común, pero no suele dejar cicatrices.¹⁴

CASO CLÍNICO

Mujer de 58 años, sin enfermedades crónicas degenerativas ni comorbilidades conocidas, con antecedente de abdominoplastia 10 años atrás, a quien se realizó lipoescultura con lipoinfiltración en glúteos y caderas. La cirugía se llevó a cabo sin incidentes y se egresó al día siguiente, de acuerdo con el protocolo normal. Después de un mes de postoperatorio sin complicaciones, inició con eritema de 15 × 10 cm, aumento de temperatura local y dolor leve en cara externa de ambos muslos, así como en caras interna y externa de ambas piernas (*Figuras 1 y 2*). Sospechando celulitis, se inició antibioticoterapia con dicloxacilina. Se realizó ultrasonido de tejidos blandos con transductor lineal multifrecuencia de ambos muslos, para descartar la presencia de colecciones, visualizando aumento de la ecogenicidad de la grasa, con engrosamiento de la dermis (*Figura 3*). La aplicación de Doppler color y poder mostró aumento del flujo, con zonas discretas de edema, descartando la presencia de abscesos (*Figura 4*). Se tomaron muestras para cultivo de ambas áreas mediante biopsia por aspiración con aguja fina, sin haber crecimiento bacteriano. Al no haber mejoría del cuadro, se decidió continuar con el apoyo del servicio de infectología, el que diagnosticó celulitis e inició tratamiento con clindamicina. El cuadro tuvo periodos de remisión, con nueva aparición de la misma sin-

tomatología. En este lapso, la paciente presentó astenia y malestar general, en ningún momento hubo leucocitosis y se hicieron exámenes de laboratorio como biometría hemática, química sanguínea completa y examen general de orina mensuales. Después de cuatro meses del inicio de las lesiones cutáneas en muslos, comenzó a presentar nuevamente lesiones de características similares en ambas piernas, acompañadas de dolor que dificultaba la deambulacion, por lo que se envió al servicio de dermatología para descartar una enfermedad sistémica y se tomó biopsia de la cara externa de ambos muslos, que evidenció en el examen histopatológico: angiogénesis, infiltrado linfocitario perivascular, paniculitis perifolicular con afección a las glándulas ecrinas, fibrosis extensa, vacuolización

de las células del estrado basal y degeneración quística de los vasos, con numerosos linfocitos, siendo negativo a la tinción de Ziehl-Neelsen (Figura 5). Debido a la sospecha de enfermedad reumatológica, se solicitaron nuevos exámenes de laboratorio, los cuales fueron negativos para factor reumatoide, con elevación de la velocidad de sedimentación globular y proteína C reactiva, de 32 mm/h y 15.01 respectivamente. Asimismo, la paciente presentó posibilidad a anticuerpos antinucleares, con titulación de 1:80, con patrón de inmunofluorescencia homogéneo. Al obtener estos resultados, se canalizó al servicio de reumatología, el cual inició tratamiento con corticoides tópicos y tacrolimus, teniendo mejoría de la sintomatología. Se realizó un estudio extensivo para descartar lesiones a órganos blanco, continuando el seguimiento de patología de base en el servicio de reumatología.

DISCUSIÓN

Todo procedimiento quirúrgico, incluyendo los estéticos como liposucción, están prestos a complicaciones que pueden manifestarse durante o después de la cirugía. Las más destacadas son las producidas por la anestesia general, trombosis, complicaciones cardiacas y por infecciones.¹⁵ Las infecciones de tejidos blandos se caracterizan por una variedad de signos y síntomas clínicos. Los pacientes afectados pueden mostrar eritema en la zona afectada, así como edema y dolor localizado o difuso. Además, se puede observar un aumento en la temperatura local, manifestado como calor en la zona afectada.¹⁶ El diagnóstico de estas infecciones se basa en la combinación de evaluación clínica, historia médica del paciente y pruebas de laboratorio. Entre éstas se debe incluir el hemograma para identificar leucocitosis, cultivos de sangre o de herida. Se debe complementar con estudios de imagen para descartar la presencia de abscesos.^{15,17} Cuando el diagnóstico no está claro, se puede realizar una biopsia de tejido para obtener una muestra y realizar análisis patológicos más detallados y se debe tratar con un equipo multidisciplinario para identificar causas ajenas a la cirugía que puedan ser las causantes de las manifestaciones clínicas del paciente y realizar

