

Revista Argentina de Cirugía Plástica

REVISTA ARGENTINA DE CIRUGÍA PLÁSTICA (ARGENTINE JOURNAL OF PLASTIC SURGERY)
ABRIL - JUNIO DE 2025 | AÑO 31 | NÚMERO 2

Discurso de asunción del presidente de SACPER período 2025-2026

Dr. Jorge Ricardo Wetzel

Revista Argentina de Cirugía Plástica: 72 años y un nuevo editor

Dr. Ricardo Jorge Losardo

Cierre complejo de heridas en cuero cabelludo mediante el uso de sistemas dinámicos. Experiencia con manejo de bandas elásticas

Dr. Ernesto Moretti, Dr. Sebastián Corona Agudelo, Dr. César Cordero Ramírez, Dra. Micaela Clerici, Dr. Facundo Cáceres

Evaluación de la calidad de vida en pacientes con cáncer de piel en el rostro

Dr. Carlos Cutini Cingozoglu

Uso de matriz dérmica en contracturas por quemaduras del brazo y antebrazo

Dra. Irene Daher, Dr. Adrián Armando Corbalán

Uso de matriz dérmica em contraturas de queimaduras do braço e antebraço

Dra. Irene Daher, Dr. Adrián Armando Corbalán

Planeamiento educativo en cirugía plástica

Dr. Patricio F. Jacovella

Recuerdos y anécdotas del doctor Héctor Marino: tercera parte

Dr. Ricardo J. Losardo

Cirugía estética, prisionera de la moda

Dr. Manuel Alberto Sarabayrouse

Colocación de las bandas elásticas para mantenimiento de los colgajos en posición.

Cierre complejo de heridas en cuero cabelludo mediante el uso de sistemas dinámicos



Imagen intraoperatoria donde se procede al retiro del expansor.

Control final de la paciente al año.



SACPER

SOCIEDAD ARGENTINA DE CIRUGÍA
PLÁSTICA, ESTÉTICA Y REPARADORA

COMISIÓN DIRECTIVA 2025 - 2026

Presidente

Dr. Jorge Ricardo Wetzel

Vicepresidente

Dr. Daniel Ernesto Matteo

Secretario

Dr. José María Schiavoni

Prosecretaria

Dr. Sandra Mónica Sbrascini

Tesorero

Dr. Aldo Daniel Álvarez

Protesorero

Dr. Ariel Petroni

Secretaria de actas

Dra. Cecilia Mercedes Chiappero Mira

Director de publicaciones

Dr. Pablo Guillermo Serpa

Subdirector de publicaciones

Dr. Sebastián Nicolás Apa

Vocales titulares

Dra. Yamila Ivana Giancarelli

Dra. Susana Beatriz Paredes

Dra. Aneley Fernanda Porto

Dr. José Luis Tesler

Vocales suplentes

Dra. Florencia Gabriela Calaramo

Dr. Federico Dieguez Aliaga

Dra. Adriana Natalia Cotto Perroni

Dr. Fernando Luis Arce

Presidente saliente

Dr. Roberto Serrano Alcalá

CAPÍTULOS, COMISIONES Y COMITÉS AÑO 2024-2025

CAPÍTULOS

Cicatrización y Heridas Complejas

Dra. Marisa Pérez

Cirugía de la Calvicie

Dr. Oscar Marinacci

Cirugía del Contorno Corporal

Dr. José Cárdenas

Cirugía Estética Cérvico Facial

Dr. Ángel Appiani

Cirugía Estética Mamaria

Dr. Enrique Gagliardi (h)

Cirugía Estética Nasal

Dr. Juan Tommasino

Cirugía Estética Periorbitaria

Dra. Ricardo Hoogstra

Cirugía Infantil y Congénitas

Dr. Guillermo Franze

Cirugía íntima (Femenina y Masculina)

Dr. Diego Cunille

Cirugía Maxilofacial

Dr. Héctor Jorge Ochoa

Cirugía Posbariátrica

Dr. Gustavo Ghiglione

Cirugía Reparadora Mamaria

Dr. Rodrigo Rossignol

Cirugía Transgénero

Dr. Eduardo Angheben

Laser y Otras Tecnologías

Dra. Natalia Cotto Perroni

Microcirugía y Cirugía Reparadora de Miembros

Dr. Matías Sander

Procedimientos Estéticos Miniinvasivos

Dr. Nicolás Cotter

Quemados y Medicina Regenerativa

Dr. Ariel Talarn

COMISIONES

Comisión de Acción Solidaria

Dr. Hernán Arashiro (Encargado)

Dr. Javier Loro Marchese

Dra. Alejandra Cano

Comisión de Acreditación de Unidades Docentes

Dr. Hugo Benítez (Encargado)

Dra. Laila Musri

Dra. Marcela Marín

Dr. Pablo Reartes

Dr. Juan José Galli

Dr. Rodolfo Cucchiani

Dr. Carlos García

Dr. Daniel Taboada

Dr. Federico Autcher

Comisión de Actividad Sociocultural (Arte / Pintura / Música / Literatura / Escultura)

Dra. Sandra Sbrascini

Dra. Susana Paredes

Comisión de Admisión de Trabajos a Premio

Dr. Jorge Wetzel
(Vicepresidente SACPER)

Dra. Liliana Scarpinelli
(Secretaria General SACPER)

Dra. José María Schiavoni

(Prosecretario SACPER)

Comisión de Asuntos Médico-Legales

Dr. Ricardo Denes (Encargado)

Dr. Osvaldo Daud (Encargado)

Dra. Gloria Cordary

Dr. Claudia Zúñiga Tepa

Dr. Pedro Krasnokuki

Dr. Juan Carlos Calvo de Alba

Dr. Oscar Merbilhaá

Dr. Yaquelina Torres

Dr. Sergio Rossaroli

Comisión de Bioseguridad

Dr. Martín Cerquatti

Dr. Mariano Mayor

Comisión de Cirugía Oncológica de la Piel

Dr. Luis Mastronardi (Encargado)

Dra. Liliana Scarpinelli

Dr. Sebastián Kramer

Dra. Natalia Kapko

Dr. Joaquín Nazar Anchorena

Dra. Josefina Cristofanelli

Comisión de Cirujanos Plásticos Jóvenes

Dr. Esteban Elena Scarafoni (Encargado)

Dr. Valentín Mogliani (Encargado)

Dra. María Laura Petersen

Dr. Rodrigo Rossignol

Dra. Silvina Aranda

Comisión de Control de Sitios Web y Redes Profesionales

Dr. Sebastián Morandi (Encargado)

Dr. José Hernán Almará

Dr. Diego Andjel

Comisión de Difusión Digital y Sitio Web SACPER

Dra. Aneley Porto (Encargada)

Dr. Edgardo Bisquert

Comisión de Docencia y Educación Médica Continua

Dr. Francisco Errea (Encargado)

Dra. Mirta Moreno

Dr. Manuel Viñal

Dr. Guillermo Flaherty
Dr. Juan Carlos Ortega
Dr. Horacio Mayer
Dr. Martín Chavanne

Comisión de Estadística

Dra. Myriam De Rosa
Dr. Juan Manuel López

Comisión de Eventos y Actividades Científicas

Dr. Daniel Matteo (Encargado)
Dr. Paul Nani
Dr. Martín Colombo
Dr. Horacio García Igarza
Dr. Ricardo Losardo
Dr. Omar Pellicioni
Dr. Oscar Abdala Montoto
Dr. Sebastián Apa

Comisión de Honorarios Médicos y Asuntos Gremiales

Dra. Susana Paredes (Encargada)
Dra. Sandra Sbrascini
Dra. Iris Hebe Blanco
Dr. Mauro Soriano
Dr. Fernando Quiroz
Dr. Ernesto Parellada
Dr. Armando Bradichansky
Dr. Diego Rodríguez Peyloubet
Dra. Natalia Veas
Dr. Carlos Lallana
Dr. Aníbal Mira
Dr. Mariano Jañez
Dr. Rodrigo Ladera
Dr. Renato Hernández

Comisión de Intrusismo

Dr. Miguel Corbella (Encargado)
Dr. Esteban Bolea
Dra. Florencia Calaramo
Dr. Diego Jalaris

Comisión de Nutrición en Cirugía Plástica

Dra. Ma. Cristina Picón
Dr. José Cárdenas

Comisión de Prensa

Dr. Jorge Wetzel (Encargado)
Dr. Carlos Trillo
Dra. Yamila Giancarelli
Dr. Cristian Leonhart
Dr. Marcelo Bernstein
Dr. Sebastián Ortiz
Dr. Andrés Garramone
Dr. Juan José Juri

Comisión de Recertificación

Dr. Alejandro Gómez Lucyszyn (Encargado)
Dr. Aldo Álvarez
Dr. Enrique Pedro Gagliardi
Dr. Ernesto Moretti
Dr. José Ramos

Comisión de Referencia y Contrarreferencia FLAP

Dr. Diego Steinberg (Encargado)
Dra. Cecilia Wenner
Dr. Miguel Floria
Dr. Agustín Amor

Dr. Rubén Medina
Dr. Guillermo Iturraspe
Dr. Sebastián Apa
Dr. Ramiro Lardapide

Comisión de Regulación del Ejercicio de la Cirugía Plástica

Dr. Roberto Serrano Alcalá (Presidente SACPER)
Dr. Jorge Wetzel (Vicepresidente SACPER)

Comisión de Residentes SACPER

Área Académica:

Dr. Jorge Mariano Balestrieri (Encargado)
Dr. Fernando Pigni
Dra. Magalí Bolotin
Dr. Ignacio Procickievicz

Residentes:

Dr. Tiago Reina Di Nunzio
Dr. Felipe Puche Burgos
Dra. Julieta Serrano Haro
Dra. Alejandra Sarmiento
Dra. Geraldine Begue
Dr. Guillermo Quiroz

Comisión de Salud Transgénero

Dra. Laura Bramati (Encargada)
Dra. Lucila Mangas
Dra. Valeria Rojas
Dr. Aníbal Obaid
Dr. Emiliano Torres
Dr. Eduardo Angehen
Dr. Lucas Lesta Compagnucci
Dra. Florencia Torresi
Dr. Ramiro López Bustos

Comisión de Vigilancia de Implantes Mamarios

Dr. Fernando Rives
Dr. Eduardo Palazzo
Dr. Federico Flaherty

Comisión de Vigilancia de Tecnologías Médicas

Dr. Rodolfo Villavicencio (Encargado)
Dr. Griselda Seleme
Dr. Ricardo Babaitis
Dr. Guillermo Di Biassio
Dr. Lucas Zurlo

COMITÉS

Comité de Admisión de Socios

Dr. Renato Hernández (Encargado)
Dr. Daniel Melgar
Dr. Javier Romero Reyna
Dr. Federico Diéguez
Dra. Hebe Blanco

Comités de Ética

Sala 1

Dr. Ricardo Lara
Dr. Edgardo Raggi
Dr. Pedro Zapata

Sala 2

Dr. Esteban Elena
Dr. Germán González Vedoya
Dra. Isabel Díaz de San Román

Sala 3

Dr. Eduardo Stagnaro
Dr. León Dahan
Dr. Sergio Ledesma

Consejo Asesor de Expresidentes SACPER

Dr. Edgardo Bisquert
Dr. Alejandro Gómez Lucyszyn
Dr. Omar Pellicioni
Dr. Martín Colombo
Dr. Juan Carlos Rodríguez
Dr. Esteban Elena
Dr. Omar Ventura

JUNTA ELECTORAL

Titulares:

Dr. Omar Pellicioni
Dr. Gustavo Ángela
Dra. Mariela Acha

Suplentes:

Dr. Alberto Tuninetti
Dr. Gustavo Tita

TRIBUNAL DE DISCIPLINA

Dr. Daniel Melgar (Encargado)
Dr. Eduardo Velázquez Dabat
Dr. Federico Diéguez
Dr. Renato Hernández

PARLAMENTARIO

Dr. Edgardo Bisquert
(Presidente Saliente SACPER)

ÓRGANO DE FISCALIZACIÓN

Titulares

Dr. Carlos Bertlmi
Dr. Juan Carlos Ortega
Dr. Marcelo Bernstein

Suplentes

Dr. Esteban Elena
Dr. Edgardo Raggi
Dr. Carlos Mira Blanco

DEPARTAMENTOS

Departamento de Relaciones Institucionales e Intersocietarias

Dr. Javier Vera Cuchiari (Encargado)
Dr. Paul Nani (ASPS)
Dra. Laila Musri (WF ASPS)
Dra. Nora Petralli (IMCAS)
Dr. Diego Steinberg (SMILE TRAIN)
Dr. Roberto Serrano Alcalá (FILACP)
Dr. Horacio Mayer (ICOPLAST)
Dr. Sergio Korzin (ISAPS)
Dr. Martín Colombo (Academia Nacional de Medicina)
Dr. Héctor Leoni (AIACH)
Dr. Santiago Laborde (AAQ)
Dr. Omar Pellicioni, Dra. Abril Romina Gutiérrez (Encargados Regionales SACPER)
Dra. Cecilia Chiapero Mira (Secretaría Regional SACPER)

Revista Argentina de Cirugía Plástica

COMITÉ DE REDACCIÓN

Editor

Dr. Ricardo Losardo

Coeditor

Dr. José Belmont

Comité editorial

Secretario de Redacción

Dr. Carlos Juri

Cirugía de la calvicie

Dr. José Luis Tesler

Cirugía de reconstrucción mamaria

Dr. Sergio Pagani, Dr. Daniel Lafranconi

Cirugía de secuelas de las quemaduras

Dr. Ricardo Lara

Cirugía del contorno corporal

Dr. Ricardo Babaitis

Cirugía estética

Dr. Alejandro Cantalapedra, Dr. Rolando Pisanú

Cirugía maxilofacial

Dr. Gustavo Pressacco

Cirugía plástica oncológica

Dr. Sergio Rossaroli

Cirugía plástica pediátrica

Dr. José Belmont

Microcirugía

Dr. Aníbal Mira

Marketing

Dr. Ariel Doña

Secretaría

Srta. Azul Mailen Real



Sociedad Argentina de Cirugía Plástica

REGISTRO PROPIEDAD INTELECTUAL

Expediente N° 687144. Inscripta en el Boletín de OPS/OMS.

ISSN: 0327-6945. La Revista Argentina de Cirugía Plástica es una publicación de la Sociedad Argentina de Cirugía Plástica, Estética y Reparadora.

Comité de Redacción: Dr. José Belmont | revista@sacper.org.ar



EXPRESIDENTES

1953 – Dr. Ernesto Malbec (†)
1954 – Dr. Héctor Marino (†)
1955 – Dr. Julián Fernández (†)
1956 – Dr. Alberto Beaux (†)
1957 – Dr. Roberto Dellepiane Rawson (†)
1958 – Dr. Miguel Correa Iturraspe (†)
1959 – Dr. Guillermo Armanino (†)
1960 – Dr. Jorge Santamarina Iraola (†)
1961 – Dr. Fortunato Benaim (†)
1962 – Dr. Jorge Niklison (†)
1963 – Dr. Cornelio O'Connor (†)
1964 – Dr. Luis Monti (†)
1965 – Dr. José Spera (†)
1966 – Dr. Angel Oghi (†)
1967 – Dr. Jaime Fairman (†)
1968 – Dr. Héctor Vieyra Urquiza (†)
1969 – Dr. Alberto G. Albertengo (†)
1970 – Dr. Jorge Quaipe (†)
1971 – Dr. Aníbal Tambella (†)
1972 – Dr. Hugo Arufe (†)
1973 – Dr. Francisco Arespacochaga (†)
1974 – Dr. Eduardo Marino (†)
1975 – Dr. Alberto Otero (†)
1976 – Dr. Héctor La Ruffa (†)

1977 – Dr. Néstor Maquieira (†)
1978 – Dr. Ulises de Santis (†)
1979 – Dr. Víctor Nacif Cabrera (†)
1980 – Dr. Leonardo Barletta (†)
1981 – Dr. Raúl Laguine (†)
1982 – Dr. Julio Frontera Vaca (†)
1983 – Dr. Adrián Spadafora (†)
1984 – Dr. Carlos Caviglia (†)
1985 – Dr. Erdulfo Appiani Sotomayor (†)
1986 – Dr. Mauro Daroda (†)
1987 – Dr. Enrique Gandolfo
1988 – Dr. Alfredo Pardina
1989 – Dr. Pedro Mugaburu (†)
1990 – Dr. Jacobo Sananes (†)
1991 – Dr. Néstor Bravo (†)
1992 – Dr. Orlando López (†)
1993 – Dr. Osvaldo Orduna (†)
1994 – Dr. Juan José Galli (†)
1995 – Dr. Raúl Fernández Humble (†)

Históricamente el presidente de la SACPER estuvo a cargo del **Congreso Argentino de Cirugía Plástica** hasta 1995. A partir de 1996 se decidió que la presidencia recayera en otro miembro de la sociedad con igual autoridad jerárquica.

EXPRESIDENTES DE SACPER

1996 – Dr. Jorge Herrera
1997 – Dr. Julio Cianflone
1998 – Dr. Manuel Viñal
1999 – Dr. Alfredo Santiago
2000 – Dr. Paulino Morales (†)
2001 – Dr. Juan Albertengo
2002 – Dr. Osvaldo Cudemo (†)
2003 – Dr. Rodolfo Rojas (†)
2004 – Dr. Jorge Buquet
2005 – Dr. A. Aldo Mottura
2006 – Dr. Guillermo A. Flaherty
2007 – Dr. Ernesto Adrián Moretti
2008 – Dr. Víctor Oscar Vassaro
2009 – Dr. Carlos Alberto Perroni
2010 – Dr. Carlos A. Reilly (†)
2011 – Dra. Martha Mogliani
2012 – Dr. Luis M. Ginesín
2013 – Dr. Juan Carlos Traverso
2014 – Dr. Francisco J. Famá (†)
2015 – Dr. Javier Vera Cucchiario
2016 – Dr. Rubén E. Rosati
2017 – Dr. Omar Darío Ventura
2018 – Dr. Esteban H. Elena
2019 – Dr. Juan Carlos Rodríguez
2020 – Dr. Martín Colombo
2021 – Dr. Omar Pellicioni
2022 – Dr. Alejandro R. Gómez Lucyszyn
2023 – Dr. Edgardo Bisquert
2024 – Dr. Roberto Serrano Alcalá

EXPRESIDENTES DE CONGRESOS

1996 – Dr. Roberto Suriano (†)
1997 – Dr. Luis Albanese (†)
1998 – Dr. Rodolfo Ferrer
1999 – Dr. Abel Chajchir
2000 – Dr. Luis Aldaz
2001 – Dr. Enrique Gagliardi
2002 – Dr. Carlos Mira Blanco
2003 – Dr. Pedro Dogliotti (†)
2004 – Dr. Carlos Rodríguez Peyloubet
2005 – Dr. Luis Margaride
2006 – Dr. Horacio García Igarza
2007 – Dr. Adalberto Borgatello (†)
2008 – Dr. Ricardo Yohena (†)
2009 – Dr. Claudio Ghilardi
2010 – Dr. Juan Carlos Seiler (†)
2011 – Dr. Eduardo Gómez Vara
2012 – Dr. Vicente Hugo Bertone
2013 – Dr. Oscar Prodickeviev
2014 – Dr. Guillermo Vázquez
2015 – Dr. Mario Milet
2016 – Dr. Jorge Raúl Patané
2017 – Dr. Néstor Vincent
2018 – Dr. Ricardo Losardo
2019 – Dr. Néstor Paul
2020 – No se realizó el Congreso
2021 – Dr. José Luis Soplan
2022 – Dr. Gustavo Prezzavento
2023 – Dr. Mario Gustavo Sosa
2024 – No se realizó el Congreso



Índice

Index

 REVISTA ARGENTINA DE CIRUGÍA PLÁSTICA 2025;31(2):43. [HTTPS://DOI.ORG/10.32825/RACP/202502/0043-0043](https://doi.org/10.32825/RACP/202502/0043-0043)

EDITORIALES | EDITORIALS

DISCURSO DE ASUNCIÓN DEL PRESIDENTE DE SACPER PERÍODO 2025-2026, DR. JORGE RICARDO WETZEL

 Inauguration speech of the SACPER president for the 2025-2026 term, Dr. Jorge Ricardo Wetzel
 Dr. Jorge Ricardo Wetzel

046

 EDUCACIÓN MÉDICA CONTINUA |
 CONTINUING MEDICAL EDUCATION

PLANEAMIENTO EDUCATIVO EN CIRUGÍA PLÁSTICA

 Educational planning in plastic surgery
 Dr. Patricio F. Jacovella

072

REVISTA ARGENTINA DE CIRUGÍA PLÁSTICA: 72 AÑOS Y UN NUEVO EDITOR

 Argentine Journal of Plastic Surgery: 72 years and a new editor
 Dr. Ricardo Jorge Losardo

