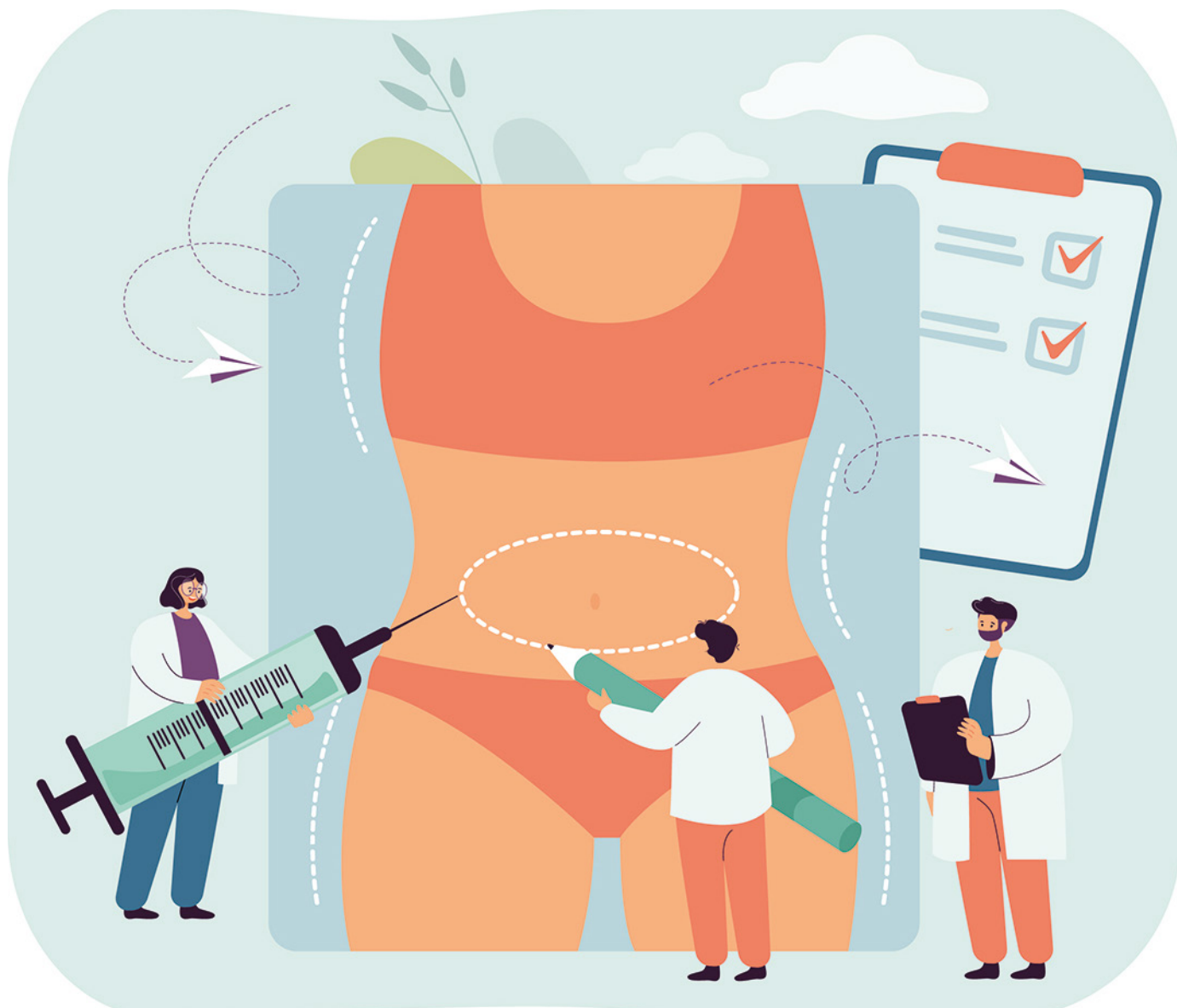


**Dra. Marta García Redondo.**

Médica Especialista en Cirugía Plástica, Estética y Reparadora.
Servicio de Cirugía Plástica y Quemados - H. U. "La Paz", Madrid.



Diabetes y cirugía plástica

La Diabetes Mellitus constituye uno de los principales desafíos sanitarios a nivel mundial por su elevada prevalencia y por las complicaciones sistémicas asociadas. En el ámbito de la cirugía plástica, históricamente ha sido considerada un factor de riesgo relevante

e incluso una contraindicación relativa para determinados procedimientos electivos. Sin embargo, el avance en el conocimiento fisiopatológico, la mejora de los protocolos perioperatorios y la incorporación de estrategias de medicina personalizada han permitido replantear este paradigma.

