

Revista Argentina de Cirugía Plástica

REVISTA ARGENTINA DE CIRUGÍA PLÁSTICA (ARGENTINE JOURNAL OF PLASTIC SURGERY)
JULIO - SEPTIEMBRE DE 2025 | AÑO 31 | NÚMERO 3

**Primum non nocere: ética médica
y seguridad del paciente**

Dr. Ricardo Jorge Losardo

**"S" itálica para ganancia de piel en cirugía
de reducción mamaria con cierre en "J"**

Dr. Juan Ramón Ramírez Martínez, Dra. Leticia
Pérez Domínguez, Dr. Carlos Miguel Cobo
Ricardo, Dra. Lartiza Ramírez Romero

**Estudio anatómico del "arco muscular
axilar" del m. latissimus dorsi (TA).
Importancia en el abordaje de la axila y
en la cirugía reconstructiva empleando
el m. latissimus dorsi (TA)**

Dr. Ernesto Moretti, Dr. Juan Carlos
Barrovecchio, Dra. Micaela Clerici, Dra.
Bianca Moretti, Gabriel Duarte Meceneiro

**¿Qué papel juega la
dermopigmentación en la
satisfacción de los pacientes que se
han sometido a un lifting de cejas
mediante la técnica Castañares?**

**Qual o papel dermopigmentação na
satisfação das pacientes submetidas à
elevação da cauda das sobrancelhas pela
técnica de Castañares?**

Dr. Daniel Nunes, Dr. Joao Ilgenfritz Neto, Lúcia
Moraes, Anny Cavaleiro Ribeiro Ramires,
Bianca Tanaka, Emily Kauanna de Oliveira
Felipe, Guilherme Britto Anache, Marina Yumi
de Assis Fukuda

**Tumor filoides y reconstrucción con
colgajo local**

Tumor filodes e reconstrução com retalho local

Dr. Isttanyer Magalhães, Dr. Adrián Corbalán

**Cicatriz queloides: radioterapia inmediata
posterior al tratamiento quirúrgico
(braquiterapia y/o radioterapia externa)**

Dr. Marcelo Lione, Téc. María Alicia Velasco,
Dr. Juan Pablo Serbielle, Lic. Ondina Monti,
Dr. José Capraro Fuentes, Dr. Matías I. Tosso,
Dr. Mariano Mandachain, Lic. Joseph Simon,
Sra. Leandra Z. Hernández

**Objetivos educativos, competencias y
contenidos en la enseñanza de cirugía
plástica**

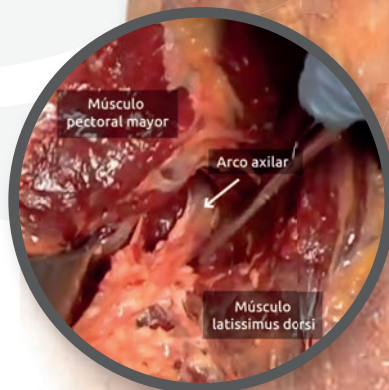
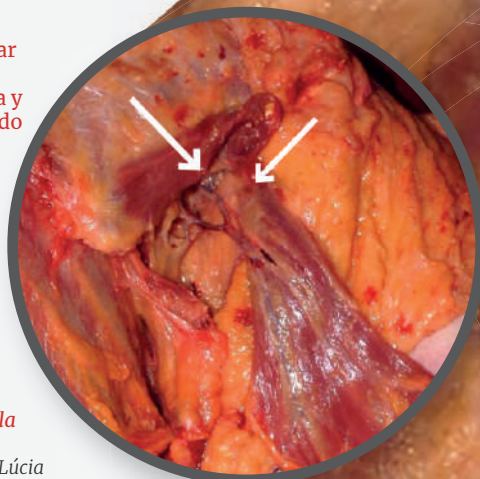
Dr. Patricio F. Jacovella

**Recuerdos y anécdotas del doctor Héctor
Marino: cuarta parte**

Dr. Ricardo J. Losardo

Mi vocación de cirujano plástico

Dr. Manuel Alberto Sarrabayrouse



**Estudio anatómico del "arco muscular
axilar" del m. latissimus dorsi (TA).
Importancia en el abordaje de la axila y
en la cirugía reconstructiva empleando
el m. latissimus dorsi (TA)**

Latissimus dorsi demostrando
inserciones en T7-T12, fascia
toracolumbar y últimas 4 costillas.