048

 HISTORIA DE LA CIRUGÍA PLÁSTICA |
 HISTORY OF PLASTIC SURGERY

RECUERDOS Y ANÉCDOTAS DEL DOCTOR HÉCTOR MARINO: TERCERA PARTE

 Memories and anecdotes of Dr. Héctor Marino: Part 3
 Dr. Ricardo J. Losardo

078

ARTÍCULOS ORIGINALES | ORIGINAL ARTICLES

CIERRE COMPLEJO DE HERIDAS EN CUERO CABELLUDO MEDIANTE EL USO DE SISTEMAS DINÁMICOS. EXPERIENCIA CON MANEJO DE BANDAS ELÁSTICAS

 Complex scalp wound closure using dynamic systems. Experience with elastic band handling
 Dr. Ernesto Moretti, Dr. Sebastián Corona Agudelo, Dr. César Cordero Ramírez, Dra. Micaela Clerici, Dr. Facundo Cáceres

050

ARTÍCULO ESPECIAL | SPECIAL ARTICLE

CIRUGÍA ESTÉTICA, PRISIONERA DE LA MODA

 Cosmetic surgery, a prisoner of fashion
 Dr. Manuel Alberto Sarrabayrouse

082

EVALUACIÓN DE LA CALIDAD DE VIDA EN PACIENTES CON CÁNCER DE PIEL EN EL ROSTRO

 Assessment of quality of life in patients with facial skin cancer
 Dr. Carlos Cutini Cingozoglu

060

REGLAMENTO DE PUBLICACIONES
 Publishing regulations

083

CASO CLÍNICO | CLINICAL CASE

USO DE MATRIZ DÉRMICA EN CONTRACTURAS POR QUEMADURAS DEL BRAZO Y ANTEBRAZO

 Use of dermal matrix in burn contractures of the arm and forearm
 Dra. Irene Daher, Dr. Adrián Armando Corbalán

066

USO DE MATRIZ DÉRMICA EM CONTRATURAS DE QUEIMADURAS DO BRAÇO E ANTEBRAÇO

 Use of dermal matrix in burn contractures of the arm and forearm
 Dra. Irene Daher, Dr. Adrián Armando Corbalán

069

Sumario

REVISTA ARGENTINA DE CIRUGÍA PLÁSTICA 2025;31(2):44. [HTTPS://DOI.ORG/10.32825/RACP/202502/0044-0044](https://doi.org/10.32825/RACP/202502/0044-0044)

CIERRE COMPLEJO DE HERIDAS EN CUERO CABELLUDO MEDIANTE EL USO DE SISTEMAS DINÁMICOS. EXPERIENCIA CON MANEJO DE BANDAS ELÁSTICAS

Dr. Ernesto Moretti, Dr. Sebastián Corona Agudelo, Dr. César Cordero Ramírez, Dra. Micaela Clerici, Dr. Facundo Cáceres

El cierre de heridas en el cuero cabelludo representa un desafío para los cirujanos dada la complejidad tisular de esta región y la gran variedad de materiales y técnicas disponibles en la actualidad. De ahí que los sistemas dinámicos como las bandas elásticas proporcionan una prometedora alternativa a los métodos tradicionales pues permiten ser adaptados a cada herida optimizando el proceso de cicatrización. En tal sentido, se presenta una revisión de 19 pacientes operados en nuestra institución que fueron remitidos a cirugía plástica por déficit del cierre primario por parte de los servicios de Neurocirugía y Dermatología. En estos casos, se emplearon diferentes colgajos para el cierre del defecto y se asoció la colocación de tensores elásticos en puntos perpendiculares al trayecto del cierre, durante 21 días, para ejercer presión constante sobre la cicatriz y lograr un mejor cierre, obteniendo resultados estéticos y funcionales favorables.

EVALUACIÓN DE LA CALIDAD DE VIDA EN PACIENTES CON CÁNCER DE PIEL EN EL ROSTRO

Dr. Carlos A. Cutini Cingozoglu

El primer lugar en incidencia de neoplasias malignas a nivel mundial lo ocupa el cáncer de piel. Si bien el pronóstico de esta patología cuando se lo trata en forma temprana y adecuada suele ser bueno, la necesidad de realizar una intervención quirúrgica para el control de la enfermedad y su contexto oncológico pueden traer aparejado diferentes problemas psicosociales. La evaluación de la calidad de vida en estos pacientes en forma prospectiva mediante dos cuestionarios diferentes nos permitirá conocer como varía durante los primeros 30 días, a partir de la intervención quirúrgica.

Se estudió la calidad de vida en pacientes con cáncer de piel en la zona del rostro mediante una encuesta de 1320 preguntas, observándose el impacto negativo de esta enfermedad y su tratamiento sobre este aspecto de los participantes. A los 7 días de la intervención quirúrgica se advirtieron los niveles más bajos de calidad de vida en el período analizado. A pesar de haberse resuelto la patología oncológica en forma satisfactoria, a los 30 días del tratamiento quirúrgico no se detectaron niveles de calidad de vida similares o mayores que al momento de iniciar la cirugía correspondiente en la mayoría de la población analizada.

USO DE MATRIZ DÉRMICA EN CONTRACTURAS POR QUEMADURAS DEL BRAZO Y ANTEBRAZO

Dra. Irene Daher, Dr. Adrián Armando Corbalán

Las quemaduras pueden traer complicaciones tardías como retracciones cicatriciales, queloides y cicatrices hipertróficas, que causan deformaciones y discapacidad.

En el tratamiento de grandes quemaduras, la matriz dérmica se ha convertido en una herramienta importante como sustituto temporal de la piel. Así como también en correcciones de retracciones cicatriciales postraumáticas; y en la escisión de nevus congénitos gigantes, entre otras. Además, la matriz dérmica es de utilidad en la preparación del lecho cruento para recibir injertos de piel.

Entre sus acciones se incluyen: promover el crecimiento celular y la síntesis de colágeno, controlar la pérdida de líquidos y proporcionar protección mecánica.

Se presenta un caso clínico tratado con este método y la valoración del resultado alejado.

PLANEAMIENTO EDUCATIVO EN CIRUGÍA PLÁSTICA

Dr. Patricio F. Jacovella

El planeamiento educativo, en su sentido más abarcador, es la aplicación racional y análisis sistémico del proceso de enseñanza y aprendizaje, de manera de hacer la educación más efectiva y eficiente, para responder a las necesidades de la sociedad. Incluye varias etapas: propósitos, objetivos, contenidos, estrategias, actividades, recursos y evaluación. Es muy importante considerar un adecuado planeamiento en toda actividad docente.

RECUERDOS Y ANÉCDOTAS DEL DOCTOR HÉCTOR MARINO: TERCERA PARTE

Dr. Ricardo J. Losardo

Se relata la trayectoria del Dr. Héctor Marino en los hospitales de colectividades Alemán y Británico, así como de las fuerzas armadas, Naval y Aeronáutico; y su relación con los discípulos formados por él en esos hospitales.

CIRUGÍA ESTÉTICA PRISIONERA DE LA MODA

Dr. Manuel Alberto Sarrabayrouse

El artículo menciona y compara distintas épocas de la moda y cómo fue cambiando la visión de la sociedad en cuanto a cirugía estética.

Summary

REVISTA ARGENTINA DE CIRUGÍA PLÁSTICA 2025;31(2):45. [HTTPS://DOI.ORG/10.32825/RACP/202502/0045-0045](https://doi.org/10.32825/RACP/202502/0045-0045)

COMPLEX SCALP WOUND CLOSURE USING DYNAMIC SYSTEMS. EXPERIENCE WITH ELASTIC BAND HANDLING

Dr. Ernesto Moretti, Dr. Sebastián Corona Agudelo, Dr. César Cordero Ramírez, Dra. Micaela Clerici, Dr. Facundo Cáceres

Closing wounds on the scalp represents a challenge for surgeons given the tissue complexity of this region and the wide variety of materials and techniques currently available. Hence, dynamic systems such as elastic bands provide a promising alternative to traditional methods as they allow them to be adapted to each wound, optimizing the healing process. In this sense, a review of 19 patients operated on at our institution who were referred to plastic surgery due to primary closure deficiency by the neurosurgery and dermatology service is presented. In these cases, the technique was used to place elastic tensioners at points perpendicular to the wound path, for 21 days, to exert constant pressure on the scar and achieve better closure, obtaining favorable aesthetic and functional results.

ASSESSMENT OF QUALITY OF LIFE IN PATIENTS WITH FACIAL SKIN CANCER

Dr. Carlos A. Cutini Cingozoglu

Skin cancer is the leading malignant neoplasm worldwide. While the prognosis for this disease, when treated early and appropriately, is usually good, the need for surgical intervention to control the disease and its oncological context can lead to various psychosocial problems. Prospectively assessing the quality of life in these patients using two different questionnaires will allow us to understand how it varies during the first 30 days following surgery.

Quality of life was studied in patients with facial skin cancer using a 1,320-question survey, observing the negative impact of this disease and its treatment on this aspect of the participants. Seven days after surgery, the lowest levels of quality of life were observed in the analyzed period. Despite the satisfactory resolution of the oncological pathology, quality of life levels similar to or greater than those at the start of the corresponding surgery were not detected 30 days after surgical treatment in the majority of the analyzed population.

USE OF DERMAL MATRIX IN BURN CONTRACTURES OF THE ARM AND FOREARM

Dra. Irene Daher, Dr. Adrián Armando Corbalán

Burns can lead to late complications such as scar retractions, keloids, and hypertrophic scars, causing deformities and disability.

In the treatment of major burns, dermal matrix has become an important tool as a temporary skin substitute. It has also been used in the correction of post-traumatic scar retractions and in the excision of giant congenital nevi, among others. Furthermore, dermal matrix is useful in preparing the wound bed for skin grafts.

Its actions include promoting cell growth and collagen synthesis, controlling fluid loss, and providing mechanical protection.

A clinical case treated with this method and an assessment of the long-term outcome are presented.

EDUCATIONAL PLANNING IN PLASTIC SURGERY

Dr. Patricio F. Jacovella

Educational planning, in its broadest generic sense, is the application of rational, systematic analysis to the process of educational development with the aim of making education more effective and efficient to respond to the needs and goals of its students and society. It includes several steps: goals, educational objectives, contents, teaching strategies, learners' activities, resources and evaluation. It is very important to consider adequate planning in every teaching activity.

MEMORIES AND ANECDOTES OF DR. HÉCTOR MARINO: PART 3

Dr. Ricardo J. Losardo

We described the trajectory of Dr. Héctor Marino's career at the German and British community hospitals, as well as the armed forces, the Naval and Aeronautical Hospitals, and his relationship with the students he trained at those hospitals.

COSMETIC SURGERY, A PRISONER OF FASHION

Dr. Manuel Alberto Sarrabayrouse

The article discusses and compares different eras of fashion and how society's view of cosmetic surgery has changed.

Discurso de asunción del presidente de SACPER período 2025-2026 Dr. Jorge Ricardo Wetzel

Inauguration speech of the
SACPER president for the 2025-2026 term
Dr. Jorge Ricardo Wetzel

REVISTA ARGENTINA DE CIRUGÍA PLÁSTICA 2025;31(2):46-47. [HTTPS://DOI.ORG/10.32825/RACP/202502/0046-0047](https://doi.org/10.32825/RACP/202502/0046-0047)

Estimados colegas, autoridades nacionales e internacionales, seres queridos y amigos:
Hoy es un gran día para mí. Asumir la presidencia de la Sociedad Argentina de Cirugía Plástica, Estética y Reparadora es un honor que recibo con humildad y con el firme compromiso de servir a nuestra comunidad con dedicación y respeto.

Quiero comenzar expresando mi más sincero agradecimiento a quienes han sido pilares fundamentales en mi vida.

A mis padres, por haber luchado para que yo pudiera estudiar y por enseñarme el valor del esfuerzo, la ética y la perseverancia. Mamá, Papá, sé que están presentes de algún modo. A mis hijos, mi mayor orgullo y fuente inagotable de inspiración. Como suelo decir, afortunadamente son una versión muy mejorada de mí. A todos y cada uno de mis maestros, quienes me supieron guiar con sabiduría y paciencia en el camino del conocimiento y la vocación.

A mis amores en general, porque en cada etapa de la vida me han brindado apoyo, compañía y la energía necesaria para seguir adelante y muy especialmente hoy a la persona que me acompaña y me aconseja a diario enfrentando con entereza y valor los avatares de la vida misma.

A todos aquellos que me ayudaron incondicionalmente, a los que me negaron literalmente su ayuda, pero sobre todo a aquellos que han fingido intentar darme una mano cuando más lo necesitaba y les creí. Les aseguro que estos últimos fueron una fuente inagotable de combustible y que cada decepción la he transformado en energía para seguir adelante.

Y por encima de todo, quiero agradecer a Dios, en quien creo a pesar de la realidad cotidiana porque en medio del caos, la incertidumbre y las contradicciones de la vida, su presencia me ha dado fortaleza, claridad y la convicción de que siempre hay un propósito mayor.

Nuestro trabajo nos une por medio de un lazo que implica vocación, arte y ciencia. La cirugía plástica es más que una especialidad médica; es un compromiso con la transformación, la restauración y el bienestar de nuestros pacientes. Pero también es una comunidad, una hermandad que debe fortalecerse con los valores de la camaradería, la confraternidad y la concordia.

Si no estamos juntos, perdemos.

Nuestra especialidad solo podrá crecer si dejamos de lado divisiones y trabajamos en unidad.

Es por esto que hoy los invito a mirar hacia adelante, dejando atrás diferencias y desencuentros. Hago un sincero llamado a trabajar por una SACPER donde la colaboración y el respeto mutuo sean la base de nuestro crecimiento.

Que cada desafío nos encuentre unidos, que cada éxito sea un triunfo compartido y que cada obstáculo sea una oportunidad para fortalecer nuestros lazos.

Los que me conocen saben que me gustan las rimas y para cerrar este momento, quiero compartir versos que se relacionan con lo antedicho y creí oportuno citar:

*No hay poder más alto que el lazo sincero,
ni gloria más pura que el gesto fraterno.
Cuando el alma del otro se torna mi espejo,
nace un nosotros, profundo y eterno.
No manda el orgullo, no rige el mandato;*

*construye el encuentro quien da sin temor.
La unión no es destino, ni azar, ni contrato:
Es llama elegida, es acto de honor.
Confraternidad: palabra sagrada,
templo invisible que al hombre engrandece.
Allí donde uno su mano entrelaza,
el mundo florece, la sombra fenece.*

Que nuestras huellas sean de unión y compromiso. Que nuestra senda sea la del respeto y el trabajo conjunto. Y que el camino que construyamos hoy sea el legado para las generaciones venideras.

Como suelo decir, espero estar a la altura.

Muchas gracias.

Dr. Jorge Ricardo Wetzel
Presidente SACPER
Buenos Aires, 10 de abril de 2025.

Revista Argentina de Cirugía Plástica: 72 años y un nuevo editor

Argentine Journal of Plastic Surgery: 72 years and a new editor

REVISTA ARGENTINA DE CIRUGÍA PLÁSTICA 2025;31(2):48-49. [HTTPS://DOI.ORG/10.32825/RACP/202502/0048-0049](https://doi.org/10.32825/RACP/202502/0048-0049)

En 1981, cuando yo tenía 25 años y daba mis primeros pasos en cirugía plástica, después de una intensa formación en cirugía general, me enteré de la existencia de la *Revista Argentina de Cirugía Plástica*, creada en 1953, que tuvo distintos nombres.

Como lector de sus páginas aprendí algunas técnicas quirúrgicas y así conocí a los “importantes” cirujanos plásticos que publicaban en ella. Para esa época, todos los directores o editores que tuvo la revista asistían a los congresos y a las reuniones de los martes por medio de la Sociedad, en la Asociación Médica Argentina (AMA). Los primeros tres editores de la revista fueron sucesivamente: Miguel Correa Iturraspe (1953), José N. Spera (1956) y Héctor F. La Ruffa (1960). A los tres los traté y los recuerdo con especial aprecio y respeto. En 1985, a mis 29 años, Horacio García Igarza fue elegido como nuevo editor de la revista. Me convocó para que fuera el secretario de redacción durante su período. Trabajamos fuerte y con gran entusiasmo. Para mí fue una experiencia inolvidable e hicimos un buen equipo.

En 1988, a mis 32 años, la *Revista Argentina de Cirugía Plástica* dejó de aparecer por razones económicas y la Sociedad de Cirugía Plástica de Buenos Aires (SCPBA), bajo la presidencia de Luis H. Diodato lanzó la *Revista de la Sociedad de Cirugía Plástica de Buenos Aires* (boletines y trabajos), para llenar transitoriamente ese espacio. Me convocó para que fuera su editor. Fue una corta experiencia y también inolvidable.



Tapas del primer (1953) y último número (2025) de la Revista Argentina de Cirugía Plástica. Setenta y dos años de vigencia.

En el 2001, Martha Mogliani fue designada nueva editora de la revista. Logró su publicación sin interrupciones, y los cuatro números salieron regularmente cada año. Fue el período de gestión más prolongado por parte de un editor de la revista, que duró 15 años. Colaboré durante los últimos 5 años de su gestión integrando el Comité Editorial gracias a mi experiencia en cirugía plástica oncológica, ya que me desempeñé – desde 1996– como jefe del Servicio de Cirugía Plástica del Hospital de Oncología “María Curie”.

En el 2013, a los 57 años, publiqué por primera vez la historia de la *Revista Argentina de Cirugía Plástica*, desde sus comienzos hasta esa fecha, con el fin de concientizar sobre la importante trayectoria que tiene como órgano oficial de publicación en el ámbito médico y difundir la trascendencia de nuestra especialidad frente a las otras.

A lo largo de todos estos años de participación en la revista y en distintas actividades societarias en nuestra Sociedad Argentina de Cirugía Plástica, Estética y Reparadora (SACPER), he tenido la suerte de adquirir una vasta experiencia para desempeñarme en este reciente cargo de editor, a la que puedo sumar un conocimiento de la idiosincrasia de nuestra querida sociedad, ya que tuve una participación activa en muchas comisiones directivas, comités y congresos.

Por otro lado, también, todos estos años adquirí formación participando en otras revistas médicas y científicas de sociedades y universitarias, nacionales e internacionales, así como de sus comités editoriales, consejos consultores y de referato o arbitraje, que seguramente me ayudará a desempeñarme de manera idónea en esta nueva tarea.

Finalmente, a comienzos de este año, la Comisión Directiva de la SACPER realizó una convocatoria pública a todos sus asociados para cubrir el cargo de editor jefe de la revista por el término de tres años, pues quedaba vacante. Ante la falta de respuesta al insistente llamado por internet, sonó mi teléfono y me explicaron la situación. Una vez más, la revista y yo, por esas jugadas del destino, nos reencontramos. En esta extensa trayectoria de la revista de la SACPER estoy sucediendo al editor José Belmont, a quien ayudé como coeditor en su último número.

El poeta español Antonio Machado decía: “Caminante no hay camino, se hace camino al andar”. Nuestras acciones y experiencias van trazando rumbos. La vida es un aprendizaje constante y como resultado nos vamos transformando. Esto es posible porque no estamos solos, sino que vivimos en sociedad, nos nutrimos de ella y nutrimos a ella. Es un ida y vuelta. Recibiendo y dando...

Señores socios, en este doble marco histórico –general y personal– “compartimos” la *Revista Argentina de Cirugía Plástica*. Escribir sus páginas y continuar con la revista es responsabilidad de todos.

Dr. Ricardo Jorge Losardo.

Editor Jefe, Revista Argentina de Cirugía Plástica

Cierre complejo de heridas en cuero cabelludo mediante el uso de sistemas dinámicos. Experiencia con manejo de bandas elásticas

Complex scalp wound closure using dynamic systems. Experience with elastic band handling

Dr. Ernesto Moretti¹, Dr. Sebastián Corona Agudelo^{2,3}, Dr. César Cordero Ramírez^{2,3},
Dra. Micaela Clerici^{2,3}, Dr. Facundo Cáceres²

RESUMEN

El cierre de heridas en el cuero cabelludo representa un desafío para los cirujanos dada la complejidad tisular de esta región y la gran variedad de materiales y técnicas disponibles en la actualidad. De ahí que los sistemas dinámicos como las bandas elásticas proporcionan una prometedora alternativa a los métodos tradicionales, pues permiten ser adaptados a cada herida optimizando el proceso de cicatrización. En tal sentido, se presenta una revisión de 19 pacientes operados en nuestra institución que fueron remitidos a cirugía plástica por déficit del cierre primario por parte de los servicios de Neurocirugía y Dermatología. En estos casos, se emplearon diferentes colgajos para el cierre del defecto y se asoció la colocación de tensores elásticos en puntos perpendiculares al trayecto del cierre, durante 21 días, para ejercer presión constante sobre la cicatriz y lograr un mejor cierre, con lo cual se obtuvieron resultados estéticos y funcionales favorables.