La pregunta actual ya no es si un paciente con diabetes puede someterse a una cirugía plástica, sino en qué condiciones puede hacerlo con seguridad y qué medidas deben implementarse para minimizar riesgos y optimizar resultados. Podríamos resumir este planteamiento en dos principios:

1. La diabetes no contraindica una intervención plástica, estética o reparadora; contraindica la improvisación.
2. El éxito quirúrgico en el paciente con diabetes, más que en ningún otro, hay que fraguarlo mucho antes de la incisión.

IMPACTO DE LA DIABETES EN LA FISIOLÓGÍA DE LA CICATRIZACIÓN

Que el proceso de cicatrización tenga lugar de manera óptima es clave en el éxito de cualquier cirugía y especialmente en el resultado de una cirugía con carácter plástico. Para ello, la cicatrización debe ser correcta en cada una de sus fases, que son cuatro:

- Hemostasia (inmediata - primeras horas): vasoconstricción y activación plaquetaria para formar el coágulo de fibrina. Objetivo: evitar el sangrado.
- Fase inflamatoria (día 1 a 4 aproximadamente): vasodilatación y llegada de células inflamatorias. Objetivo: evitar la infección.
- Fase proliferativa (día 4 a 21 aproximadamente): angiogénesis, proliferación de fibroblastos, síntesis de colágeno tipo III y reepitelización. Objetivo: relleno y cierre de la herida ("transformar la herida en cicatriz").
- Fase de remodelación (3 semanas a 1 año aproximadamente): sustitución de colágeno tipo III por tipo I, reorganización de fibras, disminución de la vascularización y aumento progresivo de la resistencia tensil (hasta 70 – 80 % de la piel sana). Objetivo: aplanar y aclarar la cicatriz ("hacer la cicatriz imperceptible").

La diabetes mellitus, sea insulinodependiente o no, se asocia a alteraciones micro y macrovasculares, disfunción endotelial, neuropatía periférica y alteraciones en la respuesta

inmunitaria, fenómenos clave en todas las etapas de la cicatrización, especialmente en la fase inflamatoria. La hiperglucemia sostenida favorece la glicación no enzimática de proteínas y altera la función leucocitaria, lo que incrementa la susceptibilidad a infecciones y retrasa la cicatrización.

En cirugía plástica, donde la viabilidad tisular y la correcta perfusión son determinantes para garantizar un buen resultado, estos factores adquieren especial relevancia. Complicaciones como hematomas, seromas, dehiscencias de sutura, necrosis cutáneas o infecciones profundas pueden verse favorecidas en contextos de mal control metabólico.

Por ello, la valoración del paciente con diabetes debe centrarse en tres pilares fundamentales:

- Estado de control glucémico.
- Situación vascular periférica.
- Presencia de comorbilidades asociadas.

EVALUACIÓN PREOPERATORIA Y CRITERIOS DE SELECCIÓN

La evaluación preoperatoria constituye una fase crítica. La hemoglobina glicosilada (HbA1c) es un parámetro orientativo esencial; en términos generales, se considera recomendable un valor inferior a 7 %, individualizando según edad, comorbilidades y tipo de procedimiento.

Debe incluirse:

- Historia clínica detallada con duración de la diabetes y tratamiento actual.
- Evaluación cardiovascular.
- Valoración del índice de masa corporal y estado nutricional.
- Detección de neuropatía o enfermedad vascular periférica.
- Ausencia de hábito tabáquico u otras adicciones.
- Coordinación con endocrinología en casos de control subóptimo.

La selección adecuada del paciente reduce »

LA HIPERGLUCEMIA
SOSTENIDA
FAVORECE
LA GLICACIÓN
NO ENZIMÁTICA
DE PROTEÍNAS
Y ALTERA
LA FUNCIÓN
LEUCOCITARIA,
LO QUE
INCREMENTA LA
SUSCEPTIBILIDAD
A INFECCIONES
Y RETRASA
LA CICATRIZACIÓN



» significativamente la tasa de complicaciones. No todos los procedimientos implican el mismo riesgo ni todos los pacientes con diabetes presentan la misma vulnerabilidad.

PROCEDIMIENTOS MÁS FRECUENTES Y CONSIDERACIONES ESPECÍFICAS

Abdominoplastia

Es uno de los procedimientos más demandados en pacientes con antecedentes de obesidad y diabetes tipo 2. La amplia disección y el compromiso vascular potencial obligan a extremar la precisión en la técnica quirúrgica, reducir tiempos operatorios y optimizar el control glucémico perioperatorio.

Mamoplastia (aumento o reducción)

Debe valorarse cuidadosamente la vascularización del complejo areola-pezones. En pacientes con microangiopatía avanzada, el riesgo de necrosis parcial puede incrementarse.

Blefaroplastia

Aunque menos invasiva, requiere igualmente estabilidad metabólica. Su menor agresividad tisular la convierte en un procedimiento relativamente seguro en pacientes bien controlados.