SACPER
SOCIEDAD ARGENTINA DE CIRUGÍA
PLÁSTICA, ESTÉTICA Y REPARADORA



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

Secretaria de actas

Dra. Cecilia Mercedes Chiappero Mira

Tesorero

Dr. Aldo Daniel Álvarez

Protesorero

Dr. Ariel Petroni

Director de publicaciones

Dr. Pablo Guillermo Serpa

Vocales titulares

Dra. Yamila Ivana Giancarelli

Dr. José Luis Tesler

Dr. Fernando Luis Arce

Dra. Adriana Natalia Cotto Perroni

Vocales suplentes

Dr. Federico Dieguez Aliaga

Presidente saliente

Dr. Roberto Serrano Alcalá

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 Cantalapiedra, 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



SACPER

SOCIEDAD ARGENTINA DE CIRUGÍA
PLÁSTICA, ESTÉTICA Y REPARADORA

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



PUBLICACIONES
LATINOAMERICANAS S.R.L.

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 Quaife (†)
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 Cucchiaro
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 Prociakewicz
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(3):93. [HTTPS://DOI.ORG/10.32825/RACP/202503/0091-0091](https://doi.org/10.32825/RACP/202503/0091-0091)

EDITORIAL | EDITORIAL

PRIMUM NON NOCERE: ÉTICA MÉDICA Y SEGURIDAD DEL PACIENTE
Primum non nocere: medical ethics and patient safety
Dr. Ricardo Jorge Losardo

ARTÍCULOS ORIGINALES | ORIGINAL ARTICLES

"S" ITÁLICA PARA GANANCIA DE PIEL EN CIRUGÍA DE REDUCCIÓN MAMARIA CON CIERRE EN "J"
Italic "S" for skin gain in breast reduction surgery with "J" closure
Dr. Juan Ramón Ramírez Martínez, Dra. Leticia Pérez Domínguez, Dr. Carlos Miguel Cobo Ricardo, Dra. Lartiza Ramírez Romero

ESTUDIO ANATÓMICO DEL "ARCO MUSCULAR AXILAR" DEL M. LATISSIMUS DORSI (TA). IMPORTANCIA EN EL ABORDAJE DE LA AXILA Y EN LA CIRUGÍA RECONSTRUCTIVA EMPLEANDO EL M. LATISSIMUS DORSI (TA)
Anatomical study of the "axillary muscular arch" of the m. latissimus dorsi (TA). Importance in the approach to the axilla and in reconstructive surgery using the m. latissimus dorsi (TA)
Dr. Ernesto Moretti, Dr. Juan Carlos Barrovecchio, Dra. Micaela Clerici, Dra. Bianca Moretti, Gabriel Duarte Meceneiro

¿QUÉ PAPEL JUEGA LA DERMOPIGMENTACIÓN EN LA SATISFACCIÓN DE LOS PACIENTES QUE SE HAN SOMETIDO A UN LIFTING DE CEJAS MEDIANTE LA TÉCNICA CASTAÑARES?
What role does dermipigmentation play in the satisfaction of patients who have undergone eyebrow lifting the Castañares technique?
Qual o papel dermopigmentação na satisfação das pacientes submetidas à elevação da cauda das sobrancelhas pela técnica de Castañares?
Dr. Daniel Nunes, Dr. Joao Ilgenfritz Neto, Lúcia Moraes, Anny Cavalheiro Ribeiro Ramires, Bianca Tanaka, Emily Kauanna de Oliveira Felipe, Guilherme Britto Anache, Marina Yumi de Assis Fukuda

CASO CLÍNICO / CLINICAL CASE

TUMOR FILOIDES Y RECONSTRUCCIÓN CON COLGAJO LOCAL
Phyllodes tumor and local flap reconstruction
Tumor filodes e reconstrução com retalho local
Dr. Isttayer Magalhães, Dr. Adrián Corbalán

ARTÍCULOS ORIGINAL | ORIGINAL ARTICLE

CICATRIZ QUELOIDE: RADIOTERAPIA INMEDIATA POSTERIOR AL TRATAMIENTO QUIRÚRGICO (BRAQUITERAPIA Y/O RADIOTERAPIA EXTERNA)
Keloid scar: immediate radiotherapy after surgical treatment (brachytherapy and/or external radiotherapy)
Dr. Marcelo Lione, Téc. María Alicia Velasco, Dr. Juan Pablo Serbielle, Lic. Ondina Monti, Dr. José Capraro Fuentes, Dr. Matías I. Tosso, Dr. Mariano Mandachain, Lic. Joseph Simon, Sra. Leandra Z. Hernández