Palabras clave: sistema, dinámico, tensores, elástico.

ABSTRACT

Closing wounds on the scalp represents a challenge for surgeons given the tissue complexity of this region and the wide variety of materials and techniques currently available. Hence, dynamic systems such as elastic bands provide a promising alternative to traditional methods as they allow them to be adapted to each wound, optimizing the healing process. In this sense, a review of 19 patients operated on at our institution who were referred to plastic surgery due to primary closure deficiency by the neurosurgery and dermatology service is presented. In these cases, the technique was used to place elastic tensioners at points perpendicular to the wound path, for 21 days, to exert constant pressure on the scar and achieve better closure, obtaining favorable aesthetic and functional results.

Key words: system, dynamic, tensioners, elastic.

REVISTA ARGENTINA DE CIRUGÍA PLÁSTICA 2025;31(2):50-59. [HTTPS://DOI.ORG/10.32825/RACP/202502/0050-0059](https://doi.org/10.32825/RACP/202502/0050-0059)

INTRODUCCIÓN

En la práctica clínica, el cierre de heridas es uno de los procedimientos más realizados a nivel mundial, estimándose que en >80% de las intervenciones quirúrgicas se emplean distintas técnicas de cierre, en las cuales se busca proporcionar estabilidad mecánica a los bordes de la herida para una curación más rápida¹.

En este sentido, cabe mencionar que históricamente

los cirujanos han buscado la forma ideal de cerrar las heridas. De hecho, en la actualidad existen múltiples opciones para cerrarlas de manera eficaz^{1,2}, las cuales abarcan desde las suturas convencionales (absorbibles y no absorbibles) hasta grapas quirúrgicas, suturas adhesivas y adhesivos tisulares, entre otras, cuya elección por parte del cirujano depende del tipo de herida, de su gravedad, ubicación, regularidad de sus bordes, edad y salud del paciente, tipo de tejido, riesgo de dehiscencia, entre otros factores¹⁻³.

En otros términos, la elección de la técnica ideal para cerrar determinada herida debe cumplir algunos criterios esenciales como la facilidad de realización, manipulación, esterilidad, eficiencia en el tiempo, menos dolor, no toxicidad, rentabilidad y creación de una cicatriz funcional y estética¹⁻³.

1. Cirujano Plástico / Jefe de servicio de Cirugía Plástica del Hospital Privado Rosario. Profesor de la Cátedra de Anatomía Humana I y II de la Facultad de Medicina UAI (Rosario), Argentina
2. Residente de Cirugía Plástica del Hospital Privado Rosario, Argentina
3. Docente de la Cátedra de Anatomía Humana I y II de la Facultad de Medicina UAI (Rosario), Argentina

Lugar de realización:

Servicio de Cirugía Plástica, Hospital Privado Rosario, Roca 2440, S2000GAP Rosario, Prov. Santa Fe, República Argentina. Cátedra de Anatomía I y II, Facultad de Medicina, UAI, sede Rosario, Av. Pellegrini 1620, S2000BUQ Rosario, Prov. Santa Fe, Argentina.

✉ **Correspondencia:** Dr. Ernesto Moretti.
doctormorettiuniversidad@gmail.com

Los autores no declaran conflictos de intereses

Recibido: 05/05/2025 | Aceptado: 21/05/2025

TABLA 1. Pacientes incluidos en el estudio.

Grupo 1 (14 pacientes)	Causas neuroquirúrgicas: pacientes remitidos por complicaciones de la cirugía propiamente dicha (dehiscencia, necrosis, fístulas de líquido cefalorraquídeo, exposición de material de osteosíntesis).
Grupo 2 (5 pacientes)	Causas no quirúrgicas: lesiones dermatológicas (2 melanomas y 3 epitelomas espinocelulares)

Fuente: Elaboración propia de los autores (2024), Servicio de Cirugía Plástica, Hospital Privado Rosario.

Con base en lo anterior, es pertinente mencionar que existen pocas revisiones de literatura disponibles que comparen los atributos y cualidades de las suturas³. No obstante, el cuero cabelludo tiene propiedades diferentes de la piel de otras zonas del cuerpo. Su espesor y la presencia de folículos pilosos le confieren características propias que dificultan con frecuencia las heridas en dicha zona³.

En función de esto, se ha demostrado que los dispositivos de tensión son eficaces y eficientes pues están diseñados para lograr el cierre primario de heridas grandes mediante tensión dinámica. Se trata de dispositivos que, dependiendo del tamaño de la herida, aproximan sus bordes en un curso prolongado de unos pocos días a 2 semanas utilizando tensión dinámica de bandas elásticas⁴, las cuales están hechas de un elastómero de látex. Dicha tensión dinámica se logra mediante ajustes progresivos de las bandas elásticas (según lo permita el tejido) hasta que se produzca el cierre, encontrando en la bibliografía resultados satisfactorios⁴.

Por lo expuesto, se presenta nuestra experiencia en cierre de heridas complejas de la zona del cuero cabelludo utilizando un sistema de bajo costo, fácil aplicación y escasa curva de aprendizaje mediante bandas elásticas de tensión.

MATERIALES Y MÉTODOS

Se realizó una revisión en 19 pacientes operados en nuestra institución que fueron remitidos a cirugía plástica por déficit del cierre primario por parte de los servicios de Neurocirugía y Dermatología, los cuales fueron divididos en tres grupos (**Tabla 1**).



Figura 1. Caso 1. Paciente de 68 años operado por meningioma. Dehiscencia de herida neuroquirúrgica en el abordaje centro craneal.

TÉCNICA QUIRÚRGICA

Se empleó una técnica que consiste en la colocación de tensores elásticos de látex en puntos perpendiculares al trayecto de la herida, durante 21 días, los cuales se colocan posterior al cierre del defecto con el colgajo y las grapas quirúrgicas. Su finalidad es que ejerzan presión constante sobre la cicatriz y de esta forma se dé un mejor cierre debido a que tiene menos tensión.

Esas bandas elásticas se colocan en forma perpendicular a la línea de sutura y se anclan con grapas metálicas o puntos de nylon 2.0.

RESULTADOS

Se realizó el seguimiento de los 19 casos a los 21 días (momento del retiro de las bandas de tensión), 45 y 60 días. En los casos del GRUPO 1 (causas neuroquirúrgicas: 14 pacientes) se constató el cierre de los defectos quirúrgicos y cubierta completa de los materiales de craneoplastia en 13 pacientes (**Casos 1 a 6**). En un solo paciente (**Caso 7**) se constató sufrimiento del colgajo de Orticochea a pesar de las bandas de tensión. En dicho caso se resecaron los tejidos de necrosis y se retiró la placa de craneoplastia.

En los casos del GRUPO 2 (causas dermatológicas: 5 pacientes) se efectuó el cierre del defecto post resección con márgenes libres por técnica de Mohs. En estos casos no se realizaron procedimientos sobre la calota craneana, no se colocaron materiales de osteosíntesis ni acrílicos para craneoplastia. No se observaron necrosis ni dehiscencia de las heridas con el empleo de las bandas de tensión (**Caso 8**).



Figura 2. Caso 1. Imagen intraoperatoria donde se observa la craneotomía previa.



Figura 3. Caso 1. Cierre del defecto con reposicionamiento de los colgajos de cuero cabelludo y colocación de bandas elásticas.



Figura 4. Caso 1. Control a los 21 días. Colgajos en posición sin signos de dehiscencia.



Figura 5. Caso 1. Control a los 3 meses. La marcación en verde de la línea de sutura evidencia cierre completo de los tejidos.



Figura 6. Caso 2. Paciente de 37 años con cirugía previa de meningioma. La paciente presenta exposición de placa de craneoplastia (cemento quirúrgico: placa confeccionada con Subiton craneoplastias, material. Buenos Aires, Rep. Argentina).



Figura 7. Caso 2. Colgajo de Orticochea de avance tallado para cobertura de zona expuesta.



Figuras 8. Caso 2. Colgajo en posición con colocación de tensores.



Figura 9. Caso 2. Colgajo en posición con colocación de tensores elásticos. Otra vista.



Figura 10. Caso 2. Imagen post retiro inmediato de las bandas de tensión a los 21 días.



Figura 11. Caso 2. Imagen obtenida a los 30 días donde se observa la ausencia de edema del colgajo y cobertura de la zona expuesta.



Figura 12. Caso 3. Paciente de 36 años con neurocirugía de urgencia por hemorragia intracraneal debida a rotura de aneurisma durante el embarazo. Cirugía con retiro de calota craneana. Recuperación de la paciente con colocación de placa de craneoplastia a los 6 meses posparto. Secuelas cicatrizales múltiples en la zona.



Figura 13. Caso 3. Imagen perfil obtenida al finalizar el llenado de expansor colocado en zona parietal y temporal izquierda.



Figura 14. Caso 3. Imagen frente de la misma paciente.



Figura 15. Caso 3. Imagen intraoperatoria donde se procede al retiro del expansor.



Figura 16. Caso 3. Imagen obtenida a los 7 días, donde se observa el retiro de los tejidos cicatrizales alopécicos y la colocación de las bandas elásticas para mantenimiento de los colgajos en posición.



Figura 17. Caso 3. Control final de la paciente al año.



Figura 18. Caso 4. Paciente de 65 años con supuración sobre zona de cicatriz quirúrgica debida a craneoplastia por glioma.



Figura 19. Caso 4. Imagen posoperatoria inmediata por abordaje de la zona y remodelación de la placa de craneoplastia. Tensores colocados en posición para sostén de los colgajos.



Figura 20. Caso 4. Imagen a los 60 días sin evidencias de alteraciones por la craneoplastia previa.



Figura 21. Caso 5. Paciente de 58 años con 2 cirugías previas por glioblastoma de región temporal. Se observan cicatrices múltiples de los procedimientos. Zona de sufrimiento en la unión de los colgajos.



Figura 22. Caso 5. Imagen intraoperatoria donde se observa defecto de la craneotomía. Exposición de meninges y material de osteosíntesis.



Figura 23. Caso 5. Reposición de los colgajos con mantenimiento con los tensores elásticos.



Figura 24. Caso 5. Control a los 21 días al momento del retiro de los tensores. Cierre completo de los abordajes quirúrgicos sin evidencias de sufrimiento.



Figura 25. Caso 6. Paciente de 69 años posoperatorio inmediato de cirugía tumoral de fosa posterior. Sufrimiento del cierre del colgajo con exposición de placa de acrílico.



Figura 26. Caso 6. El mismo paciente de la figura anterior.



Figura 27. Caso 6. Resección de tejidos desvitalizados y avance del colgajo de cuero cabelludo. Mantenimiento de los tejidos con bandas elásticas en posición.



Figura 28. Caso 6. Imagen a los 21 días al retiro de las bandas de tensión. Cierre sin dehiscencia de los tejidos con cobertura completa de la craneoplastia.



Figura 29. Caso 7. Paciente de 59 años con glioblastoma de zona temporal izquierda. Radioterapia y exposición de la placa de craneoplastia.



Figura 30. Caso 7. Imagen intraoperatoria con rotación y cubierta del defecto con colgajo de Orticochea.



Figuras 31 y 32. Caso 7. Finalización del cierre del colgajo y colocación de las bandas de tensión.



Figura 33. Caso 7. Imagen a los 7 días donde se observa la dehiscencia de la parte inferior del colgajo y necrosis del ángulo del colgajo de Orticochea a pesar de las bandas de tensión. Se procedió a retirar los tejidos necrosados y al retiro de la placa de craneoplastia.



Figura 34. Caso 8. Paciente femenina de 65 años, con diagnóstico previo de melanoma.



Figura 35. Caso 8. Resección con márgenes intraoperatorios libres.



Figura 36. Caso 8. Cierre de la herida con 2 colgajos de avance y deslizamiento con puntos simples de nylon 4.0.



Figura 37. Caso 8. Fijación de las bandas elásticas con puntos simples para estimular la tensión continua sobre la cicatriz.



Figura 38. Caso 8. Posoperatorio a los 7 días. Se retiran los puntos, pero se deja la banda elástica por 21 días. No se evidencian signos de infección, así como tampoco hay dehiscencia.



Figura 39. Caso 8. Posoperatorio a los 2 meses en el que se observa cicatriz en buen estado, sin signos de hipertrofia.

DISCUSIÓN

El cierre complejo de heridas en el cuero cabelludo supone un gran desafío debido a la tensión y poca distensibilidad de los tejidos⁵. Es preciso destacar que en la actualidad se toma como criterio de elección de la técnica reconstructiva de heridas en el cuero cabelludo la combinación del diámetro de la lesión junto a la distensibilidad de los tejidos, es decir, la distancia mínima de aproximación de los bordes, lo cual se realiza de manera manual⁶.

En los casos en que el cierre primario no se logre, se deben realizar grandes decolamientos o colgajos para el avance de los tejidos. Una vez colocados los tejidos en posición es necesario el uso de algún sistema que mantenga los tejidos en posición evitando la retracción de estos. Sobre este particular, es indispensable agregar que, a diferencia de otras formas de cierre, la tensión terapéutica dinámica mediante los elásticos permite devolver los bordes de la herida a su posición original⁷, consiguiendo así un cierre adecuado y resolviendo el desafío que supone una herida en esta región anatómica.

De hecho, en muchos casos los tejidos locales son inadecuados para dicha reconstrucción, bien sea debido a que el defecto es excesivamente grande, porque los tejidos locales están traumatizados o porque el uso de colgajos locales podría producir alguna alteración de los patrones normales vascularización y de las líneas de implantación capilar⁵. De acuerdo con lo reflejado en la bibliografía médica, es preciso destacar que el cuero cabelludo representa una complejidad considerable en cuanto a reconstrucción de defectos quirúrgicos debido a la tensión y poca distensibilidad de los tejidos^{6,7}. Además, con frecuencia en esta zona se asocian procedimientos de neurocirugía con colocación de materiales de relleno aloplásticos.

Sin embargo, aún persisten algunos desafíos en cuanto a la adecuada biodegradación, resistencia mecánica, durabilidad y resistencia para satisfacer las necesidades clínicas⁸. Al respecto, y en relación con el objetivo del presente estudio, es oportuno resaltar que a nivel bibliográfico existe evidencia de que al traccionar la piel y el tejido celular subcutáneo con una fuerza constante, se pueden llegar a cubrir áreas expuestas en lapsos relativamente breves⁹.

En tal sentido, se conoce que la piel traccionada de modo constante se elonga progresivamente; de esta manera disminuye la tensión a la cual fue sometida. Es por ello por lo que se pone de manifiesto la ventaja de sistemas dinámicos como las bandas elásticas para estirar los tejidos y facilitar el cierre. Otra ventaja importante es que la piel elongada conserva propiedades similares a la de la piel adyacente en lo que se refiere al color, la distribución pilosa, la sensibilidad y la funcionalidad, lo que mejora el resultado cosmético y disminuye las secuelas estéticas¹⁰.

De ahí que el cierre de heridas mediante sistemas de tejidos dinámicos constituye una técnica innovadora de gran eficacia puesto que se fundamenta en un ciclo de estiramiento que genera un avance mecánico y, a su vez, la generación de nuevo tejido incrementando la cobertura de piel², lo que la convierte en una técnica con gran tasa de éxito.

Partiendo de lo anterior, es importante mencionar entonces que la tensión continua sobre los tejidos es una herramienta útil que aumenta considerablemente las posibilidades de cobertura de la lesión mediante procedimientos locales, cuyo objetivo es lograr una cobertura del defecto con resultados funcionales y estéticos aceptables, lo cual resulta muy complejo debido a las particularidades del tejido de esta zona anatómica.

CONCLUSIONES

Para el cirujano, conocer los múltiples factores que intervienen en la elección de los colgajos de cierre del cuero cabelludo, basado en su experiencia, preferencias, edad y salud del paciente, es un proceso fundamental para obtener resultados estéticos y funcionales óptimos, dado que la cicatrización de heridas es un proceso biológico dinámico y complejo en el cual intervienen ciertas interacciones coordinadas entre factores de crecimiento, citocinas y quimiocinas.

En este sentido, se puede concluir que el procedimiento aplicado en los casos presentados mediante bandas de tracción no solo es una técnica efectiva sino, también, una técnica simple y económica para el cierre de heridas complejas del cuero cabelludo.

BIBLIOGRAFÍA

1. Ghosh S, More N, Kapusetti G. Surgical staples: Current state-of-the-art and future prospective. *Medicine in Novel Technology and Devices*. 2022;16.
2. David C, Ho W, Samy M, Boom S, Leon W. Comparison of glues, sutures, and other commercially available methods of skin closure: A review of literature. *Medical Research Archives*. 2017; 5(7): 1-11.
3. Al-Mubarak L, Al-Haddad M. Cutaneous Wound Closure Materials: An Overview and Update. *Journal of Cutaneous and Aesthetic Surgery*. 2013; 6(4): 178-188.
4. Folleto Dynamic Tissue Systems™. Disponible en: www.dynamictissuesystems.com
5. Procikieviez O, Ohanian A, Crespo M, Giordano F, Procikieviez I. Reconstrucción de avulsión compleja de cuero cabelludo secundaria a trauma por elevador. *Cir Plást Iberolatinoam*. 2020; 46(3): 329-334.
6. Ruso F. Regla «1-2-3» para la reconstrucción de defectos de mediano tamaño del cuero cabelludo. *Actas Dermosifiliogr*. 2019;110(6):474-481.
7. Buck D. *Review of Plastic Surgery 2nd Edition*.
8. Zeitouni JF, Collins R, Arledge P, Puckett Y, Ronaghan CA. Use of dynamic tissue system adhesive skin closure device and multi-tissue platform porcine xenograft to achieve primary closure after wide local excision of a melanoma. *Wounds*. 2024;36(3):80-83. doi:10.25270/wnds/23059
9. Collins RA, Dang M, McReynolds S, Puckett Y, Ronaghan CA. Use of a dynamic tissue system and biological xenograft in complex traumatic wound closure. *J Wound Care*. 2023;1(32):12-15.
10. Carranza P, Krause F, Otero A, Bottarelli JL, Plana F. Dermotracción por bandas: estudio retrospectivo sobre su efectividad en el cierre diferido de defectos de cobertura en la pierna. *Rev Asoc Argent Ortop Traumatol*. 2024;89(2):150-157. <https://doi.org/10.15417/issn.1852-7434.2024.89.2.1805>.

Evaluación de la calidad de vida en pacientes con cáncer de piel en el rostro

Assessment of quality of life in patients with facial skin cancer

Dr. Carlos Cutini Cingozoglu

RESUMEN

El primer lugar en incidencia de neoplasias malignas a nivel mundial lo ocupa el cáncer de piel. Si bien el pronóstico de esta patología cuando se lo trata en forma temprana y adecuada suele ser bueno, la necesidad de realizar una intervención quirúrgica para el control de la enfermedad y su contexto oncológico pueden traer aparejado diferentes problemas psico-sociales. La evaluación de la calidad de vida en estos pacientes en forma prospectiva mediante dos cuestionarios diferentes nos permitirá conocer como esta varía durante los primeros 30 días, a partir de la intervención quirúrgica.

Se estudió la calidad de vida en pacientes con cáncer de piel en la zona del rostro mediante una encuesta de 1320 preguntas, observándose el impacto negativo de esta enfermedad y su tratamiento sobre este aspecto de los participantes. A los 7 días de la intervención quirúrgica se advirtieron los niveles más bajos de calidad de vida en el período analizado. A pesar de haberse resuelto la patología oncológica en forma satisfactoria, a los 30 días del tratamiento quirúrgico no se detectaron niveles de calidad de vida similares o mayores que al momento de iniciar la cirugía correspondiente en la mayoría de la población analizada.

Palabras clave: cáncer de piel, cirugía oncoplastica de la piel, cirugía plástica oncológica de la piel, calidad de vida.

ABSTRACT

Skin cancer is the leading malignant neoplasm worldwide. While the prognosis for this disease, when treated early and appropriately, is usually good, the need for surgical intervention to control the disease and its oncological context can lead to various psychosocial problems. Prospectively assessing the quality of life in these patients using two different questionnaires will allow us to understand how it varies during the first 30 days following surgery.

Quality of life was studied in patients with facial skin cancer using a 1,320-question survey, observing the negative impact of this disease and its treatment on this aspect of the participants. Seven days after surgery, the lowest levels of quality of life were observed in the analyzed period. Despite the satisfactory resolution of the oncological pathology, quality of life levels similar to or greater than those at the start of the corresponding surgery were not detected 30 days after surgical treatment in the majority of the analyzed population.

Key words: skin neoplasm, oncological plastic surgery, oncological plastic surgery of the skin, quality of life.