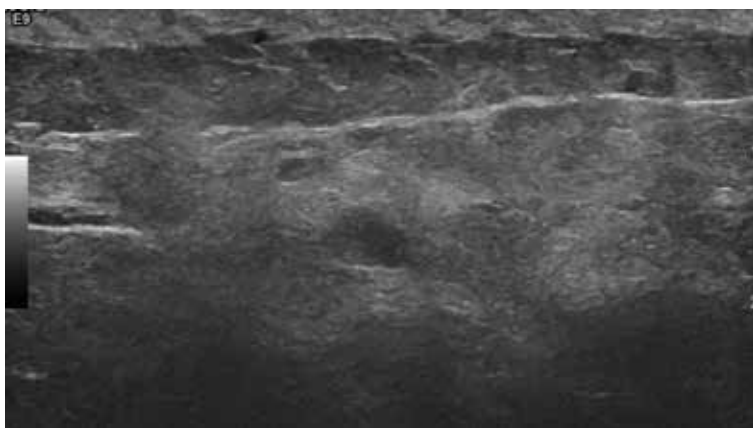


Figura 3: Aumento de la ecogenicidad de la grasa con engrosamiento de la dermis en ultrasonido de tejidos blandos con transductor lineal multifrecuencia.

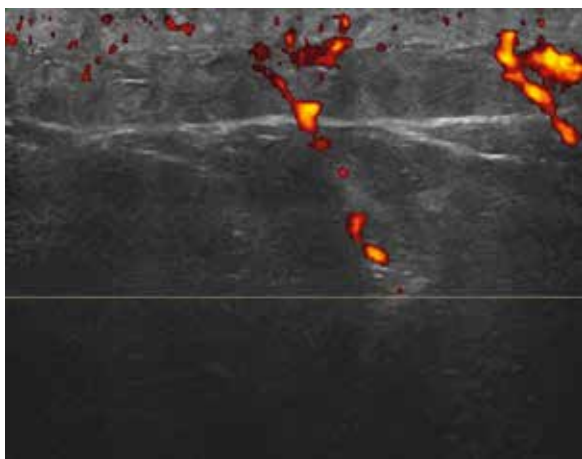


Figura 4:

Aumento del flujo tras aplicación de Doppler color.

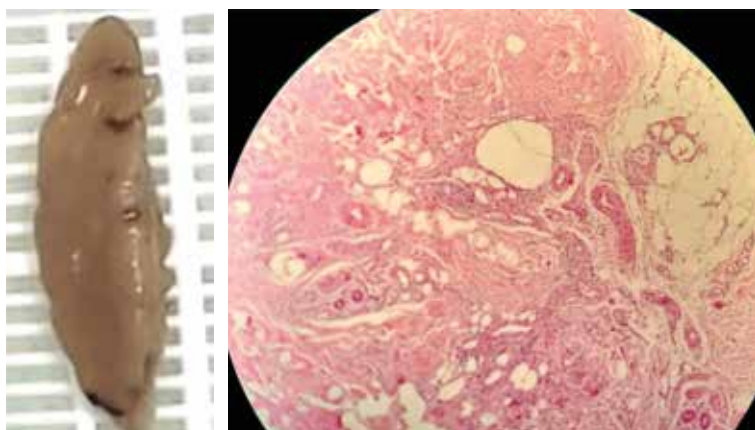


Figura 5: Angiogénesis, infiltrado linfocitario perivascular, paniculitis perifolicular con afección a las glándulas ecrinas, extensa fibrosis, vacuolización de las células del estrado basal, y degeneración quística de los vasos con numerosos linfocitos.

diagnósticos diferenciales.¹⁶ Las lesiones en la piel producidas por el lupus eritematoso sistémico constituyen una de las manifestaciones más frecuentes de esta enfermedad. Estas lesiones muestran una gran variabilidad, tanto en su expresión clínica como histológica, lo que dificulta su comprensión y estudio. Las lesiones vasculares son secundarias a una alteración inflamatoria (vasculitis) o trombótica de los vasos cutáneos y pueden manifestarse como celulitis similar a las presentadas en infecciones.¹⁸

CONCLUSIÓN

Es importante contar siempre con un equipo multidisciplinario para tener un panorama amplio de todas las afecciones que se puedan presentar en un paciente. Se debe recordar que todo paciente puede presentar afecciones propias de su etnia y genética y muchas veces las manifestaciones clínicas son atribuidas al evento quirúrgico, sin tener en realidad una relación. Debemos tener presente que, trabajando con otras especialidades, se le puede brindar al paciente un diagnóstico para beneficio de su salud.