EDUCACIÓN MÉDICA CONTINUA / CONTINUING MEDICAL EDUCATION

OBJETIVOS EDUCATIVOS, COMPETENCIAS Y CONTENIDOS EN LA ENSEÑANZA DE CIRUGÍA PLÁSTICA
Educational objectives, competences and contents in plastic surgery teaching
Dr. Patricio F. Jacovella

HISTORIA DE LA CIRUGÍA PLÁSTICA / HISTORY OF PLASTIC SURGERY

RECUERDOS Y ANÉCDOTAS DEL DOCTOR HÉCTOR MARINO: CUARTA PARTE
Memories and anecdotes of Dr. Héctor Marino: Part 4
Dr. Ricardo J. Losardo

ARTÍCULO ESPECIAL | SPECIAL ARTICLE

MI VOCACIÓN DE CIRUJANO PLÁSTICO
My vocation as a plastic surgeon
Dr. Manuel Alberto Sarrabayrouse

REGLAMENTO | RULES OF PUBLICATIONS

096

098

103

108

124

130

135

143

147

149

Sumario

REVISTA ARGENTINA DE CIRUGÍA PLÁSTICA 2025;31(3):92-93. [HTTPS://DOI.ORG/10.32825/RACP/202503/0092-0093](https://doi.org/10.32825/RACP/202503/0092-0093)

"S" ITÁLICA PARA GANANCIA DE PIEL EN CIRUGÍA DE REDUCCIÓN MAMARIA CON CIERRE EN "J"

Dr. Juan R. Ramírez Martínez, Dra. Leticia Pérez Domínguez, Dr. Carlos Miguel Cobo Ricardo, Dra. Lartiza Ramírez Romero
La hipertrofia mamaria o macromastia es un desarrollo excesivo y desproporcionado de tejido mamario, y en ocasiones puede ser discapacitante. Las exigencias y expectativas respecto del tratamiento quirúrgico de la mama cobran cada vez más importancia para la mujer. Se presenta un caso con el objetivo de mostrar el cierre en "J", en una técnica de bipedículo, y el marcaje de "S" itálica para ganancia de piel; se evidencia un resultado satisfactorio, por lo que se llega a la conclusión de que no existe un *gold standard* para el tratamiento quirúrgico y se logra reducir cicatriz con cierre en "J" con la "S" itálica para disminuir la redundancia de piel.

ESTUDIO ANATÓMICO DEL "ARCO MUSCULAR AXILAR" DEL *M. LATISSIMUS DORSI* (TA). IMPORTANCIA EN EL ABORDAJE DE LA AXILA Y EN LA CIRUGÍA RECONSTRUCTIVA EMPLEANDO EL *M. LATISSIMUS DORSI* (TA)

Dr. Ernesto Moretti, Dr. Juan Carlos Barrovecchio, Dra. Micaela Clerici, Dra. Bianca Moretti, Gabriel Duarte Meceneiro

Los procedimientos a nivel axilar, tanto por motivos oncológicos como la investigación del ganglio centinela o la linfadenectomía axilar, así como la realización del colgajo *m. latissimus dorsi* (TA) usado para la reconstrucción mamaria, requieren una exhaustiva disección de la zona axilar. Existe una variante donde a partir del *m. latissimus dorsi* se extienden fibras musculares que cruzan la axila y se insertan con frecuencia en el *m. pectoralis major* (TA) o *m. teres major* (TA). Se denomina a esta variante anatómica "Arco Axilar Muscular". Se describe anatómicamente esta variante con el objeto de que el especialista que aborde dicha zona no sea sorprendido y pueda identificar esta estructura durante el procedimiento quirúrgico. Y en caso de presentar se pueda efectuar la sección del arco con seguridad y así lograr una rotación completa del colgajo de *latissimus dorsi* sin riesgo de afectar su pedículo vascular.

¿QUÉ PAPEL JUEGA LA DERMOPIGMENTACIÓN EN LA SATISFACCIÓN DE LOS PACIENTES QUE SE HAN SOMETIDO A UN LIFTING DE CEJAS MEDIANTE LA TÉCNICA DE CASTAÑARES?