REVISTA ARGENTINA DE CIRUGÍA PLÁSTICA 2025;31(2):60-65. [HTTPS://DOI.ORG/10.32825/RACP/202502/0060-0065](https://doi.org/10.32825/RACP/202502/0060-0065)

INTRODUCCIÓN

Las neoplasias malignas de la piel son las formas más frecuentes de presentación de la patología oncológica en los Estados Unidos (EE.UU.)^{1,2}. Se estima que el 20% de la población de ese país desarrollará algún tipo de cáncer de piel a lo largo de su vida^{3,4}, y en los últimos años el incremento en la incidencia ha sido del 145% para el carcinoma basocelular (BCC) y del 263% en el caso del carcinoma espinocelular (SCC)⁵.

En el caso del melanoma, la prevalencia se ha duplicado en el período que va de 1982 a 2011, y se está comprobando que estos valores continúan incrementándose^{1,6}. En 2019, la estimación de melanomas diagnosticados en EE.UU. fue de 192.310 casos^{6,7}.

Esto nos plantea la necesidad de estar preparados para tratar este grupo de enfermedades, no solamente por su alta incidencia y prevalencia, sino también por el

efecto psicológico negativo que se produce en el paciente cuando se encuentra frente a la situación de padecer una enfermedad oncológica y una alteración en su figura⁸⁻¹⁰.

Las intervenciones terapéuticas están claramente sugeridas en las diferentes guías de práctica clínica en oncología realizadas por *National Comprehensive Cancer Network (NCCN Guidelines)*¹¹⁻¹³. Cuando nos referimos a lesiones localizadas en el rostro diagnosticadas como BCC o SCC, una de las alternativas sugeridas como tratamiento es la resección de la lesión basada en la evaluación completa de márgenes profundos y periféricos circunferenciales (CCPDMA, del inglés *complete circumferential peripheral and deep margin assessment*) que se realiza mediante el análisis histológico intraoperatorio de los márgenes de la pieza quirúrgica por congelación (IOFS, del inglés *intraoperative frozen sections*).

En el caso del melanoma la conducta terapéutica es diferente, ya que la resección con márgenes de piel sana ya está estipulada, así como la necesidad de exploración de nodos (o ganglios) linfáticos regionales, y dependerá de las características intrínsecas del melanoma y de los factores de riesgo asociados que presenta el paciente. Entendiendo que la intervención quirúrgica es un pilar esencial en el tratamiento de estas neoplasias, no debemos restarle importancia al impacto psicológico que

1. Médico especialista en cirugía plástica; Miembro Adherente de SACPER. Institución: Cutini Cirugía Plástica, Bahía Blanca, Argentina

✉ **Correspondencia:** Dr. Carlos Cutini Cingozoglu. ccutini@hotmail.com

El autor no declara conflictos de intereses

Recibido: 06/05/2025 | Aceptado: 21/05/2025

produce la combinación de la presencia de una neoplasia y la aparición de una cicatriz en el rostro.

Diversos estudios han intentado cuantificar la modificación de los índices de calidad de vida en pacientes con cáncer de piel comparando diferentes procedimientos quirúrgicos, como la cirugía de Mohs *vs.* la resección quirúrgica aislada¹⁴, discriminando según género^{10,15} o según la situación laboral que presentaba el paciente al momento de ser tratado¹⁶.

Todas estas variables son determinantes al momento de la evaluación multidisciplinaria del paciente con una lesión neoplásica maligna de la piel en el rostro. Entonces creemos necesario realizar una determinación de la evolución temporal de la calidad de vida de estos pacientes, para poder conocer en qué momento del proceso del tratamiento deberíamos adelantarnos a un impacto negativo en su calidad de vida, para generar los medios para evitarlo y, en caso de que se presente, disminuir su impacto, obteniendo un beneficio global en la salud del enfermo.

MATERIALES Y MÉTODOS

Se diseñó un estudio descriptivo prospectivo en el que los pacientes que cumplieran con los criterios de inclusión y exclusión señalados en la **Tabla 1** fueron invitados a participar.

Se les solicitó firmar un consentimiento informado para poder ingresar al estudio. El tratamiento que se les brindó fue aquel indicado por las guías de práctica clínica en oncología realizadas por la *National Comprehensive Cancer Network (NCCN Guidelines)* 11-13 para el manejo de las neoplasias malignas de la piel en la zona del rostro y aplicando el concepto de la cirugía oncoplastica de la piel publicada por el autor en la revista *Plastic and Reconstructive Surgery Global Open*¹⁷. Esta zona fue definida por Mendelson como el aspecto más superficial de la cara, que se extiende superiormente hasta la línea de implantación capilar, inferiormente hasta el borde de la mandíbula y lateralmente hasta cada pabellón auricular¹⁸.

Cada paciente debió completar dos cuestionarios específicos para evaluar su calidad de vida en cada visita médica. El primero fue el "Índice de Calidad de Vida Dermatológica"¹⁹ (DLQI, por sus siglas en inglés *Dermatological Life Quality Index*), y luego el "Índice de Cáncer de Piel-12"¹⁹ (SCI-12, por sus siglas en inglés *Skin Cancer Index*)¹⁹. Ambos cuestionarios fueron validados en español^{20,21} y para su uso en la medición de la calidad de vida de patologías neoplásicas malignas de la piel²².

Se completaron los cuestionarios de calidad de vida del paciente en 4 momentos. El primero se realizó en el momento preoperatorio y luego se completó en los controles subsiguientes a 7, 14 y 30 días posoperatorios. Se realizaron en total 1320 preguntas.

Finalmente se volcó toda la información a una tabla específica donde se encontraban los datos de filiación y

TABLA 1. Criterios de inclusión y exclusión.

Criterios de inclusión
1- Masculino o femenino mayor de 18 años.
2- Diagnóstico histológico de neoplasia maligna de la piel o por alta sospecha según informe de dermatóloga/o, localizada en el rostro.
3- Performance status: ECOG 0-2.
4- Esperanza de vida de al menos 6 meses, según la opinión del investigador.
5- Deseo y capacidad para firmar el consentimiento informado del estudio previo a la entrevista.
6- Deseo y capacidad de responder preguntas de un cuestionario.
7- Capacidad de para leer, escribir y hablar en español lo suficiente bien como para participar de una entrevista de 1 hora en español.
Criterios de exclusión
1- Presencia de enfermedad metastásica.
2- Enfermedad concurrente o intercurrente de significancia, desórdenes psiquiátricos, dependencias de sustancias o alcohol, que pudiesen en la opinión del investigador, comprometer el obediencia o interferir en la interpretación de los resultados de los estudios.
3- Enfermedad clínica significativa aguda o inestable de origen cardiovascular, accidente cerebrovascular, renal, gastrointestinal, pulmonar, inmunológico, endocrino o desórdenes del sistema nervioso central.
4- Cualquier alteración que comprometa la habilidad de proveer su consentimiento (ejemplos: problemas de visión, enfermedad mental severa o alteración cognitiva).

ECOG: Eastern Cooperative Oncology Group

los antecedentes clínicos de los pacientes, así como los puntajes obtenidos en cada formulario. El análisis estadístico se realizó en conjunto con profesores del departamento de matemáticas de la Universidad Nacional del Sur de Bahía Blanca.

RESULTADOS

Se evaluaron pacientes que cumplieran con los criterios de inclusión en el período contemplado entre julio 2020 y mayo 2023. Un total de 19 pacientes aceptaron ingresar al estudio, de los cuales 4 no completaron los formularios en la forma estipulada, por lo que fueron descartados del estudio. Se evaluó la información obtenida de un total de 1320 preguntas relativas al análisis de la calidad de vida en una población de 15 personas.

La distribución según sexo fue de 8 hombres y 7 mujeres, con un rango de edad de 29 a 83 años. La media de edad fue de 61,73 años y la mediana de 65 años.

Un total de 10 pacientes se presentaron con lesión diagnosticada como carcinoma basocelular, mientras que los restantes (n=5) padecían carcinomas espinocelulares. No se identificaron en este estudio pacientes con melanoma.

En cuanto al estado civil de los individuos estudiados, un 73,3% (n=11) refirió estar en pareja, 2 pacientes se identificaron como solteros y finalmente los 2 restantes como viudos.

El nivel de escolaridad que declararon los individuos incluidos en el estudio fue el 33,3% (n=5) con terciario o universitario completo, el 26,6% con terciario o universitario incompleto, 20% con secundario completo, 13,3% con secundario incompleto y solo 1 paciente con primario completo.

TABLA 2. Características de la población.

Población estudiada (n=15)		
Sexo	Hombres	8
	Mujeres	7
Edad (años)	Rango	29-83
	Media	61,73
	Mediana	65
Estado Civil	Soltero/a	2
	Viudo/a	2
	Casado/a o en pareja	11
Enfermedades oncológicas previas	Sí	3
	No	12
Diagnóstico	Carcinoma Basocelular	10
	Carcinoma Espinocelular	5
Nivel de escolaridad	Primario incompleto	0
	Primario completo	1
	Secundario incompleto	2
	Secundario completo	3
	Terciario o universitario incompleto	4
	Terciario o universitario completo	5
Localización del tumor	Pabellón auricular	3
	Frente	2
	Región palpebral	2
	Región temporal	2
	Mejilla	1
	Nariz	1
	Mejilla, Nariz y Pabellón auricular	1
Diámetro mayor de la lesión	0-20mm	9
	> 20 mm y < 40 mm	6
	> 40 mm	0

Solo el 20% (n=3) de la población estudiada tenía antecedentes de enfermedades oncológicas y la región donde se localizó la tumoración con más frecuencia fue en la nariz (n=4), seguida por el pabellón auricular (n=3). La región temporal (n=2), palpebral (n=2) y frontal (n=2) fueron las localizaciones que siguieron en frecuencia y finalmente 1 solo paciente presentó una lesión aislada en la mejilla. Un solo paciente presentó lesiones múltiples localizadas en la zona de la nariz, mejillas y pabellón auricular.

Con respecto al tamaño de la lesión, el 60% de los individuos estudiados presentó lesiones con diámetros mayores de 0 a 20 mm, el 40% restante, lesiones con diámetros mayores a 20 mm, pero menores a 40 mm. No se identificaron lesiones mayores a 40 mm. (Tabla 2).

DISCUSIÓN

El estudio de la calidad de vida en pacientes con cáncer de piel en la zona del rostro ha sido publicado en varias oportunidades, con autoría de importantes grupos de profesionales que tienen amplia experiencia en el tratamiento de esta patología^{23,24,25}.

Sin embargo, se identificaron solo dos trabajos que propusieron la evaluación de la calidad de vida en estos pacientes mediante dos cuestionarios, pero que no fueron completados en forma simultánea. En uno de ellos, en un momento del seguimiento, se les brindaron los dos cuestionarios, en lugar de uno²⁴. En el otro tra-

bajo se le asignaron diferentes cuestionarios traducidos al alemán (no validados), pero cada paciente solo completaba un solo tipo de cuestionario²⁵. Justamente este es el aspecto que reviste como la principal novedad de este trabajo.

Al comparar los resultados arrojados por ambos cuestionarios se observan similitudes perfectamente esperables, ya que ambos tienen como objetivo la determinación de la calidad de vida sobre la base de preguntas similares. No obstante, hay ciertos puntos en los cuales llama la atención la obtención de resultados diversos.

En una apreciación global, en cuanto a diferentes resultados analizados, podemos interpretar con el cuestionario DLQI una ausencia de afectación de la calidad de vida en el 46,6% de los pacientes, que llega a solo 13,3% de la población sin afectación a los 7 días, para finalmente ascender al 33,3% a los 30 días.

Hay un empeoramiento marcado luego del momento de la intervención quirúrgica, que no logra retomar los niveles iniciales a los 30 días. Esto se observa tanto en la evaluación individual de los participantes (**Gráfico 1A**) como también cuando se evalúan los resultados en forma de promedio (**Gráfico 1B**). Estos resultados son similares en términos de impacto negativo de la calidad de vida con los obtenidos por García-Montero P. y cols. a los 7 días²³.

Sin embargo, el cuestionario SCI-12 no muestra la variabilidad anteriormente descrita. Si bien el 53,3% de la población mostraba porcentajes de calidad de vida iguales o inferiores al 75% (valores que representan una afectación moderada a severa de la calidad de vida) al momento de la cirugía, tanto a los 7 como a los 30 días el porcentaje de población que se encontraba con índices de afección moderada o severa de calidad de vida era el 40%. Es pertinente destacar que, si se realiza la evaluación de los puntajes promedio de la población según este cuestionario, no se observa ni mayor afección de la calidad de vida al final a los 30 días como tampoco un pico de afección al 7mo día (**Gráficos 2A y 2B**).

La diferencia más marcada entre los registros de ambos cuestionarios la observamos a los 14 días, cuando el 66,6% de los pacientes presentan un empeoramiento de la calidad de vida si se evalúa mediante el DLQI vs. 40% de los evaluados con el SCI-12. Recordemos que la principal diferencia entre los dos cuestionarios es que el DLQI es uno que se enfoca en patologías de la piel y el SCI-12 en el cáncer de piel exclusivamente. Si nos limitamos a evaluar la disminución de la calidad en 2 o más puntos (DLQI) o en 10% o más (SCI-12) a los 7 días de la cirugía, observamos al 46% de los pacientes medidos con DLQI en esta situación, mientras que solo 13% de los evaluados mediante SCI-12 tenían una disminución marcada de su calidad de vida.

Analizando la población estudiada según subgrupos, se podría exponer al grupo de pacientes que presenta-

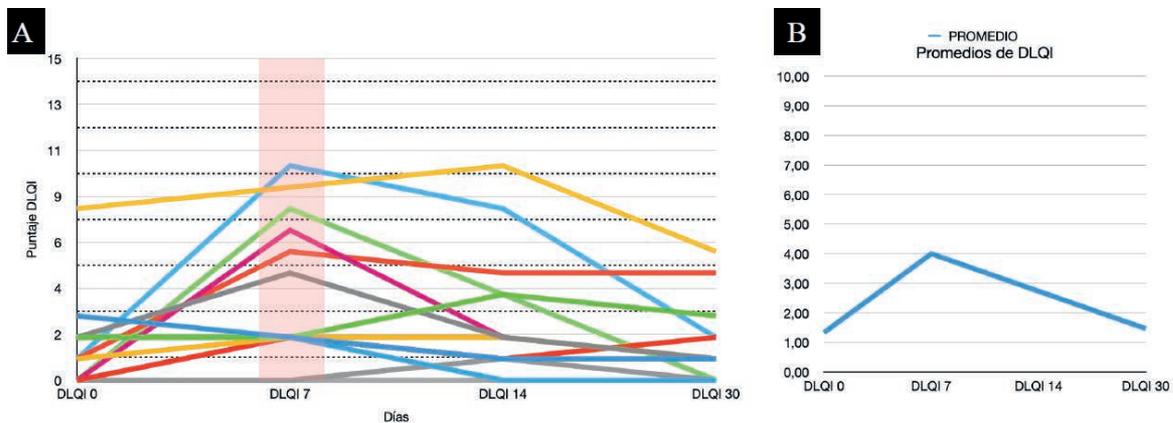


Gráfico 1. A) Evolución individual de los niveles de calidad de vida en la población estudiada mediante el cuestionario DLQI. La zona en rosado muestra los datos relevados al 7mo día en donde se observa un empeoramiento de los niveles de calidad de vida y en donde sólo el 13,3% no presentó afección de la calidad de vida. B) Evolución poblacional en término de valores promedios del cuestionario DLQI, se corrobora el empeoramiento de la calidad de vida al 7mo día y la obtención, en promedio, de peores índices al final de la evaluación con respecto al momento preoperatorio.

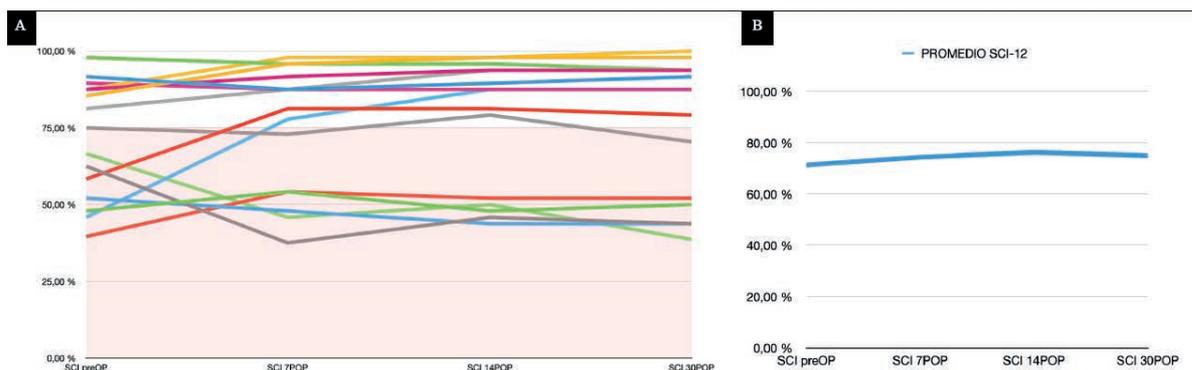


Gráfico 2. A) Evolución individual de los niveles de calidad de vida de la población estudiada mediante el cuestionario SCI-12. La zona de rosado indica los porcentajes equivalentes a niveles de afección moderada y severa de calidad de vida. Se observa que los pacientes que iniciaron niveles de calidad de vida superiores al 75% se mantuvieron en valores similares a lo largo del estudio. B) Evaluación de la calidad de vida según los promedios obtenidos por el cuestionario SCI-12, en donde no solo no se detecta un empeoramiento de ella a lo largo del período de evaluación, sino que tampoco existe un pico de afección como se puede determinar con el cuestionario DLQI.

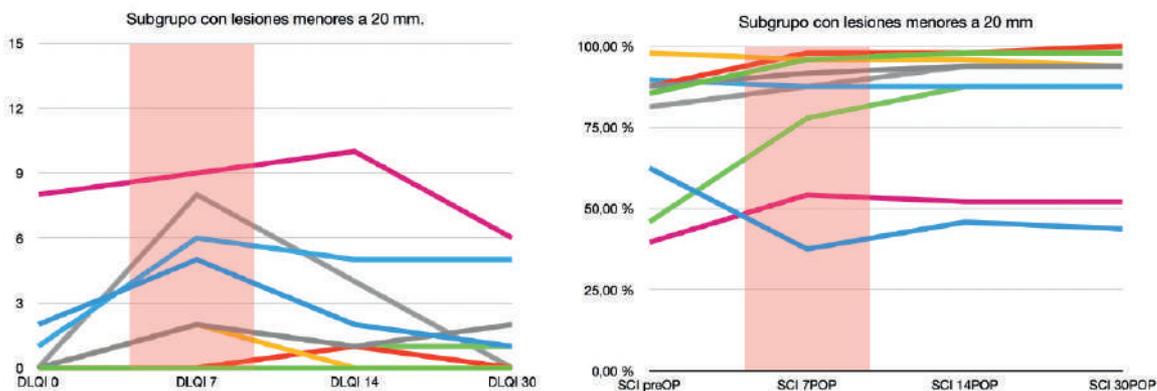


Gráfico 3. Al analizar al subgrupo de pacientes que presentan lesiones menores a 20 mm, podemos notar que al 7mo día (zona rosada) se constata un empeoramiento de la calidad de vida en el 77,7% de los pacientes cuando se lo mide mediante el DLQI. Cuando se realiza la misma evaluación, pero mediante el cuestionario SCI-12 este empeoramiento solo se observa en un 33,3% de la subpoblación.



Foto 1. (A) Paciente con carcinoma basocelular menor a 2 cm. (B) Defecto resultante de la resección completa. (C) Disección de colgajo de mejilla tipo Mustardé. (D) Resultado a los 6 meses postoperatorio.

ban lesiones menores a 20 mm, que fue el más numeroso. (Foto 1).

Cuando se realizó la medición de calidad de vida a los 30 días, el 22,2% de los evaluados mediante DLQI habían empeorado su calidad de vida, mientras que un porcentaje similar (33,3%) habían mostrado detrimento en ella cuando la evaluación se hizo con el cuestionario SCI-12. A primera vista se podría inferir que los cuestionarios no muestran diferencias en los datos recabados, sin embargo hay un momento en la evolución de los pacientes en donde los resultados obtenidos mediante los dos cuestionarios son más disímiles. Por ejemplo, cuando se realizó la medición a los 7 días la calidad de vida había empeorado en el 77,7% de los pacientes medidos con el DLQI, contra un 33,3% cuando se la interpretó con el SCI-12 (Gráfico 3).

La detección de este empeoramiento de la calidad de vida a los 7 días en la gran mayoría de los participantes evaluados mediante el DLQI en este subgrupo resulta interesante, ya que podría sugerir que el paciente necesitaría especial atención en este período del tratamiento de su enfermedad. A su vez podríamos generar una hipótesis que explique estos resultados. Las lesiones más pequeñas pueden requerir de resecciones y reconstrucciones complejas, dependiendo de la naturaleza de la lesión, la localización y las características propias de cada paciente. La representación de la magni-

tud de la solución quirúrgica en estos pacientes quizá pueda ser diferente a la que se le realiza, generando un efecto de ansiedad y angustia que limita la calidad de vida del mismo.