REFERENCIAS

1. Enríquez-Mejía MG. Fisiopatología del lupus eritematoso sistémico. *Rev Med Investig* 2013; 1 (1): 8-16.

2. Alarcon GS, Roseman J, Bartolucci AA, Friedman AW, Moulds JM, Goel N et al. Systemic lupus erythematosus in three ethnic groups: II. Features predictive of disease activity early in its course. LUMINA Study Group. *Lupus in minority populations, nature versus nurture. Arthritis Rheum* 1998; 41 (7): 1173-1180.
3. Peralta-Ramirez MI, Jimenez-Alonso J, Godoy-Garcia JF, Perez-Garcia M. The effects of daily stress and stressful life events on the clinical symptomatology of patients with lupus erythematosus. *Psychosom Med* 2004; 66 (5): 788-794.
4. Reveille JD, Moulds JM, Ahn C, Friedman AW, Baethge B, Roseman J et al. Systemic lupus erythematosus in three ethnic groups: I. The effects of HLA class II, C4, and CR1 alleles, socioeconomic factors, and ethnicity at disease onset. LUMINA Study Group. *Lupus in minority populations, nature versus nurture. Arthritis Rheum* 1998; 41 (7): 1161-1172.
5. Colmán I, Ávila G, Acosta M, Aquino A, Centurión O, Duarte M. Manifestaciones clínicas y laboratoriales en el lupus eritematoso sistémico-LES. *Mem Inst Investig Cienc Salud* 2016; 14 (1): 94-109.
6. Ren Y, Stuart L, Lindberg FP, Rosenkranz AR, Chen Y, Mayadas TN et al. Nonphlogistic clearance of late apoptotic neutrophils by macrophages: efficient phagocytosis independent of beta 2 integrins. *J Immunol* 2001; 166 (7): 4743-4750.
7. Fraser PA, Ding WZ, Mohseni M, Treadwell EL, Dooley MA, St Clair EW et al. Glutathione S-transferase M null homozygosity and risk of systemic lupus erythematosus associated with sun exposure: a possible gene-environment interaction for autoimmunity. *J Rheumatol* 2003; 30 (2): 276-282.
8. Schoenfeld SR, Kasturi S, Costenbader KH. The epidemiology of atherosclerotic cardiovascular disease among patients with SLE: a systematic review. *Semin Arthritis Rheum* 2013; 43 (1): 77-95.
9. Urowitz MB, Bookman AA, Koehler BE, Gordon DA, Smythe HA, Ogryzlo MA. The bimodal mortality pattern of systemic lupus erythematosus. *Am J Med* 1976; 60 (2): 221-225.
10. Koffler D, Schur PH, Kunkel HG. Immunological studies concerning the nephritis of systemic lupus erythematosus. *J Exp Med* 1967; 126: 607-624.
11. Musio F, Bohen EM, Yuan CM, Welch PG. Review of thrombotic thrombocytopenic purpura in the setting of systemic lupus erythematosus. *Semin Arthritis Rheum* 1998; 28 (1): 1-19.
12. Villa Blanco I, Calvo Alén J. Lupus eritematoso sistémico. En: Alperi López M, Balsa Criado A, Blanco A, Hernández Cruz B, Medina Luezas J, Muñoz-Fernández S et al, editores. *Manual SER de enfermedades reumáticas*. 6a ed. Madrid: Elsevier; 2014. pp. 335-362.
13. Krupp LB, LaRocca NG, Muir J, Steinberg AD. A study of fatigue in systemic lupus erythematosus. *J Rheumatol* 1990; 17 (11): 1450-1452.
14. Obermoser G, Sontheimer RD, Zelger B. Overview of common, rare and atypical manifestations of cutaneous lupus erythematosus and histopathological correlates. *Lupus* 2010; 19: 1050-1070.
15. Cury Farfán MR. Complicaciones en la cirugía plástica. *Rev Actual Clín* 2014; 49: 2629-2634.

16. García E, Martínez R. Quistes cutáneos: diagnóstico y manejo clínico. *Rev Dermatol Clín* 2019; 28 (3): 67-78.
17. Rojas Jimenez RF, Thorné Vélez AM, Navarro Barraza DM, Doria Atencia JC, López Petro KD, Zapateiro Argel J. Caracterización epidemiológica de las infecciones cutáneas más frecuentes en el abordaje de procedimientos quirúrgicos plásticos en los últimos 5 años: artículo de revisión. *Ciencia Latina Rev Cient Multidiscip* 2024; 8 (1): 745-762.
18. Frances C. Manifestaciones cutáneas del lupus eritematoso. *EMC Dermatol* 2015; 49 (4): 1-14.

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

Correspondencia:
Dra. Jesse Ham-Bustos
E-mail: drajesseham@gmail.com