Dr. Daniel Nunes, Dr. Joao Ilgenfritz Neto, Lúcia Moraes, Anny Cavalheiro Ribeiro Ramires, Bianca Tanaka, Emily Kauanna de Oliveira Felipe, Guilherme Britto Anache, Marina Yumi de Assis Fukuda

Antecedentes. La técnica de Castañares para el lifting de cejas ha estado históricamente asociada a cicatrices visibles, lo que en ocasiones genera insatisfacción en los pacientes. La micropigmentación ha surgido como una posible herramienta complementaria para camuflar estas cicatrices y mejorar los resultados estéticos.

Objetivos. Evaluar si la dermopigmentación postoperatoria de las cicatrices tras lifting de cejas mediante la técnica de Castañares aumenta la satisfacción de las pacientes con el procedimiento.

Métodos. Se realizó un estudio retrospectivo de mujeres sometidas a lifting de cejas primario mediante la técnica de Castañares entre enero de 2019 y enero de 2023. A las pacientes se les solicitó calificar el resultado quirúrgico como insatisfactorio, satisfactorio o excelente durante las consultas postoperatorias del segundo, sexto y duodécimo mes. La dermopigmentación se ofrecía rutinariamente a los tres meses de la cirugía. Las pacientes fueron divididas en dos grupos: Grupo A (sin dermopigmentación) y Grupo B (con dermopigmentación).

Resultados. Se incluyeron 64 pacientes (Grupo A: n=26; Grupo B: n=38), con una edad media de $56,7 \pm 10,4$ años. No se observaron diferencias estadísticamente significativas entre los grupos en cuanto a edad, fototipo cutáneo de Fitzpatrick ni niveles de satisfacción en ninguno de los momentos de seguimiento ($p > 0,05$).

Conclusiones. La dermopigmentación postoperatoria no mostró un aumento significativo en los niveles de satisfacción de las pacientes sometidas a lifting de cejas con la técnica de Castañares. Estos hallazgos cuestionan la necesidad de su uso rutinario con fines de camuflaje cicatricial en este contexto.

TUMOR FILOIDES Y RECONSTRUCCIÓN CON COLGAJO LOCAL

Dr. Isttanyer Magalhães, Dr. Adrián Corbalán

Se presenta un caso clínico de tumor filoides resecado y reparado con un colgajo locorregional. Se describe el resultado obtenido. Se realiza una revisión de los cuadros clínicos en que se presenta este tipo de tumor mamario que puede tener un comportamiento muy agresivo.

CICATRIZ QUELOIDE: RADIOTERAPIA INMEDIATA POSTERIOR AL TRATAMIENTO QUIRÚRGICO (BRAQUITERAPIA Y/O RADIOTERAPIA EXTERNA)

Dr. Marcelo Lione, Téc. María Alicia Velasco, Dr. Juan Pablo Serbielle, Lic. Ondina Monti, Dr. José Capraro Fuentes, Dr. Matías I. Tosso, Dr. Mariano Mandachain, Lic. Joseph Simon, Sra. Leandra Z. Hernández

Objetivo. Determinar si nuestra experiencia institucional en el tratamiento de las cicatrices queloides (tasa y tiempo de recaída local) radioterapia inmediata posterior a la resección quirúrgica con braquiterapia de alta tasa de dosis o radioterapia externa con electrones es similar a lo publicado por la bibliografía mundial.

Material y método. Se realizó una revisión retrospectiva de historias clínicas de pacientes asistidos con queloides cuyo tratamiento fue la resección quirúrgica y la radioterapia inmediata posterior, ya sea con braquiterapia de alta tasa de dosis (Multisource de Bebig) o radioterapia externa con electrones de 6 MeV (Acelerador Lineal Elekta SL 15).

Resultados. Se evaluaron 90 historias clínicas de pacientes con queloides que consultaron y se prescribió radioterapia inmediata posterior, asistidos entre enero 2012 y enero del 2021. Debido a la no cobertura de obras sociales y/o prepagas, solo 27 pacientes en total pudieron efectuar dicho tratamiento. A partir de esos datos, se realizó un análisis retrospectivo de estos últimos pacientes con queloides y

radioterapia postoperatoria inmediata. Los pacientes fueron asistidos en dos centros de radioterapia (en las ciudades de Junín y Santa Rosa). Las características fueron las siguientes: a) edad media: 26 años (rango 15–44 años); b) sexo: varones 1/3 y mujeres 2/3; c) localización: oreja (43%), tórax (19%), abdomen (19%) y miembros superiores e inferiores (19%). En todos los pacientes se efectuó radioterapia inmediata posterior a la resección quirúrgica. En 5 de ellos con braquiterapia de alta tasa de dosis (4 aplicaciones de 5 Gy en dos días) y en 22 pacientes radioterapia externa con electrones de 6 MeV (5 fracciones de 4 Gy completando 20 Gy en 5 días corridos). Conclusiones. Si bien la muestra de nuestro trabajo es muy escasa, se observaron tasa y tiempo de recurrencia similares a lo publicado en la bibliografía mundial.