Haciendo referencia a las similitudes en los resultados obtenidos con ambos cuestionarios, podemos interpretar que hay un empeoramiento de la calidad de vida en la gran mayoría de los pacientes. En términos generales, no se observa una normalización en la calidad de vida de toda población estudiada a los 30 días. A pesar de haber resuelto su situación oncológica, no requieren nuevas intervenciones y no presentan secuelas funcionales como consecuencia del tratamiento quirúrgico, el 33,3% y el 40% de los pacientes evaluados con el DLQI y el SCI-12 respectivamente, presentaron mediciones de calidad de vida inferiores a las determinadas en el momento preoperatorio.

CONCLUSIÓN

Los niveles de calidad de vida mostraron la mayor disminución a los 7 días de la intervención, cuando fueron evaluados con el método DLQI.

Independientemente del cuestionario utilizado para evaluar la calidad de vida, no se observan niveles similares o mayores de esta a los 30 días con respecto al inicio del tratamiento.

Se deberán continuar los estudios en poblaciones más grandes para poder realizar asociaciones y relacionar los distintos factores que podrían causar variaciones en la calidad de vida de los pacientes con enfermedades malignas de la piel en el rostro.

ACLARACIÓN

Este trabajo, inédito, fue presentado en el 53° Congreso Argentino de Cirugía Plástica del año 2023, en Bariloche, organizado por la Sociedad Argentina de Cirugía Plástica Estética y Reparadora.

AGRADECIMIENTOS

Deseo expresar mi más sincero agradecimiento a la **Esp. María de la Paz Guillón** y a la **Esp. Liliana García** del departamento de Matemáticas de la Universidad Nacional del Sur de Bahía Blanca por su inestimable apoyo y ayuda desinteresada con el análisis de los datos estadísticos. También quiero agradecer profundamente al **Dr. Jorge Augusto Cutini**, mi padre, colega y compañero incansable, por haberme acompañado en todas las intervenciones realizadas en los pacientes que participaron en este trabajo, por su generosa ayuda en los controles y curaciones, y por sus sugerencias y correcciones constantes, siempre transmitidas con la serenidad y el respeto que lo distinguen. Su apoyo y paciencia fueron fundamentales para llevar adelante este estudio.

BIBLIOGRAFÍA

- Guy GP, Thomas CC, Thompson T, Watson M, Massetti GM, Richardson LC. Vital signs: Melanoma incidence and mortality trends and projections—United States, 1982–2030. *MMWR Morb Mortal Wkly Rep* 2015;64(21):591-6.
- Guy GP, Machlin S, Ekwueme DU, Yabroff KR. Prevalence and costs of skin cancer treatment in the US, 2002–2006 and 2007–2011. *Am J Prev Med* 2015;48:183-7.
- Stern RS. Prevalence of a history of skin cancer in 2007: results of an incidence-based model. *Arch Dermatol* 2010 Mar;146(3):279-82.
- Robinson JK. Sun Exposure, Sun Protection, and Vitamin D. *JAMA* 2005;294:1541-43.
- Muzic JG, Schmitt AR, Wright AC, et al. Incidence and Trends of Basal Cell Carcinoma and Cutaneous Squamous Cell Carcinoma: A Population-Based Study in Olmsted County, Minnesota, 2000 to 2010. *Mayo Clin Proc.* 2017;92(6):890-898. doi:10.1016/j.mayocp.2017.02.015.
- Siegel RL, Miller KD, Jemal A. *Cancer statistics, 2019.* *CA Cancer J Clin.* 2019; doi: 10.3322/caac.21551.
- American Cancer Society. *Cancer Facts & Figures 2019.* Atlanta: American Cancer Society; 2019.
- Derogatis LR, Morrow GR, Fetting J, et al. The prevalence of psychiatric disorders among cancer patients. *JAMA.* 1983; 249:751-7.
- Zabora J, Brintzenhofe Szoc K, Curbow B, et al. The prevalence of psychological distress by cancer site. *Psychooncology* 2001;10:19-28.
- Katz MR, Irish JC, Devins GM, et al. Psychosocial adjustment in head and neck cancer: the impact of disfigurement, gender and social support. *Head Neck* 2003;25:103-12.
- NCCN Guidelines® for Guideline Basal Cell Skin Cancer (Version 1.2020) © National Comprehensive Cancer Network, Inc. 2020. All rights reserved. Accessed June 14, 2020. Available online at www.NCCN.org.
- NCCN Guidelines® for Guideline Squamous Cell Skin Cancer (Version 1.2020) © National Comprehensive Cancer Network, Inc. 2020. All rights reserved. Accessed June 14, 2020. Available online at www.NCCN.org.
- NCCN Guidelines® for Guideline Cutaneous Melanoma (Version 3.2020) © National Comprehensive Cancer Network, Inc. 2020. All rights reserved. Accessed June 14, 2020. Available online at www.NCCN.org.
- Sanchez N, Griggs J, Nanda S, Fayne R, Castillo D, De Bedout V, et al. The Skin Cancer Index: quality-of-life outcomes of treatments for nonmelanoma skin cancer. *J Dermatolog Treat* 2020;31(5):491-3, DOI: 10.1080/09546634.2019.1674772.
- Koster ME, Bergsma J. Problems and coping behaviour of facial cancer patients. *Soc Sci Med* 1990;30:569-78.
- Rhee JS, Loberiza FR, Matthews BA, et al. Quality of life assessment in nonmelanoma cervicofacial skin cancer. *Laryngoscope* 2003;113:215-20.
- Cutini Cingozoglu CA. *Oncoplastic Surgery Concept for Skin Cancer Tumors.* *Plast Reconstr Surg. Global open* 2022;10(6):e4368. <https://doi.org/10.1097/GOX.0000000000004368>.
- Mendelson B. Facelift anatomy, SMAS retaining ligaments and facial spaces. In: Aston SJ, Steinbrech DS, Walden JL, editors. *Aesthetic Plastic Surgery.* China: Saunders-Elsevier; 2009;3-21.
- Finlay AY, Khan GK. *Dermatology Life Quality Index (DLQI)—a simple practical measure for routine clinical use.* *Clin Exp Dermatol* 1994;19(3):210-216. doi:10.1111/j.1365-2230.1994.tb01167.x.
- de Troya-Martín M, Rivas-Ruiz F, Blázquez-Sánchez N, et al. A Spanish version of the Skin Cancer Index: a questionnaire for measuring quality of life in patients with cervicofacial nonmelanoma skin cancer. *Br J Dermatol* 2015;172(1):160-8. doi:10.1111/bjd.13173.
- de Tiedra AG, Mercadal J, Badia X, Mascaró JM, Herdman M, Lozano R. Adaptación transcultural al español del cuestionario Dermatology Life Quality Index (DLQI): El índice de calidad de vida en Dermatología. *Actas Dermo-Sifiliogr.* 1998;89(12):692-700.
- Chernyshov PV, Lallas A, Tomas-Aragones L, et al. Quality of life measurement in skin cancer patients: literature review and position paper of the European Academy of Dermatology and Venereology Task Forces on Quality of Life and Patient Oriented Outcomes, Melanoma and Non-Melanoma Skin Cancer. *J Eur Acad Dermatol Venereol* 2019;33(5):816-27. doi:10.1111/jdv.15487.
- García-Montero P, de Gálvez-Aranda MV, Blázquez-Sánchez N, Rivas-Ruiz F, Millán-Cayetano JF, García-Harana C, de Troya Martín M. Quality of Life During Treatment for Cervicofacial Non-melanoma Skin Cancer. *J Cancer Educ* 2022;37(1):196-202. <https://doi.org/10.1007/s13187-020-01781-7>.
- Rhee JS, Matthews BA, Neuburg M, Logan BR, Burzynski M, Nattlinger AB. The skin cancer index: clinical responsiveness and predictors of quality of life. *The Laryngoscope* 2007;117(3):399-405. <https://doi.org/10.1097/MLG.0b013e31802e2d88>.
- El Abbadi S, Susok L, Stockfleth E, Bechara FG, Gambichler T, Herbrandt S, et al. Comparison of the Skin Cancer Quality of Life Impact Tool and the Skin Cancer Index Questionnaire in Measurement of Health-Related Quality of Life and the Effect of Patient Education Brochures in Patients with Actinic Keratosis, Non-melanoma Skin Cancer, and Cutaneous Melanoma. *Dermatol Ther* 2021;11(3):929-40. <https://doi.org/10.1007/s13555-021-00522-y>.

Uso de matriz dérmica en contracturas por quemaduras del brazo y antebrazo

Use of dermal matrix in burn contractures of the arm and forearm

Dra. Irene Daher¹, Dr. Adrián Armando Corbalán²

RESUMEN

Las quemaduras pueden traer complicaciones tardías como retracciones cicatriciales, queloides y cicatrices hipertróficas, causando deformaciones y discapacidad.

En el tratamiento de grandes quemaduras, la matriz dérmica se ha convertido en una herramienta importante como sustituto temporal de la piel. Así como también en correcciones de retracciones cicatriciales postraumáticas; y en la escisión de nevos congénitos gigantes, entre otras. Además, la matriz dérmica es de utilidad en la preparación del lecho cruento para recibir injertos de piel.

Entre sus acciones se incluyen: promover el crecimiento celular y la síntesis de colágeno, controlar la pérdida de líquidos y proporcionar protección mecánica. Se presenta un caso clínico tratado con este método y la valoración del resultado alejado.

Palabras clave: cirugía reconstructiva, matriz dérmica, tratamiento de quemaduras, secuela de quemaduras, tejidos de soporte, materiales biocompatibles.

ABSTRACT

Burns can lead to late complications such as scar retractions, keloids, and hypertrophic scars, causing deformities and disability.

In the treatment of major burns, dermal matrix has become an important tool as a temporary skin substitute. It has also been used in the correction of post-traumatic scar retractions and in the excision of giant congenital nevi, among others. Furthermore, dermal matrix is useful in preparing the wound bed for skin grafts. Its actions include promoting cell growth and collagen synthesis, controlling fluid loss, and providing mechanical protection.

A clinical case treated with this method and an assessment of the long-term outcome are presented.

Key words: Reconstructive surgery, dermal matrix, burn treatment, burn sequelae, support tissues, biocompatible materials.

REVISTA ARGENTINA DE CIRUGÍA PLÁSTICA 2025;31(2):66-68. [HTTPS://DOI.ORG/10.32825/RACP/202502/0066-0068](https://doi.org/10.32825/RACP/202502/0066-0068)

INTRODUCCIÓN

El concepto de la unidad mínima de un organismo vivo, en el siglo XIX, era la célula. Ese concepto fue mutando al tener en cuenta que la célula en sí misma no podría vivir sin la interacción con el medio, por lo que actualmente se considera que la unidad mínima está dada por la tríada célula-matriz extracelular-capilar, que representan los tres espacios: el celular, el vascular y el extracelular/extravascular^{1,2}.

Los glicosaminoglicanos sintetizados por la matriz dérmica, principalmente por su parte colágena, son moléculas ácidas con cargas negativas que atraen grandes cantidades de sodio y por lo tanto de agua³, y juegan un papel en la aceleración del proceso de reparación de las heridas⁴.

La matriz dérmica se ha convertido en una herramienta importante en el tratamiento de quemaduras

mayores como sustituto temporal de la piel⁵, en correcciones de retracciones cicatriciales postraumáticas significativas, en pérdida extensa de piel traumática y en la escisión de nevos congénitos gigantes², además de la preparación para injertos de piel.

Sus acciones incluyen: promover el crecimiento celular y la síntesis de colágeno, controlar la pérdida de líquidos y proporcionar protección mecánica. Según la Organización Mundial de la Salud (OMS), cada año mueren alrededor de 180.000 personas por quemaduras⁷.

Las matrices dérmicas⁸ han demostrado su versatilidad en todas las problemáticas descritas, pudiendo ser utilizadas en las distintas fases del tra-



Figura 1. Paciente en período preoperatorio donde se evidencia una contractura severa del miembro superior afectado.

1. Jefe del Servicio Cirugía Plástica y Reparadora, Hospital Municipal Souza Aguiar, Río de Janeiro, Brasil.

2. Médico Pós-Graduando del Servicio de Cirugía Plástica y Reparadora, Hospital Federal Servidores do Estado. Miembro Adherente de SACPER, regional Noreste (NEA).

✉ **Correspondencia:** Dr. Adrián Corbalán.
adriancorb@gmail.com

Los autores no declaran conflictos de intereses

Recibido: 08/04/2025 | Aceptado: 30/04/2025



Figuras 2, 3 y 4. Primer tiempo quirúrgico. Matriz dérmica integrada al lecho quirúrgico.



Figura 5. Segundo tiempo quirúrgico. Injerto de piel tipo malla. Se observa el miembro superior operado en extensión.



Figura 6. Resultado posoperatorio, después de 6 meses.

tamiento de las quemaduras profundas. Podemos obtener buenos resultados, combinados con una reducción del tiempo de hospitalización, morbilidad quirúrgica y complicaciones, lo que justifica su elevado costo inicial.

El objetivo de este trabajo es realizar un estudio retrospectivo y revisar la literatura, utilizando un caso clínico de tratamiento quirúrgico con matriz dérmica y la evaluación de sus resultados.

CASO CLÍNICO

Paciente de 16 años de Río de Janeiro, sufrió una quemadura eléctrica grave provocada por un cable de alto voltaje, con el 38% de la superficie corporal quemada.

Requirió hospitalización prolongada por 320 días. Al inicio se realizó escarotomía cervical y torácica, y desarrolló **contractura severa de la región del brazo y antebrazo (Figura 1)**.

Se realizó valoración por cirugía plástica y se propuso reconstrucción con matriz dérmica.

Se realizó resección amplia de la contractura por secuela de quemadura. La cirugía fue realizada bajo anestesia general. Se resecó la contractura en el plano subcutáneo. Se utilizó matriz dérmica⁹ en 2 etapas o tiempos con injertos de malla (Figuras 2, 3, 4 y 5). El resultado posoperatorio alejado resultó satisfactorio, permitiendo la funcionalidad del miembro superior afectado (Figura 6). El paciente continúa con rehabilitación kinesiológica.

CONCLUSIÓN

El uso de matrices dérmicas es una excelente opción terapéutica para el tratamiento de quemaduras complejas, así como para el abordaje de contracturas cicatriciales¹⁰.

Permite mejorar la funcionalidad del área afectada de los pacientes que sufrieron secuelas cicatriciales por quemaduras, devolviendo las propiedades de la piel, principalmente protección, conservación de la temperatura, homeostasis y formación de colágeno^{11,12}.

Además, la matriz asocia los beneficios de la presencia de dermis en la zona de contractura con las ventajas de un injerto de piel fino para los pacientes con escasas zonas donantes¹³.

Un área importante a explorar y estudiar es el uso de terapias combinadas, como la terapia de presión negativa (NPT)¹⁴, la suplementación nutricional, la terapia con antibióticos, la terapia con oxígeno hiperbárico (HBOT) o la carboxiterapia.

BIBLIOGRAFÍA

1. Pischinger A. *The extracellular matrix and ground regulation. Basis for a Holistic Biological Medicine.* Hartmut Heine Editor; 2006.
2. Sturla F, Drago H, Losardo R, Leiros G, Cornut M, Beltrami A, Jorral R. *La matriz extracelular en la curación de las heridas cutáneas. Aspectos físicos, químicos y biológicos.* Revista de la Asociación Médica Argentina 2018;131(2):7-26.
3. De Robertis E, Hib J: *Fundamentos de biología celular y molecular.* El Ateneo, Buenos Aires, 2004.
4. Sturla F, Drago H, Bossi S, Mansilla E, Losardo R, Beltrami A, et al. *La curación de las heridas de gran superficie y la medicina regenerativa.* Revista de la Asociación Médica Argentina 2013;126(4):12-23.
5. Shakespeare PG. *The role of skin substitutes in the treatment of burn injuries.* Clin Dermatol 2005;23(4):413-8.
6. Paschoal FM, Nevo melanocítico congénito. *An Bras Dermatol* 2002;77(6):649-56.
7. OMS, 2016. <https://www.who.int/es/news-room/fact-sheets/detail/burns>. *Recent Trends in Burn Epidemiology Worldwide: A Systematic Review.* Burns 2017;43(2):249-57.
8. Frame JD, Still J, Lakhei-LeCoadou A, Carstens MH, Lorenz C, Orlet H, et al. *Use of dermal regeneration template in contracture release procedures: A multicenter evaluation.* Plast Reconstr Surg 2004;113(5):1330-8.
9. Wolter TP, Noah EM, Pallua N. *The Use of Integra® in an Upper Extremity Avulsion Injury.* The British Association of Plastic Surgeons 2005;58:416-8.
10. Heitland A, Piatkowski A, Noah EM, Pallua N, *Update on the use of collagen/glycosaminoglycate skin substitute – six years of experiences with artificial skin in 15 German burn centers.* Burns 2004;30(5):471-5.
11. Voigt DW, Paul CN, Edwards P, Metz P. *Economic study of collagen-glycosaminoglycan biodegradable matrix for chronic wounds.* Wounds 2006;18(1):1-7.
12. Moiemens NS, Staiano JJ, Ojeh NO, Thway Y, Frame JD. *Reconstructive surgery with a dermal regeneration template: clinical and histologic study.* Plast Reconstr Surg 2001;108(1):93-103.
13. Heimbach D, Luterman A, Burke J, Cram A, Herndon D, Hunt J, et al. *Artificial dermis for major burns. A multi-center randomized clinical trial.* Ann Surg 1988;208(3):313-20.
14. Jeschke MG, Rose C, Angele P, Füchtmeier B, Nerlich MN, Bolder U. *Development of new reconstructive techniques: use of Integra in combination with fibrin glue and negative-pressure therapy for reconstruction of acute and chronic wounds.* Plast Reconstr Surg 2004;113(2):525-30.

Uso de matriz dérmica em contraturas de queimaduras do braço e antebraço

Use of dermal matrix in burn contractures of the arm and forearm

Dra. Irene Daher¹, Dr. Adrián Armando Corbalán²

RESUMEN

Queimaduras podem levar a complicações tardias, como retrações cicatriciais, queloides e cicatrizes hipertróficas, causando deformidades e incapacidades. No tratamento de grandes queimaduras, a matriz dérmica se tornou uma ferramenta importante como substituto temporário da pele. Assim como nas correções de retrações cicatriciais pós-traumáticas; e na excisão de nevos congênicos gigantes, entre outros. Além disso, a matriz dérmica é útil no preparo do leito sanguíneo para receber enxertos de pele. Suas ações incluem promover o crescimento celular e a síntese de colágeno, controlar a perda de fluidos e fornecer proteção mecânica. É apresentado um caso clínico tratado com este método e a avaliação do resultado no longo prazo.

Palavras chave: cirurgia reconstrutiva, matriz dérmica, tratamento de queimaduras, sequelas de queimaduras, tecidos de suporte, materiais biocompatíveis.

ABSTRACT

Burns can lead to late complications such as scar retractions, keloids, and hypertrophic scars, causing deformities and disability. In the treatment of major burns, dermal matrix has become an important tool as a temporary skin substitute. It has also been used in the correction of post-traumatic scar retractions and in the excision of giant congenital nevi, among others. Furthermore, dermal matrix is useful in preparing the wound bed for skin grafts. Its actions include promoting cell growth and collagen synthesis, controlling fluid loss, and providing mechanical protection. A clinical case treated with this method and an assessment of the long-term outcome are presented.

Key words: reconstructive surgery, dermal matrix, burn treatment, burn sequelae, support tissues, biocompatible materials.

REVISTA ARGENTINA DE CIRUGÍA PLÁSTICA 2025;31(2):69-71. [HTTPS://DOI.ORG/10.32825/RACP/202502/0069-0071](https://doi.org/10.32825/RACP/202502/0069-0071)

INTRODUÇÃO

O conceito de unidade mínima de um organismo vivo, no século XIX, era a célula; este conceito foi mudando, levando em consideração que a própria célula não poderia viver sem interação com o ambiente, por isso atualmente considera-se que a unidade mínima é dada por uma tríade: célula-matriz extracelular-capilar, que representam os três espaços: o celular, o vascular e o extracelular/extravascular^{1,2}.

Os glicosaminoglicanos sintetizados pela matriz dérmica, principalmente pelo seu componente colágeno, são moléculas ácidas com cargas negativas que atraem grandes quantidades de sódio e, portanto, de água³; e desempenham um papel na aceleração do processo de reparo de feridas⁴.

A matriz dérmica tornou-se uma ferramenta importante no tratamento de grandes queimaduras, como

substituto temporário da pele⁵, em correções de retrações cicatriciais pós-traumáticas significativas, perdas cutâneas traumáticas extensas e na excisão de nevos congênicos gigantes⁶, além do preparo para enxertos de pele.