Cirugía Reconstructiva

En pacientes con secuelas traumáticas, oncológicas o defectos tisulares, la cirugía reconstructiva exige especial atención a la

calidad del lecho receptor y a la perfusión. La planificación debe ser rigurosa y conservadora. En pacientes con diabetes en los que deba realizarse una intervención microquirúrgica (implica anastomosis o unión de vasos sanguíneos con el microscopio) es muy importante, siempre que sea factible, realizar un estudio angiológico que asegure en la medida de lo posible el buen estado de los vasos implicados en el procedimiento.

MANEJO PERIOPERATORIO

El control metabólico en las primeras 48–72 horas es determinante. La hiperglucemia perioperatoria se asocia a mayor riesgo de infección quirúrgica, por ello se recomienda:

- Monitorización frecuente de glucemias.
- Ajuste de insulina o antidiabéticos orales según protocolo.
- Profilaxis antibiótica cuando esté indicada.
- Movilización precoz para disminuir el riesgo trombótico.

El enfoque debe ser **multidisciplinar** integrando cirugía plástica, anestesiología y endocrinología, así como al personal de enfermería y auxiliar durante el postoperatorio inmediato en caso de ingreso hospitalario.

» COMPLICACIONES POTENCIALES

Entre las complicaciones más relevantes destacan:

- Hematoma o sangrado.
- Infección de la herida quirúrgica.
- Dehiscencia de sutura.
- Necrosis cutánea.
- Seroma persistente.
- Retraso en la cicatrización o cicatrización dehiscente.

Diversos estudios han demostrado que el mal control glucémico se correlaciona con incremento significativo de complicaciones postoperatorias (1, 2). No obstante, cuando la HbA1c se encuentra en rango óptimo y se aplican protocolos estandarizados, las tasas pueden aproximarse a las de la población sin diabetes (3-8).

ASPECTOS ÉTICOS Y EXPECTATIVA DEL PACIENTE

Es fundamental que el consentimiento informado incluya información clara sobre:

- Riesgo potencial aumentado de complicaciones.
- Posible prolongación del tiempo de recuperación.
- Necesidad de compromiso activo con el control glucémico.

La comunicación honesta fortalece la relación médico-paciente y contribuye a resultados satisfactorios.

Como siempre en medicina y de manera especial en nuestra especialidad debemos recordar la primera máxima de nuestro Código Hipocrático: *Primum non nocere* ("Lo primero no hacer daño"). Esto es, si evaluados los parámetros necesarios (incluido el compromiso del paciente) para poder realizar la cirugía con seguridad la balanza beneficio-riesgo se inclina hacia el segundo, debemos saber decir "no", lo más difícil en nuestra profesión, aunque se trate de un procedimiento reparador como puede ser una reconstrucción mamaria postmastectomía. **D**



CONCLUSIONES

- La diabetes mellitus no es una contraindicación absoluta para realizar un procedimiento plástico, estético o reparador.
- El control metabólico adecuado reduce significativamente las complicaciones.
- La evaluación preoperatoria rigurosa es esencial para la seguridad del paciente.
- El manejo multidisciplinar acelera la recuperación postoperatoria y optimiza los resultados.
- La indicación quirúrgica debe ser individualizada y basada en criterios clínicos objetivos.
- El compromiso del paciente con el control glucémico y el seguimiento de las recomendaciones postoperatorias es un factor clave en el éxito quirúrgico.

BIBLIOGRAFÍA

1. Ata A, Lee J, Bestle SL, Desemone J, Stain SC. Postoperative hyperglycemia and surgical site infection. Arch Surg. 2010;145(9):858-64.
2. Frisch A, Chandra P, Smiley D, et al. Prevalence and clinical outcome of hyperglycemia in surgical patients. Diabetes Care. 2010;33(8):1783-8.
3. Halkos ME, Lattouf OM, Puskas JD, et al. Elevated preoperative hemoglobin A1c level and adverse outcomes after cardiac surgery. Ann Thorac Surg. 2008;86(5):1431-7.
4. Underwood P, Askari R, Hurwitz S, et al. Preoperative A1c and clinical outcomes in diabetic patients undergoing major noncardiac surgical procedures. Diabetes Care. 2014;37(3):611-6.
5. American Diabetes Association. Standards of Medical Care in Diabetes 2023. Diabetes Care. 2023;46(Suppl 1):S1-S291.
6. Kwon S, Thompson R, Dellinger P, Yanez D, Farrohi E, Flum D. Importance of perioperative glycemic control. Ann Surg. 2013;257(1):8-14.
7. Martin ET, Kaye KS, Knott C, et al. Diabetes and risk of surgical site infection. Infect Control Hosp Epidemiol. 2016;37(1):88-99.
8. Ambiru S, Kato A, Kimura F, et al. Poor glycemic control increases postoperative morbidity. Ann Surg. 2008;247(4):575-80.