Suas ações incluem: promover o crescimento celular e a síntese de colágeno, controlar a perda de fluidos e fornecer proteção mecânica.

Segundo a Organização Mundial da Saúde (OMS), cerca de 180.000 pessoas morrem de queimaduras a cada ano⁷.

As matrizes dérmicas⁸ demonstraram sua versatilidade em todos os problemas descritos, podendo ser utilizadas nas diferentes fases do tratamento de queimaduras.



Figura 1. Paciente no pré-operatório, onde é evidente contratura grave do membro superior afetado.

1. Chefe do Serviço de Cirurgia Plástica e Reparadora, Hospital Municipal Souza Aguiar, Rio de Janeiro, Brasil.
2. Médico Pós-Graduando do Serviço de Cirurgia Plástica e Reparadora, Hospital Federal Servidores do Estado. Membro Aderente do SACPER, Região Nordeste (NEA).

✉ **Correspondência:** Dr. Adrián Corbalán.
adriancorb@gmail.com

Os autores não declaram conflitos de interesse
Recebido: 08/04/2025 | Aceito: 30/04/2025



Figuras 2, 3 y 4. Primeiro estágio cirúrgico. Matriz dérmica integrada ao leito cirúrgico.



Figura 5. Segundo estágio cirúrgico. Enxerto de pele tipo malha. O membro superior operado é observado em extensão.

ras profundas. Apesar do alto custo inicial, desde que a indicação seja criteriosa, podemos alcançar bons resultados, aliados à redução do tempo de internação, da morbidade cirúrgica e das complicações.

O objetivo deste trabalho é realizar um estudo retrospectivo e de revisão da literatura, utilizando um caso clínico de tratamento cirúrgico e avaliação de seus resultados.

RELATO DO CASO

Paciente de sexo masculino, de 16 anos de idade, procedente do Rio de Janeiro, apresentou queimadura elétrica grave por fio de alta tensão, com 38% de superfície corporal queimada.

Precisou internação prolongada, 320 dias. Foi realizada escarotomia cervical e torácica no início da internação e evoluiu com contratura severa da região do braço e antebraço.

Realizou-se avaliação pela cirurgia plástica, quem propôs a reconstrução com matriz dérmica

Foi realizada ampla ressecção da contratura devido às sequelas de queimadura. A cirurgia foi realizada sob anestesia geral. A contratura foi ressecada no plano subcutâneo. A matriz dérmica⁹ foi utilizada em 2 etapas ou tempos com enxertos de tela (figuras 2, 3, 4 e 5). O resultado pós-operatório foi satisfatório, permitindo a funcionalidade do membro superior afetado (Figura 6). O paciente continua com reabilitação fisioterápica.



Figura 6. Resultado POP depois de 6 meses.

CONCLUSÃO

A utilização das matrizes dérmicas se apresenta como excelente opção terapêutica para o tratamento de queimaduras complexas, assim como para a abordagem das contraturas cicatriciais¹⁰.

Melhora a sobrevivência dos pacientes que antigamente faleceram por o burnshock, retornando as propriedades da pele, principalmente de proteção, conservação da temperatura, homeostase e formação de colágeno^{11,12}.

Além disso, a matriz permite associar os benefícios da presença da derme na área da contratura com as vantagens de um enxerto de pele fino para um paciente com áreas doadoras escassas¹³.

Uma área importante para explorar é o uso de terapias combinadas: como Terapia por Pressão Negativa (TPN)¹⁴, suplementação nutricional, antibioticoterapia, oxigenioterapia hiperbárica (OHB), ou carboxiterapia, no qual se precisa maiores estudos.

BIBLIOGRAFÍA

1. Pischinger A. *The extracellular matrix and ground regulation. Basis for a Holistic Biological Medicine.* Hartmut Heine Editor; 2006.
2. Sturla F, Drago H, Losardo R, Leiros G, Cornut M, Beltrami A, Jorral R. *La matriz extracelular en la curación de las heridas cutáneas. Aspectos físicos, químicos y biológicos.* Revista de la Asociación Médica Argentina 2018;131(2):7-26.
3. De Robertis E, Hib J. *Fundamentos de biología celular y molecular.* El Ateneo, Buenos Aires, 2004.
4. Sturla F, Drago H, Bossi S, Mansilla E, Losardo R, Beltrami A, et al. *La curación de las heridas de gran superficie y la medicina regenerativa.* Revista de la Asociación Médica Argentina 2013;126 (4):12-23.
5. Shakespeare PG. *The role of skin substitutes in the treatment of burn injuries.* Clin Dermatol 2005;23(4):413-8.
6. Paschoal FM, Nevo melanocítico congénito. *An Bras Dermatol* 2002;77(6):649-56.
7. OMS, 2016. <https://www.who.int/es/news-room/fact-sheets/detail/burns>. *Recent Trends in Burn Epidemiology Worldwide: A Systematic Review.* Burns 2017;43(2):249-57.
8. Frame JD, Still J, Lakhel-LeCoadou A, Carstens MH, Lorenz C, Orlet H, et al. *Use of dermal regeneration template in contracture release procedures: A multicenter evaluation.* Plast Reconstr Surg 2004;113(5):1330-8.
9. Wolter TP, Noah EM, Pallua N. *The Use of Integra® in an Upper Extremity Avulsion Injury.* The British Association of Plastic Surgeons 2005;58:416-8.
10. Heitland A, Piatkowski A, Noah EM, Pallua N. *Update on the use of collagen/glycosaminoglycate skin substitute – six years of experiences with artificial skin in 15 German burn centers.* Burns 2004;30(5):471-5.
11. Voigt DW, Paul CN, Edwards P, Metz P. *Economic study of collagen-glycosaminoglycan biodegradable matrix for chronic wounds.* Wounds 2006;18(1):1-7.
12. Moiemens NS, Staiano JJ, Ojeh NO, Thway Y, Frame JD. *Reconstructive surgery with a dermal regeneration template: clinical and histologic study.* Plast Reconstr Surg 2001;108(1):93-103.
13. Heimbach D, Luterman A, Burke J, Cram A, Herndon D, Hunt J, et al. *Artificial dermis for major burns. A multi-center randomized clinical trial.* Ann Surg 1988;208(3):313-20.
14. Jeschke MG, Rose C, Angele P, Füchtmeier B, Nerlich MN, Bolder U. *Development of new reconstructive techniques: use of Integra in combination with fibrin glue and negative-pressure therapy for reconstruction of acute and chronic wounds.* Plast Reconstr Surg 2004;113(2):525-30.

Planeamiento educativo en cirugía plástica

Educational planning in plastic surgery

Dr. Patricio F. Jacovella

RESUMEN

El planeamiento educativo, en su sentido más abarcador, es la aplicación racional y análisis sistémico del proceso de enseñanza y aprendizaje, de manera de hacer la educación más efectiva y eficiente, para responder a las necesidades de la sociedad. Incluye varias etapas: propósitos, objetivos, contenidos, estrategias, actividades, recursos y evaluación. Es muy importante considerar un adecuado planeamiento en toda actividad docente.

Palabras clave: cirugía plástica, planeamiento educativo, objetivos, contenidos, estrategias, recursos, evaluación.

ABSTRACT

Educational planning, in its broadest generic sense, is the application of rational, systematic analysis to the process of educational development with the aim of making education more effective and efficient to respond to the needs and goals of its students and society. It includes several steps: goals, educational objectives, contents, teaching strategies, learners' activities, resources and evaluation. It is very important to consider adequate planning in every teaching activity.

Key words: plastic surgery, educational planning, learning objectives, contents, strategies, resources, evaluation.

REVISTA ARGENTINA DE CIRUGÍA PLÁSTICA 2025;31(2):72-77. [HTTPS://DOI.ORG/10.32825/RACP/202502/0072-0077](https://doi.org/10.32825/RACP/202502/0072-0077)

1. PLANEAMIENTO

1.1. CONCEPTOS

Es la aplicación del análisis racional y sistemático del proceso de desarrollo a todo quehacer social, para tornar la acción más efectiva y económica, con el propósito de responder a las necesidades de los seres humanos y de la sociedad ^{2,6}.

Planeamiento educativo, según Avolio de Cols ⁴, es el proceso por el cual, sobre la base del análisis de la situación y la previsión de necesidades en materia de educación, se formulan objetivos coherentes con la filosofía y política del marco regulatorio y se establecen los medios y secuencias de acciones indispensables para lograrlos, así como los instrumentos y recursos que estas acciones impliquen. Según Araujo ², es el eje organizador del proceso, que establece las líneas de desarrollo de la experiencia educativa y su finalidad. Es la previsión de los distintos aspectos que deben considerarse en el enfoque y solución de una situación problemática determinada.

Las definiciones presentadas apuntan a un mismo concepto y permiten inferir que en algunos ámbitos de enseñanza de medicina de posgrado todavía hay carencia de un adecuado planeamiento, que se evidencia en dos

características a corregir: la rutina sin inspiración y la improvisación.

La enseñanza, para ser efectiva, debe configurarse como una actividad inteligente, metódica y orientada con propósitos definidos ⁵.

Para evitar las debilidades mencionadas y mejorar la acción educadora, se impone el planeamiento educativo como la primera etapa obligatoria e ineludible de toda labor docente. ⁸

1.2. CONSIDERACIONES FILOSÓFICA, TÉCNICA Y DE PROCESO

El concepto de planeamiento puede ser considerado desde distintos puntos de vista.

Como filosofía, cuenta con dos principios rectores para su realización: coordinación y regulación.

Como técnica, implica la aplicación de pautas lógicas para la solución de problemas sociales y como tal presenta un diagnóstico de situación, un pronóstico con alternativas de solución, una programación y una evaluación.

Como proceso implica el planteamiento de niveles jerárquicos en la formulación de soluciones, de manera que el primero transcurra sin quemar etapas y permita una permanente retroalimentación.

1.3. IMPLICANCIAS

La aplicación sistemática del planeamiento, según Mannheim ¹⁰, trae aparejadas varias implicancias: aumento de racionalización sin dejar de lado los aspectos afectivos, actitud humana de apertura y cooperación, mentalidad flexible, capacidad de ver un problema desde distintas perspectivas, madurez y equilibrio entre los componentes de la personalidad de educadores, mentalidad creativa capaz de crear nuevas formas y

1. Doctor en Medicina, UBA. Profesor Consulto de Cirugía, UBA. Ex Director Docencia e Investigación Hospital de Clínicas, UBA. Miembro vitalicio, SACPER.

✉ **Correspondencia:** Dr. Patricio F. Jacovella.
pjacovella@gmail.com

El autor no declara conflictos de intereses

Recibido: 30/04/2025 | Aceptado: 06/05/2025

estructuras con adaptación a las variables para dar soluciones a problemas determinados, y adquisición de conciencia social, para interpretar el funcionamiento de la sociedad como conjunto.

2. ETAPAS DEL PLANEAMIENTO

El planeamiento educativo tiene tres grandes etapas: diagnóstico de situación, programación y evaluación, según se representa en el esquema.

Diagnóstico de situación	
Programación	<ul style="list-style-type: none"> - Formulación de propósitos, objetivos y metas. - Selección y organización de contenidos. - Selección de estrategias y actividades. - Determinación de recursos.
Evaluación	

2.1. DIAGNÓSTICO DE SITUACIÓN

Es el conocimiento de lo que está sucediendo a una determinada población de alumnos, en tiempo real. Es un sondeo de las necesidades de la población destinataria de la educación. Así por ejemplo puede aplicarse a una clase, cátedra, asignatura, ciclo, curso superior, carrera básica o de posgrado, incluyendo residencias médicas, carreras de especialista y concurrencias programáticas, entre otras ofertas educativas.

Implica determinar en qué nivel está el residente o concurrente y hacia donde se lo quiere hacer llegar, contemplando asimismo el pronóstico en caso de cambio en las circunstancias.

En el caso de esta publicación, los requisitos para ingresar al sistema educativo forman parte del diagnóstico de situación. Por lo tanto, debe estar enunciado de manera clara y concisa para orientar el rumbo a seguir. Así, por ejemplo, para ingresar a una carrera de especialista en las modalidades residencia o concurrencia, se deben establecer los requisitos previos según cada universidad o sociedad científica a cargo de la formación.

2.2. PROGRAMACIÓN

Esta etapa incluye varios pasos:

2.2.1. Formulación de propósitos, objetivos y/o competencias y metas

Propósitos con las intenciones que tiene el cuerpo docente para con sus alumnos que constituyen la población destinataria.

Objetivos educativos son las conductas que se espera que el alumno adquiera o modifique, al finalizar el período de entrenamiento propuesto^{6,9,10,13,14}.

Competencias son combinaciones de conocimientos, habilidades, motivación, valores éticos, actitudes, emociones y otros componentes sociales. Las competencias se conceptualizan en un “saber hacer” y se aplican a una diversidad de contextos académicos, sociales y profesionales.

Entonces: ¿qué añade la competencia a un objetivo?

Se puede decir que un objetivo, contemplado en toda su amplitud y poniendo énfasis en el “saber hacer”, se asemeja a una competencia. Y una competencia se asemeja a un objetivo que se valora de acuerdo a criterios previamente establecidos.

En síntesis, la educación basada en competencias orienta el aprendizaje hacia la realización efectiva en un entorno y tiempo determinados, de una conducta real observable.

Metas son los objetivos y/o competencias a cumplir en determinado tiempo.

Habitualmente hay confusión entre propósitos, objetivos y competencias. Debe quedar bien en claro que los propósitos son de los docentes, mientras que los objetivos y las competencias son conductas que deben adquirir los alumnos, previamente diseñadas por el cuerpo de profesores.

Más que una discusión semántica, desde el punto de vista pedagógico, corresponde a conceptos que deben ser bien diferenciados^{2,6,7}. Mager⁹ coincide con el concepto y además hace notar que los objetivos operativos pueden indicar con precisión el nivel de ejecución deseado, para clarificar la conducta esperada. El nivel de cumplimiento puede especificar el margen de error y da lugar a una escala de calificación para una evaluación de diferentes conductas.

Con respecto a objetivos educativos, competencias y demás etapas del planeamiento educativo, en próximos artículos de esta revista, se presentarán los mencionados conceptos, con detalle de cada significado, ejemplos y sus alcances.

2.2.2. Selección y organización de contenidos

Los contenidos educativos son los temas que deben estudiar los educandos ya sean residentes, concurrentes o pertenecientes a otra categoría, para cumplir con sus objetivos educativos y/o las competencias. Según el modelo curricular correspondiente a cada asignatura, ciclo, residencia u otro programa, deben ser seleccionados y organizados guardando concordancia y conformidad con los objetivos y/o las competencias, según criterios del nivel intelectual específico^{2,6}.

2.2.3. Selección de estrategias y actividades

Estrategias son las diferentes técnicas didácticas que el docente planifica para lograr que los educandos cumplan los objetivos educativos y/o competencias.

Actividades son las tareas realizadas específicamente por los alumnos. La selección de estrategias debe responder a criterios de adecuación a la población destinataria, en este caso de posgrado, siguiendo los objetivos y/o competencias.

2.2.4. Determinación de los recursos

Los recursos son los seres, medios y elementos básicos necesarios para poner en funcionamiento el planeamiento como sistema educativo.

A los fines prácticos, se habla de recursos humanos y recursos físicos.

Los recursos humanos están representados por los docentes médicos, el personal de enfermería, el apoyo logístico administrativo, técnico y de mantenimiento, y por supuesto los pacientes.

Los recursos físicos incluyen desde el aula con su adecuada iluminación y climatización, el pizarrón, los dispositivos multimedia, las instalaciones hospitalarias y todos los elementos necesarios, según la estrategia elegida para el nivel de educación propuesto.

2.3. EVALUACIÓN

Es la valoración de las conductas adquiridas y de las modificadas. Es la comparación de los logros obtenidos según los objetivos propuestos. Es decir, la verificación del grado de cumplimiento de los objetivos educativos y/o competencias⁶.

Según la etapa en diferentes momentos, existen varios tipos de evaluación: diagnóstica, formativa y sumativa.

2.3.1. Evaluación diagnóstica

Es la valoración inicial, antes de comenzar la enseñanza, en la que se mide el nivel del grupo de aprendizaje. Es el punto de partida fundamental para saber “qué pasa”.

2.3.2. Evaluación formativa

Es la que se realiza, midiendo la evolución durante la experiencia, para permitir las correcciones necesarias y evitar desvíos. Se puede sintetizar en la frase “qué está pasando”.

2.3.3. Evaluación sumativa

Es la comprobación final una vez concluido el proceso, ya sea un tratamiento clínico o una intervención quirúrgica. También en esta etapa es conveniente conocer la opinión de los propios evaluados, como cierre del proceso de enseñanza. Se sintetiza en la frase “qué pasó”.

2.4. AUTOEVALUACIÓN

Considerando que el planeamiento establece las líneas de desarrollo de una experiencia de aprendizaje, en una buena programación como eje organizador del proceso, el cuerpo docente debe considerar los siguientes puntos: cómo planificar, qué elementos intervienen, cuál es el vínculo entre planeamiento y factibilidad, la redacción detallada de todas las etapas y muy importante, investigar qué ocurrió, a manera de retroalimentación.²

3. CURRÍCULO

Álvarez Gardiol¹ define currículum como un conjunto de medios, elementos y métodos con que cuenta la universidad para formar al futuro profesional, en concor-

dancia con otros autores citados, en cuanto al concepto aplicable a la enseñanza de los ciclos de grado y posgrado.

Durante mucho tiempo, la enseñanza tradicional se caracterizó por ser compartimentada, aplicando planes de estudios rígidos. Muchos programas de posgrado eran un conjunto de temas o asignaturas aisladas, en las que no había prácticamente relación entre ellas. Para esa concepción, aprender significaba simplemente adquirir conocimientos.⁶

La enseñanza de varios cursos superiores de posgrado consistía en gran cantidad de clases magistrales, de elogiable alto nivel enciclopedista y en el caso de especialidades quirúrgicas, la observación de intervenciones, la actuación eventual como ayudantes de cirugía y algunos desempeños como cirujanos. Si dejar de valorar las consideraciones que lograron formar buenos especialistas, se pueden aplicar las ciencias de la educación para mejorar el rendimiento de los educandos, aplicando principios pedagógicos y didácticos.

Las nuevas teorías del aprendizaje permiten demostrar que aprender es modificar una conducta a través de la experiencia personal y que el pensamiento reflexivo es el instrumento fundamental para la acción educadora. El aprendizaje es un proceso adaptativo que se da en el tiempo, en función de las respuestas que un sujeto puede dar, ante una serie de estímulos.

Palés Argullós¹⁶ insiste en que un currículum o un programa de formación no es simplemente una lista de temas, asignaturas y contenidos, sino que abarca muchos otros aspectos a tener en cuenta.

Como concepto pedagógico es un proyecto educacional que define los fines de la acción educadora, como asimismo las formas, los medios y las actividades a que se recurre para alcanzar las metas fijadas. A su vez especifica los instrumentos de evaluación adecuados para medir el proceso y el resultado. El concepto es mucho más amplio ya que contempla modernas teorías del aprendizaje, considerando al alumno como el eje y participante principal de las experiencias¹⁹.

Para el caso de la enseñanza de la medicina, Álvarez Gardiol¹ define currículum como el conjunto de medios, elementos y métodos con que cuenta la universidad para formar al futuro profesional, en concordancia con varios autores citados en este capítulo.

Es interesante recordar una frase de Mager, citado por Prat Corominas, que dice “si no está usted seguro del lugar donde pretende ir... corre el riesgo de encontrarse en cualquier lugar y no darse cuenta”¹⁸.

El modelo propuesto por Prat Corominas¹⁸ se direcciona hacia el diseño de programas orientados hacia los resultados del aprendizaje. Por lo tanto, la primera de las acciones debe ser la definición del perfil profesional del médico especialista deseado, que en un modelo organizado de enseñanza pueda responder a la misión institucional del organismo educativo, para servir a la sociedad.

En síntesis, los egresados de los programas de posgrado deben ser capaces de diagnosticar y resolver casos de pacientes en tiempo real, tener buena capacidad de gestión y tomar decisiones adecuadas para cada caso particular. Asimismo, deberán actuar de manera ética y haciendo uso del razonamiento crítico, la investigación, la actualización permanente, el liderazgo y el espíritu emprendedor. Pero por sobre todas las cosas, deben practicar la humildad y la empatía hacia los seres humanos que requieren su atención.

Por todo lo expresado, un currículo debe ser funcional y adaptable a las circunstancias, razones por las que se requieren dos condiciones: ser flexible y estar estructurado con visión de futuro. Significa que debe contar con un dinamismo propio que permita una constante reconversión.

4. NIVELES DE PLANEAMIENTO

Existen varios niveles de planeamiento educativo, con diferentes alcances de ejecución: político, intermedio o de gestión y de acción técnica específica o didáctica. En toda descripción de acción educadora es necesario preguntarse:

- ¿Qué se hace?
- ¿Quiénes lo hacen?
- ¿Cuál es el producto esperado?

Los tres niveles se deberían dar en los tres ciclos de enseñanza: primario, secundario y universitario. A continuación, se detallarán los conceptos, respondiendo a los interrogantes planteados, a nivel de las universidades que ofrecen carreras de medicina y de posgrado.

4.1. NIVEL POLÍTICO

¿Qué se hace? Se determina una política educacional en la que se definen los fines de la educación, se precisan cuáles serán los beneficiarios, en este caso médicos que asisten a los programas de posgrado, y se deciden los medios financieros para su implementación. Es necesario, en cuanto a recursos se refiere, también tener en cuenta las remuneraciones a quienes están realizando sus residencias.

¿Quiénes actúan? Autoridades nacionales, provinciales y/o municipales, según la dependencia y país.

¿Cuál es el producto propuesto? Declaración de intenciones generales, toma de posición según valores culturales, promulgación de leyes y disposiciones, y establecimiento de prioridades para tomar las decisiones pertinentes.

Es en este nivel se debe formular una política educativa universitaria basada en la concepción filosófica del ser humano, del mundo y de la sociedad que se aspira a tener. Si bien las universidades son autónomas, no dejan de estar influidas por la política educativa de un país, como integrantes de un sistema dentro de la sociedad en que interactúan.

4.2. NIVEL DE GESTIÓN Y ADMINISTRACIÓN

¿Qué se hace? Se traducen los fines de la educación en metas. Es decir que se establece el perfil deseado del educando y se definen los objetivos educativos y/o las competencias, se seleccionan los contenidos, se deciden las estrategias, se analizan los recursos necesarios, se planifica la división del tiempo en ciclos, fechas y horarios y por último se definen los criterios de evaluación.

¿Quiénes actúan? Funcionarios de educación, rectores, decanos, directores de instituciones, directores de carreras de posgrado y comisiones representativas.

¿Cuál es el producto? La toma de decisiones de los funcionarios en el orden pedagógico y el apoyo administrativo.

En este nivel se concretan los enunciados expresados en la política educativa. Las universidades estatales y privadas tienen sus respectivas autoridades, representadas por sus rectores, decanos y consejos superiores. Estas autoridades definen sus propios principios y así definen el planeamiento del sistema educativo propiamente dicho, de cada facultad y carrera de posgrado.

4.3. NIVEL DE ACCIÓN

¿Qué se hace? Se traducen las metas en objetivos y competencias, como elementos orientadores de la acción educadora, se seleccionan los contenidos y las estrategias más adecuadas para que el alumno logre sus objetivos y se define la evaluación.

¿Quiénes actúan? Personal docente, estudiantes, autores de documentos pedagógicos y personas de la comunidad interesadas en la educación.

¿Cuál es el producto? En el caso del presente artículo, las carreras de posgrado, con las modalidades de residencias y concurrencias, en los ámbitos reales de aprendizaje.

Este es el nivel donde tiene lugar el planeamiento del currículo. Es el proceso por el que se establecen los objetivos generales y/o competencias para educandos de determinada facultad y se procede con la organización en ciclos, departamentos, asignaturas y carreras de especialistas. Desde acá se definen los niveles deseados de realización.

5. IMPORTANCIA DE UN ENFOQUE SISTÉMICO

5.1. TEORÍA GENERAL DE LOS SISTEMAS

Sistema en un conjunto de elementos interrelacionados e interactuantes, que existen con un fin determinado. La teoría general de los sistemas, propuesta por Von Bertalanffy²⁰ apunta a crear un medio de adaptación mental que permita a varias disciplinas, expresarse en un lenguaje común, para lograr mayor eficiencia en la acción.

El aprendizaje es un sistema con varios componentes y de su interrelación permanente depende el resultado y el nivel del producto educativo deseado. La teoría ge-

Tabla 1. Esquema del planeamiento educativo.

Objetivos educativos	Contenidos	Estrategias y actividades	Recursos	Evaluación
<ul style="list-style-type: none"> Reconocer una quemadura. Distinguir tipos. Distinguir causas. 	<ul style="list-style-type: none"> Concepto de anatomía de la piel. Causas. Fisiopatología. Clasificación. 	<ul style="list-style-type: none"> Clase dialogada. Preguntas y respuestas. 	<ul style="list-style-type: none"> Aula Proyector multimedia. 	<ul style="list-style-type: none"> Formativa: participación de alumnos durante la experiencia.
<ul style="list-style-type: none"> Proceder con primeros auxilios básicos 	<ul style="list-style-type: none"> ¿Qué hacer? Primeros auxilios. Dónde llamar. Atención primaria. Atención especializada. 	<ul style="list-style-type: none"> Dramatización. 	<ul style="list-style-type: none"> Consultorios externos. Salas de curaciones. 	<ul style="list-style-type: none"> Sumativa: Prueba escrita del tipo de preguntas con respuestas de elección múltiple.
<ul style="list-style-type: none"> Inferir consecuencias. 	<ul style="list-style-type: none"> Complicaciones. Implicancias. 	<ul style="list-style-type: none"> Discusión en grupos. 	<ul style="list-style-type: none"> Aula. 	<ul style="list-style-type: none"> Resolución de casos habituales.
<ul style="list-style-type: none"> Aceptar vulnerabilidad individual. Tomar conciencia de la prevención. 	<ul style="list-style-type: none"> Campañas de prevención. Cuidado en el hogar. 	<ul style="list-style-type: none"> Análisis de campañas. Dramatización sobre prevención. 	<ul style="list-style-type: none"> Folleto de prevención. Bibliografía. 	<ul style="list-style-type: none"> Prueba escrita de resolución de casos. Retroalimentación.

neral de los sistemas posibilita una nueva conceptualización de los fenómenos humanos, dentro de un abordaje global.

5.2. CONCEPTO DE ENFOQUE SISTÉMICO

Los complejos sistemas en tecnología, ciencia, sociología, relaciones internacionales, medicina y otros tantos campos de la vida contemporánea están tendiendo cada vez más a un acercamiento a la teoría general de los sistemas²⁰. Se trata de una ciencia que sistematiza el paralelismo de principios cognoscitivos generales en diferentes campos de las actividades científicas de las sociedades⁶. Un sistema es un conjunto de elementos con entidad autónoma, que a su vez interactúan entre sí, cuyo resultado es superior a la simple suma de las partes integrantes, debido a una estructura interna funcional y una estabilidad dinámica.

El enfoque sistémico de la educación médica significa el abordaje holístico del sistema educativo universitario y de su entorno, por parte de docentes y alumnos, orientados al logro de personas integrales.⁶

Es importante insistir en el enfoque sistémico de la enseñanza, para evitar compartimientos estancos, sin relación entre cátedras y diferentes ciclos, ejemplos muchas veces vistos en algunos establecimientos educativos.

6. ESQUEMA DE PASOS DEL PLANEAMIENTO EDUCATIVO

Se presenta un esquema de planeamiento educativo por objetivos (**Tabla 1**), para una experiencia pedagógica sobre el tema “Quemaduras”, para alumnos del Internado Anual Rotatorio en Cirugía, de la Carrera de Medicina de la Universidad de Buenos Aires, Unidad Académica “Clínicas”, a fines del año 2018, con modalidad presencial. La experiencia se desarrolló en 2 horas.

7. FORMACIÓN DEL DOCENTE DE POSGRADO

Un buen docente de medicina debe ser idóneo en la asignatura o especialidad que enseña, sin lugar a duda, ya que es evidente que no se puede enseñar lo que no se sabe. Pero

además debe conocer aspectos esenciales de la pedagogía para aplicar las técnicas didácticas más adecuadas.

No es necesario ser un experto en ciencias de la educación, pero sí hablar el mismo idioma de los asesores pedagógicos. Es imprescindible que quienes tienen a cargo la noble tarea de enseñar, se formen de manera adecuada a través de una carrera docente específica para ello^{6,17}

Un buen docente debe reconocer que además de las elocuentes clases magistrales, que dicho sea, pueden ser muy convenientes como introducción a temas importantes, existen varias estrategias que permiten un intercambio más cercano con los residentes, concurrentes y becarios, al permitir retroalimentación en tiempo real, durante el desarrollo de la experiencia.

Según Ocerín¹⁵, la política educativa debe propender a organizar y regular la prestación pedagógica, es decir educar y educarse, contemplando el enfoque sistémico.

Arribalzaga³ remarca la importancia del diseño de programas de residencia e incluyendo su retroalimentación. Es decir que involucra la efectividad de los resultados en concordancia con las expectativas, analizando las opiniones de todos los participantes del sistema, de manera coherente con un enfoque sistémico de la educación.

Según Manso^{11,12}, las técnicas para determinar las necesidades educativas se pueden dividir en tres grandes actividades:

- Recolección de información de profesionales expertos.
- Recolección de información de otros grupos de interés relacionados, como conocer el perfil médico especialista a obtener.
- Valoración de los cambios en el entorno científico y cultural.

Así, por ejemplo, la recolección de información de profesionales y expertos resulta un muy buen método para establecer la pertenencia de las competencias que deben adquirir los educandos y su relevancia. De esta manera se pueden seleccionar las que deben ser incluidas y las que pueden ser prescindibles.

En cuanto a la opinión de otros grupos de interés, se trata de investigar las vivencias y experiencias de personas en contacto con el entorno médico. Así, por ejemplo, los destinatarios de la atención médica pueden ser

grupos de opinión, entrevistados para analizar elogios y quejas del sistema, al ser atendidos por médicos que cursan un posgrado^{12,13}.

Los residentes y concurrentes en diferentes etapas de formación también pueden brindar información muy valiosa en el diseño de nuevos planeamientos. Por último, la valoración de los cambios en el entorno permitirá obtener datos sobre la evolución de la ciencia y la tecnología, como asimismo acerca de la multiplicidad de elementos socioeconómicos de la sociedad donde se desarrollará el planeamiento educativo.

8. CONCLUSIONES

Así como el personaje más importante de un hospital es el paciente cuya afección debe ser curada, el personaje más importante en los establecimientos educaciona-

les de todos los niveles es el alumno, en este caso el médico que se capacita en determinada especialidad o disciplina de posgrado, como formación o actualización.

El planeamiento educativo, con sus diferentes etapas, existe en función del aprendizaje para la formación de los educandos. Por lo tanto, la preparación criteriosa, detallada y fundamentada de un plan de acción, que articule de manera racional los diversos componentes del sistema, es la principal función educativa inicial.⁸

El planeamiento es una actividad inicial, ineludible y fundamental que todo educador debe conocer y realizar como parte de su vocación docente, antes de comenzar la acción educadora⁵.

En síntesis, un adecuado planeamiento, con retroalimentación permanente, es inexcusable que no exista en toda tarea docente universitaria, independientemente del nivel de quienes desean enseñar.

BIBLIOGRAFÍA

1. Alvarez Gardiol E. *Guía pedagógica para docentes de cirugía*. Rosario. Editorial La Médica, 1973.
2. Araujo S. *Docencia y enseñanza. Una introducción a la didáctica*. Ber-nal. Universidad Nacional de Quilmes Editorial, 2014
3. Arribalzaga EB. *El médico residente de cirugía: su formación*. Buenos Aires. Dunken, 2020.
4. Avolio de Cols S. *Planeamiento del proceso de enseñanza – aprendizaje*. Buenos Aires. Marymar, 1976.
5. Hansen JC. *Planeamiento del aprendizaje en la escuela de nuestro tiempo*. Buenos Aires. Estrada, 1981.
6. Jacovella PF. *Principios de planeamiento educativo*. En: Jacovella PF. *Introducción a la docencia en medicina*. Buenos Aires. López Libreros Editores, 1991; II: 41-57
7. Jacovella PF. *Planeamiento educativo*. En: *Dirección Asociada de Docencia e Investigación. Hospital de Clínicas, Universidad de Buenos Aires*. Buenos Aires. Akadia 2022; 2: 13-22.
8. Lafourcade P. *Planeamiento, conducción y evaluación en la enseñanza superior*. Buenos Aires. Kapelusz, 1974.
9. Mager RF. *Formulación operativa de objetivos didácticos*. Madrid. Morova, 1982.
10. Manheim K. *Diagnóstico de nuestro tiempo*. México. Fondo de cultura económica, 1978.
11. Manso J. *¿Qué enseñar en ciencias de la salud? Técnicas para definir competencias y perfiles profesionales I*. Educación Médica. 2000; 3 (2): 61- 68.
12. Manso J. *¿Qué enseñar en ciencias de la salud? Técnicas para definir competencias y perfiles profesionales II*. Educación Médica. 2000; 3 (3): 101- 106.
13. Materi LE, Colabello MC, Hoptal MT, et al. *Cómo evaluar por objetivos*. Buenos Aires. El Ateneo, 1986.
14. Mattos LA. *Compendio de didáctica general*. Buenos Aires. Kapelusz, 1974.
15. Ocerín RC. *Política educativa*. Buenos Aires. Plus Ultra, 1981.
16. Palés Argullós JL. *Planificación curricular*. En: Millán Nuñez-Cortés Jy Palés Argullós JL: *Principios de educación médica*. Madrid. Panamericana. 2015; 9: 81-81
17. Pozo Municio IJ, Monereo C. *El aprendizaje estratégico. Enseñar a aprender desde el currículo*. Madrid. Santillana, 1999.
18. Prat Corominas J. *Establecimiento de las necesidades educativas*. En: Millán Nuñez-Cortés Jy Palés Argullós JL: *Principios de educación médica*. Madrid. Panamericana. 2015; 9.1: 82-87.
19. Rodrigo Rodríguez A, Marrero J. *Las teorías implícitas: una aproximación al conocimiento cotidiano*. Madrid. Aprendizajes Viso, 1993.
20. Von Bertalanffy L. *Teoría general de los sistemas*. México. Fondo de cultura económica, 1984.

Recuerdos y anécdotas del doctor Héctor Marino: tercera parte

Memories and anecdotes of Dr. Héctor Marino: Part 3

Dr. Ricardo J. Losardo

RESUMEN

Se relata la trayectoria del Dr. Héctor Marino en los hospitales de colectividades Alemán y Británico, así como de las fuerzas armadas Naval y Aeronáutico, y su relación con los discípulos formados por él en esos hospitales.

Palabras clave: biografía, historia de la medicina, cirugía plástica.

ABSTRACT

We described the trajectory of Dr. Héctor Marino's career at the German and British community hospitals, as well as the armed forces, the Naval and Aeronautical Hospitals, and his relationship with the disciples he trained at those hospitals.

Key words: biography, history of medicine, plastic surgery

REVISTA ARGENTINA DE CIRUGÍA PLÁSTICA 2025;31(2):78-81. [HTTPS://DOI.ORG/10.32825/RACP/202502/0078-0081](https://doi.org/10.32825/RACP/202502/0078-0081)

INTRODUCCIÓN

El doctor Héctor Marino (1905-1996), destacado cirujano plástico argentino, fue uno de los primeros cirujanos plásticos en Latinoamérica. Profesor de la Escuela de Posgrado de la Facultad de Medicina de la Universidad del Salvador y primer director de la Carrera de Especialización en Cirugía Plástica. Jefe del Servicio de Cirugía Plástica del Hospital de Oncología "María Curie". Miembro de Número de la Academia Nacional de Medicina. Miembro Honorario de la Asociación Médica Argentina. Presidente de la Academia Argentina de Cirugía. Presidente de la Sociedad Argentina de Cirugía Plástica^{1,2}.

Marino escribió en los últimos años de su vida tres crónicas de viajes (1935, 1938 y 1944-1945) así como recuerdos y anécdotas de distintas épocas de su vida³⁻⁶. A continuación, transcribimos, con algunos retoques, dos de ellas que llevan los títulos "Hospital Alemán y Hospital Británico" y "Hospital Aeronáutico Central y Hospital Naval". En la primera anécdota recuerda su actuación en el Hospital Alemán (fundado en 1867) y en el Hospital Británico (fundado en 1844). Este último muy próximo al Hospital Rawson, donde trabajaba por las mañanas. En el Hospital Británico hace mención de uno de sus discípulo

los, el joven Jack Davis (1918-1997), quien se iniciaba en la cirugía general y en la cirugía plástica realizando en dicho hospital la residencia (1943-1946). También hace mención de Jorge Mulcahy (n. 1893 - m. s/f), cirujano de ascendencia irlandesa muy hábil, discípulo de Pedro Chutro y amigo de los hermanos Finochietto.

En la segunda anécdota se refiere a su actuación, unos años después, en el Hospital Naval de Buenos Aires y en el Hospital Aeronáutico Central. El primero funcionaba en el predio del Hospital Durand y se creó en 1947; allí funcionó hasta 1981. En el Naval, lo acompañó su discípulo Samuel Osvaldo Morra (1927-2012) y en el Aeronáutico, su discípulo Mario Miguel Nosenzo (1919-2008). Ambos además realizaron una importante trayectoria militar.

Recuerda en estas anécdotas a dos de sus maestros de la cirugía plástica internacional: Harold Gillies (1882-1960) y Archibald Mc Indoe (1900-1960) (Figuras 1 y 2). También menciona al famoso Jacques Joseph (1865-1934), experto en rinoplastias.

Además, en estas anécdotas menciona a los colegas Roberto Dellepiane Rawson (1896-1979) y a Ramón Palacio Posse (1901- s/f), ambos mayores que Héctor Marino, con quienes tuvo en sus primeras épocas algunas rivalidades ya que competían por los mismos espacios profesionales. El primero, se desempeñó como cirujano plástico en el Hospital Rawson y estuvo a cargo del Servicio de Cirugía Plástica (sucedíéndolo a Marino en 1955) y realizó una importante trayectoria profesional, incluso llegó a ser el quinto presidente de la Sociedad Argentina de Cirugía Plástica. Mientras, el segundo, si bien se había iniciado como otorrinolaringólogo, luego habría abrazado a la cirugía plástica y estuvo a cargo del Servicio en el Hospital Alvear. Además, en 1946 publicó el libro "Cirugía estética" de 300 páginas, que Miguel Correa Iturraspe lo califi-

1. Presidente de la Academia Panamericana de Historia de la Medicina. Vicepresidente de la Sociedad Internacional de Historia de la Medicina. Profesor Titular de la Carrera de Especialización en Cirugía Plástica y Reparadora de la Facultad de Medicina de la Universidad del Salvador (USAL). Ex Director del Hospital Municipal de Oncología "María Curie" (GCBA).

✉ **Correspondencia:** Dr. Ricardo J. Losardo.
ricardo.losardo@usal.edu.ar

El autor no declara conflictos de intereses

Recibido: 21/04/2025 | Aceptado: 30/04/2025



Figura 1. Dr. Harold Gillies (1882-1960).

*có de meritorio y que en su momento llenó un sensible vacío de nuestra literatura médica*⁷.

HOSPITAL ALEMÁN Y HOSPITAL BRITÁNICO

Otro efecto de tal situación fue que decidiera llevar mis actividades a otros ambientes, donde el trato de los pacientes se aproximara más al de la clientela privada. Esto se inició en el **Hospital Alemán**, donde mi padre era amigo del doctor **Boehme**, un excelente cirujano que se interesaba por las posibilidades de la cirugía plástica y que le solicitó que yo fuera a practicarla allí. Recuerdo que mi iniciación en el nuevo ambiente fue una serie de éxitos: el primero una bella enfermera con una radio distrofia lateral del cuello, a la que le cambié la piel con un injerto y, el mismo día, un muchacho con un arrancamiento de la piel del pene, al que repuse el forro. En resumen, fui el primero en introducir la especialidad en el Alemán, con el resultado de que en 1939 e iniciada la guerra, comuniqué que donaba mis honorarios a la Cruz Roja Alemana, pues yo ya estaba trabajando en el Hospital Británico, con lo cual no volví a ese hospital hasta bien terminada la guerra.

El caso del **Hospital Británico** fue algo diferente; allí uno de los jefes de Cirugía era el doctor **Jorge Mulcahy**, cuyas hermanas eran íntimas de la familia de mi esposa y a cuya casa íbamos a almorzar con frecuencia los sábados. Enterado Mulcahy de mis experiencias en Inglaterra me propuso que fuera a su hospital para atender casos de mi especialidad; lo que, naturalmente, acepté encantado. Así, a partir de 1950, dos veces por semana dejaba el Rawson más temprano y me



Figura 2. Dr. Archibald McIndoe (1900-1960).

iba a ese hospital, que me quedaba muy cerca, a unas pocas cuadras. En resumen, fue una experiencia muy buena, tanto por lo bien que fui recibido por el personal como por la excelencia de la atención y el interés de las operaciones. Allí conocí a un joven médico, **Jack Davis**, que en ese entonces creo trabajaba en la Sección de Hemoterapia del hospital pero que concurría también como ayudante al Servicio de Cirugía de Mulcahy y, por lo tanto, también me ayudaba a mí con frecuencia. Al principio actuaba solo como ayudante, pero luego, mis nuevas funciones en el Hospital Naval hicieron que fuera imposible ocuparme del posoperatorio, así que fui delegando esas funciones paulatinamente en el doctor Davis, que demostró especial dedicación para la especialidad.

Recuerdo que, durante mi permanencia en Estados Unidos e Inglaterra, en los años 1944 y 1945, como ya he relatado en mis crónicas de viaje, continué en Europa hasta el fin de la contienda invitado por el British Council. Ya otros dos médicos argentinos habían recibido igual invitación. Uno, **Ricardo Castro Escalada O'Connor**, sobrino de **José Arce**, quien había estado un año en Gran Bretaña, dejando buen recuerdo; y el otro, **Roberto Dellepiane-Rawson** quien fuera agregado al hospital de **Sir Harold Gillies**, donde estuvo por un breve tiempo. En cuanto al doctor Davis, durante toda mi permanencia en USA y Gran Bretaña nunca oí su nombre mencionado, sea en hospitales militares de los tantos en que actué o visité como en la Embajada Argentina, en el Canning Club o el British Council. Colijo que prudentemente el colega, hijo de padres ingleses, postergó su viaje a Europa hasta completamente terminada la guerra, pues de lo contrario corría peligro de ser automáticamente movilizad y

posiblemente terminar como médico de regimiento en algún frente de batalla, con las consecuencias previsibles, que pudieron hacer que perdiéramos uno de los más brillantes representantes de las nuevas generaciones de cirujanos plásticos argentinos.

HOSPITAL NAVAL Y HOSPITAL AERONÁUTICO CENTRAL

Al inicio de la década del '50 me incorporé como cirujano plástico al **Hospital Naval**; y al final de esta, al **Hospital Aeronáutico Central**. Ambos hospitales tenían una clientela común que eran los traumatizados graves, con la sola diferencia que en el Aeronáutico había menos accidentados, pues una cosa es caerse al agua y otra caerse de un aeroplano. Otra diferencia era la formalidad de ambos ambientes, aunque el de la Marina era mucho más distendido que el de la Aeronáutica, donde todavía se hacía sentir la proveniencia militar.

De todos modos, recordemos que, en estos hospitales, la Cirugía Plástica había estado entonces en manos de otorrinolaringólogos con las consecuencias que conocemos. Como resultado de este estado de las cosas, fue que me empezaron a enviar miembros de la Aeronáutica como clientes privados, pues el que debía operarlos no tenía la total formación para hacerlo.

Éste era un otorrinolaringólogo tucumano llamado **Ramón Palacio Posse** que tenía la particularidad de haberse ido, una vez recibido, a Alemania a buscar instrucción en cirugía estética al lado del famoso **Joseph**, en Berlín. Habiendo realizado un gran esfuerzo económico para vivir allí, finalmente volvió a la Argentina, sabiendo cómo hacer una rinoplastia de excelencia. Naturalmente que eso estaba muy lejos de las necesidades de los aviadores. De ahí que, como la asistencia privada les salía cara, la Dirección del hospital abrió un concurso para conseguir un cirujano más completo. Cuando Palacio Posse vio que yo seguramente me iba a presentar al certamen con la seguridad de ganarlo, me llamó por teléfono anunciándome que si lo hacía me iba a tirar una bomba... En esos tiempos de posguerra, todo se solucionaba de esa manera...

Llegado el concurso y naturalmente ganado por mí, el contendiente se las arregló con el Director de hospital para que se postergara mi nombramiento por dos años. El resultado fue previsible: el día que me entregaron al fin el nombramiento, yo le devolví al empleado con mi renuncia. Esa misma mañana, el Comodoro Dr. **Victorio Vicente Olguin**, Jefe de la Sanidad Aeronáutica me llamó para preguntarme a qué se debía mi actitud. Cuando le conté lo que había sucedido procedió a pedir el retiro del Director del hospital, a sacar de su sitio a Palacio Posse y me invitó a almorzar en el Círculo Aeronáutico. Yo tenía entre mis discípulos a un teniente médico de aeronáutica, **Mario Miguel Nosenzo**, que me había seguido fielmente desde hacía dos o tres años. Propuse que se lo enviara a Inglaterra, a per-

feccionarse al lado de **Archibald Mc Indoe**, y durante los dos años de su ausencia, yo me haría cargo gratuitamente de las necesidades del hospital, conservándole así el puesto a mi discípulo. Así se hizo y acompañé a Nosenzo a Inglaterra, dejándolo recomendado especialmente a mi amigo Archibald.

En esos años, aproveché para dar un curso anual, muy concurrido, sobre la especialidad aprovechando que, en el Hospital Aeronáutico Central había una instalación para transmitir las imágenes operatorias con una engorrosa cámara de televisión de marca General Electric, que requería de un ingeniero para poder funcionar y que nadie había usado hasta entonces. Creo que por la razón que cuando se opera bajo cámara de televisión, los errores o fallas técnicas aparecen enormemente aumentadas. A mí eso no me importaba, pues yo ya había tenido ocasión de estar bajo la cámara durante mis cursos en Francia. Al fin volvió Nosenzo y así como en la Marina mi primer ayudante, el Dr. **Samuel Morra** alcanzó el más alto grado en su carrera, o sea Contraalmirante y Jefe de la Sanidad Naval, Nosenzo con los años llegó a Brigadier y Jefe de la Sanidad Aeronáutica. En todos estos hospitales, que he recordado, tuve inconvenientes con el ejercicio de la cirugía estética pues, sobre todo en el ambiente militar, las señoras de las autoridades pretendían que se las operara gratuitamente de los así llamados "defectos estéticos", lo cual no me convenía a mí. Por lo tanto, siempre conseguí que se me permitiera hacer cirugía reparadora o reconstructiva, de defectos congénitos, traumatismos y tumores, en fin, verdadera cirugía plástica. Sospecho que mis dos discípulos que llegaron a Jefes de Sanidad no hicieron lo mismo y eso pudo ser un elemento favorable, aunque por cierto no único, para adelantar en su carrera. En lo que a mí concierne me limité a operar los casos justificados, en privado, gratuitamente o con honorarios muy reducidos.

El premio de estos trabajos fue que, cuando me retiré, se me nombró Consultor Honorario de Cirugía Plástica en ambas Sanidades.

CONCLUSIÓN

En esta tercera parte de nuestra publicación sobre recuerdos y anécdotas del Dr. Héctor Marino, destacamos que el maestro desarrolló la especialidad en los hospitales Alemán, Británico, Naval y Aeronáutico, donde se desempeñó sucesiva y a veces simultáneamente en más de uno de ellos. En el Británico y en el Naval estuvo más tiempo que en el Alemán y en el Aeronáutico.

Debemos remarcar que la actividad en estos hospitales de colectividades y de las fuerzas armadas, las realizó en forma conjunta con su actividad en los hospitales públicos de la ciudad de Buenos Aires, primero en el Hospital Rawson (donde estuvo 25 años) y luego en el actual Hospital de Oncología "María Curie" (donde estuvo 12 años). Señalemos que cuando Héctor Marino se retira del Hospi-

tal Rawson, este nosocomio continuaba con su etapa de esplendor⁸.

En estos hospitales dejó discípulos, que con el tiempo ocuparían jefaturas de máxima jerarquía, como los doctores Jack Davis, Samuel Morra y Mario Nosenzo, entre otros.

Esta serie de artículos pretende recordar la figura de don Héctor Marino y los primeros años de la cirugía plástica argentina, ante las futuras generaciones de cirujanos plásticos, para que tengan modelos y ejemplos a seguir en nuestros tiempos actuales^{7,9-12}.

BIBLIOGRAFÍA

1. Losardo RJ. Semblanza del Académico Profesor Doctor Héctor Marino. *Revista de la Asociación Médica Argentina*, 2018; 131 (2): 4-6.
2. Losardo RJ, Marino HS Héctor Marino. Pionero de la Cirugía Plástica Latinoamericana. *La Prensa Médica Argentina*, 2023; 109 (2): 64-74.
3. Losardo RJ. Dr. Héctor Marino. Crónica de viaje: Alemania e Inglaterra, 1935. *Revista ALMA Cultura & Medicina*, 2019; 5 (1): 51-57.
4. Losardo RJ. Dr. Héctor Marino. Crónica de viaje: Estados Unidos, 1938. *Revista ALMA Cultura & Medicina*, 2019; 5 (2): 8-16.
5. Losardo RJ. Dr. Héctor Marino. Crónica de viaje: La Segunda Guerra Mundial. *Revista ALMA Cultura & Medicina*, 2019; 5 (3): 6-12.
6. Losardo RJ. Dr. Héctor Marino. Recuerdos de los Congresos Internacionales de Cirugía Plástica. *Revista ALMA Cultura & Medicina*, 2022; 8 (1): 48-61.
7. Losardo RJ. Dr. Miguel Correa-Iturraspe: La cirugía plástica que ha vivido. *La Prensa Médica Argentina*, 2023; 109 (3): 101-120.
8. Losardo RJ; Albanese, E.F. El final del Hospital Rawson y la diáspora finochiettista. A 45 años de estos hechos. *Revista de la Asociación Médica Argentina*, 2023; 136 (2): 18-25.
9. Losardo RJ. Recuerdos y anécdotas del doctor Héctor Marino: primera parte. *Revista Argentina de Cirugía Plástica*, 2024; 30 (4): 343-345.
10. Losardo RJ. Recuerdos y anécdotas del doctor Héctor Marino: segunda parte. *Revista Argentina de Cirugía Plástica*, 2025; 31 (1): 26-28.
11. Losardo RJ. Oscar V. Mallo. Pionero de la cirugía plástica infantil argentina. *La Prensa Médica Argentina*, 2024; 110 (3): 123-130.
12. Losardo RJ. Semblanza del Académico Profesor Doctor Fortunato Benaim. *Revista de la Asociación Médica Argentina*, 2021; 134 (4): 6-8.

Cirugía estética, prisionera de la moda

Cosmetic surgery, a prisoner of fashion

Dr. Manuel Sarrabayrouse

RESUMEN

El artículo menciona y compara distintas épocas de la moda y cómo fue cambiando la visión de la sociedad en cuanto a cirugía estética.

Palabras clave: cirugía estética, moda, belleza.

ABSTRACT

The article discusses and compares different eras of fashion and how society's view of cosmetic surgery has changed.

Key words: cosmetic surgery, fashion, beauty.

REVISTA ARGENTINA DE CIRUGÍA PLÁSTICA 2025;31(2):82. [HTTPS://DOI.ORG/10.32825/RACP/202502/0082-0082](https://doi.org/10.32825/RACP/202502/0082-0082)

Cuando entendemos la **belleza** como algo que agrada a nuestros sentidos sin esfuerzo alguno, tenemos que reconocer que ante la belleza el observador se emociona sin poder dejar de mirarla.

El siglo de la esbeltez y de un nuevo **ideal femenino** nació en 1908 cuando el modisto francés Paul Poiret introdujo en Francia su estilo modernista y tubular, y rechazó las figuras voluptuosas con caderas y pechos exagerados que marcaron la época victoriana, comenzando así la aparición de la **mujer moderna** de miembros alargados, figura delgada, de piernas al descubierto y por sobre todas las cosas, elegante.

El ideal de la delgadez continuó incluso durante la gran depresión, en las primeras décadas del siglo XX, y se acentuó luego de la Segunda Guerra Mundial, eliminando las curvas lujuriosas y la moda femenina de épocas anteriores.

La ropa y los cuerpos masculinizados y atléticos encajaban con la igualdad y la **libertad sexual** que empezaba a surgir a principio de siglo.

El concepto burgués del cuerpo dejó de ser señal de solidez y respetabilidad comenzando a ser signo de exceso y falta de disciplina personal.

La delgadez pasó a ser marca de las elites sociales y la gordura en las clases bajas.

El nuevo paradigma de esta caprichosa moda surgió en los años 60 de **Twiggy**, modelo inglesa, que con 1,71 m de altura y 44 kg. de peso sería considerada hoy como esquelética.

En la **década del 80**, con el advenimiento de los ejercicios aeróbicos, la actriz estadounidense Jane Fonda y otras consiguieron influenciar a la mujer occidental, resaltando la forma del cuerpo femenino con músculos que hasta entonces nunca habían definido dicha figura.

Además de una concientización de su cuerpo, la desnudez traslucía la vestimenta adherida, daba a la mujer un aspecto de mayor atractivo y sensualidad.

Podríamos inferir que la mujer moderna debería disciplinar su carne desnuda.

La **cirugía estética** que hoy millones de mujeres requieren a los cirujanos plásticos ha conseguido a través de un bisturí cincelar el cuerpo humano como lo hicieron antes artistas y escultores destacados.

La idiosincrasia actual es, a mi entender, la de una mujer liberada, llena de energía, fuerte e independiente.

El ideal que todo cirujano plástico tendría que tener presente sería alcanzar la belleza destacando la **naturalidad**.

La sobreactuación tan criticada en otras disciplinas del arte es, en esta apasionante especialidad, un factor de reflexión y respeto al ser humano.

Creemos que es saludable contemplar nuestros rostros y cuerpos con algo de narcisismo. Si se logra crecer junto a los cambios que se producen con el paso de los años, entonces el ego queda satisfecho; recurrir al cirujano no será necesario y una nueva época se iniciará.

1. Miembro Vitalicio SACPER. Ex jefe del Servicio de Cirugía Plástica, Hospital Italiano de Buenos Aires.

✉ **Correspondencia:** Dr. Manuel Sarrabayrouse.
manuel.sarrabayrouse@hospitalitaliano.org.ar

Reglamento de Publicaciones de la *Revista Argentina de Cirugía Plástica*

Publications rules *Argentine Journal of Plastic Surgery*

La *Revista Argentina de Cirugía Plástica* es el instrumento oficial de comunicación de la Sociedad Argentina de Cirugía Plástica, Estética y Reparadora (SACPER). Es la forma documental de relacionar científicamente a los socios que integran nuestra Sociedad, reconocida como entidad rectora de la especialidad en el país. De esta manera, los resultados de las investigaciones se hacen públicos y quedan abiertos a la opinión de los socios, a los que va dirigida la revista.

La *Revista Argentina de Cirugía Plástica* ofrece a los autores socios de SACPER y de sus Regionales la seguridad de la propiedad de sus ideas (registro público). También podrán publicar los cirujanos plásticos extranjeros con membresía en su respectiva sociedad nacional. La publicación, de frecuencia trimestral, considera artículos relacionados con los diversos aspectos de la Cirugía Plástica, Estética y Reparadora.

INSTRUCCIONES A LOS AUTORES PARA LA PRESENTACIÓN DE ARTÍCULOS

Los artículos estarán divididos en secciones (introducción, material y métodos, resultados, discusión, conclusiones y bibliografía). Deben ser enviados al email revista@sacper.org.ar en archivo de Microsoft Word, con páginas numeradas, en formato A4, con letra 12, con fotos y gráficos numerados e insertos en el trabajo.

TÍTULO Y AUTORES

1. El título del trabajo a publicar debe ser conciso e informativo. En lo posible que no exceda los 100 caracteres (dos líneas de 50 caracteres cada una).
2. Se debe consignar nombres y apellidos de cada uno de los autores, con el máximo grado académico alcanzado (médico, residente, magister, doctor, otros).
3. Debe informarse la categoría de cada autor en la SACPER (Adherente, Titular, Vitalicio, Honorario, otros).
4. Incluir la dirección de correo electrónico del autor, a quien deben dirigirse las respectivas notificaciones. Debe acompañarse de una foto actualizada del autor principal.

RESUMEN DEL TRABAJO Y PALABRAS CLAVE

1. El resumen debe informar los propósitos y objetivos del estudio, los procedimientos utilizados, métodos de observación y estadísticos. Datos de los principales hallazgos, la significación estadística y las princi-

pales conclusiones. Debe enfatizar los aspectos importantes del estudio.

2. Al pie del resumen, los autores deben proporcionar de 3 a 7 palabras clave, para facilitar la indexación del artículo.

RESUMEN EN INGLÉS (ABSTRACT)

- Debe ser una traducción fiel del resumen en español.
- En caso de no contar con la asistencia de un traductor profesional con experiencia en redacción científica médica, la Dirección de la Revista pone a disposición de los socios un servicio de traducción de resúmenes.

CONFLICTOS DE INTERESES

Al comienzo del texto, bajo el subtítulo “Declaración de conflicto de intereses” los autores deben explicitar si tienen relación con cualquier tipo de organización con intereses financieros, directos o indirectos, en los temas, asuntos o materiales discutidos en el artículo, si es que lo tuviesen.

Si no hay conflicto de intereses, los autores deben declarar por escrito que “no tienen conflictos de intereses”.

TEXTO

El texto se divide en secciones: **Introducción, Materiales y métodos, Resultados, Discusión, Conclusiones.**

Se presentan lineamientos básicos para estructurar el texto:

- **Introducción:** consolida los antecedentes, el propósito del artículo, el marco teórico de los fundamentos lógicos para el desarrollo del estudio. Proporciona las referencias pertinentes. Claramente debe consignar el o los objetivos principales del trabajo.
- **Materiales y métodos:** describe explícitamente la selección y el tamaño de la muestra utilizada para la observación y experimentación.
 - a) Identificación de edad, sexo y características de la muestra (tipo de animales utilizados para la investigación; tipo de material cadavérico usado).
 - b) Identificación de las especificaciones técnicas de los aparatos, de los métodos y procedimientos, que permitan a otros investigadores reproducir resultados.
 - c) Identificación de fármacos, dosis, vías de administración, implantes o elementos biotecnológicos.
 - d) Identificación de los métodos estadísticos utilizados.

- **Resultados:** los resultados relatan, pero no interpretan las observaciones realizadas. Se presentan en una secuencia lógica con el apoyo de tablas y figuras, explican las observaciones y valoran su respaldo.
- **Discusión:** enfatiza los aspectos novedosos e importantes del estudio. Incluye hallazgos, implicaciones, limitaciones y otros aspectos. Relaciona las observaciones a los objetivos del estudio.
- **Conclusiones:** es aconsejable realizar conclusiones acerca del trabajo realizado.
- **Bibliografía:** las citas bibliográficas deben numerarse en el orden en el cual se mencionan por primera vez en números arábigos entre paréntesis en el texto, tablas y leyendas. El estilo recomendable es APA y los basados en los formatos usados por el Index Medicus. La bibliografía debe ser verificada y controlada en los artículos originales por los autores.

ADDENDUM

Las tablas, gráficos y figuras deben estar insertados en el trabajo, con su respectivo número y aclaratorias.

Tablas: son instrumentos que mejoran la comprensión del trabajo científico. Deben ser enumerados en forma consecutiva, con un título conciso para cada tabla, en letra cursiva, tamaño de letra recomendado: 10. Cada columna y fila debe tener un encabezamiento, claro y conciso. Las notas aclaratorias se ubican al pie de la tabla. Las medidas estadísticas (desvío y error estándar del promedio) deben estar identificadas.

Figuras: incluye esquemas, dibujos, fotografías, diagramas de flujo, etc. Los títulos y explicaciones deben ir en el texto de las leyendas. En el caso de presentar fo-

tografías de pacientes, deben utilizarse artilugios para **evitar la identificación de la persona**. La iconografía de pacientes, debe presentarse en forma secuencial y claramente diferenciada, seleccionando solo las más representativas. No se deben enviar fotos de resultados de tratamientos con la utilización de photoshop u otros instrumentos electrónicos de mejoramiento artificial de imágenes.

En el caso de presentar fotografías microscópicas, se debe consignar la magnificación y la tinción utilizada. Las estructuras que los autores deben identificar, se marcarán con una flecha negra y sus respectivas variables. Se aconseja no utilizar asteriscos, estrellas, círculos u otros símbolos no convencionales.

Unidades de medidas: las medidas de longitud, peso, altura y volumen deben figurar en unidades del sistema métrico decimal, la temperatura en grados Celsius (°C), la presión arterial en mm de Hg (mmHg) y los volúmenes en centímetros cúbicos (cc). Las mediciones clínicas, hematológicas y químicas deben expresarse en unidades del sistema métrico y/o UI. Es recomendable la mayor exactitud posible.

Abreviaturas y símbolos: es recomendable utilizar abreviaturas estandarizadas, y en lo posible en español. No se deben utilizar abreviaturas en el título ni en el resumen. Cuando se utilicen en el texto, debe citarse la palabra completa antes de ser abreviada, a menos que se trate de una unidad estándar de medida. Todos los valores numéricos deben estar acompañados de su unidad. Los decimales se separarán con coma. Los años se escribirán sin separación, puntos ni comas.

Las autoridades de la revista no se hacen responsables de las opiniones emitidas por los autores de los artículos.