OBJETIVOS EDUCATIVOS, COMPETENCIAS Y CONTENIDOS EN LA ENSEÑANZA DE CIRUGÍA PLÁSTICA

Dr. Patricio F. Jacovella

Con un diagnóstico de situación bien definido, se presentan las siguientes etapas del planeamiento educativo en cirugía plástica, describiendo su importancia en el aprendizaje. Los conceptos de objetivos, competencias y contenidos se analizan de manera crítica con referencia a modelos de enseñanza. Se ponen a consideración varios ejemplos prácticos de experiencias realizadas en la formación de la especialidad.

RECUERDOS Y ANÉCDOTAS DEL DOCTOR HÉCTOR MARINO: CUARTA PARTE

Dr. Ricardo J. Losardo

Se relata la participación del Dr. Héctor Marino en la Academia Argentina de Cirugía, la Sociedad Argentina de Cirugía Plástica y la Facultad de Medicina de la Universidad del Salvador. Se mencionan algunas referencias históricas de estas tres instituciones médicas y algunos médicos de la época.

MI VOCACIÓN DE CIRUJANO PLÁSTICO

Dr. Manuel Alberto Sarabayrouse

En este artículo cuento brevemente cómo llegué a la cirugía plástica, cómo fui desarrollando mi vocación de cirujano plástico y los profesionales que influyeron en mi carrera profesional.

Summary

REVISTA ARGENTINA DE CIRUGÍA PLÁSTICA 2025;31(3):94-95. [HTTPS://DOI.ORG/10.32825/RACP/202503/0094-0095](https://doi.org/10.32825/RACP/202503/0094-0095)

ITALIC "S" FOR SKIN GAIN IN BREAST REDUCTION SURGERY WITH "J" CLOSURE

Dr. Juan R. Ramírez Martínez, Dra. Leticia Pérez Domínguez, Dr. Carlos Miguel Cobo Ricardo, Dra. Lartiza Ramírez Romero
Breast hypertrophy or macromastia is an excessive and disproportionate development of breast tissue and can sometimes be disabling. The demands and expectations regarding surgical treatment of the breast are becoming increasingly important for women. A case is presented with the objective of showing the "J" closure, in a bipedicle technique, and the italic "S" marking for skin gain; A satisfactory result is evident, so the conclusion is reached that there is no "gold standard" for surgical treatment and scar reduction is achieved with "J" closure with the Italian "S" to reduce skin redundancy.

ANATOMICAL STUDY OF THE "AXILLARY MUSCULAR ARCH" OF THE M. LATISSIMUS DORSI (TA). IMPORTANCE IN THE APPROACH TO THE AXILLA AND IN RECONSTRUCTIVE SURGERY USING THE M. LATISSIMUS DORSI (TA)

Dr. Ernesto Moretti, Dr. Juan Carlos Barrovecchio, Dra. Micaela Clerici, Dra. Bianca Moretti, Gabriel Duarte Meceneiro

Axillary procedures, both for oncological reasons such as sentinel node investigation or axillary lymphadenectomy, as well as the dissection of the latissimus dorsi muscle flap used for breast reconstruction, require an exhaustive identification of the axillary area. There is a variant where muscle fibers extend from the latissimus dorsi muscle and cross the axilla and frequently insert into the pectoralis major muscle or teres major muscle. This anatomical variant is called the "axillary arch muscle".

This variant is described anatomically so that when the specialist enters to this area should not be surprised and can identify this structure during the surgical procedure. If it is present, the arch can be safely divided, thus allowing for full rotation of the latissimus dorsi flap without risk of affecting its vascular pedicle.

WHAT ROLE DOES DERMIPIGMENTATION PLAY IN THE SATISFACTION OF PATIENTS WHO HAVE UNDERGONE EYEBROW LIFTING THE CASTAÑARES TECHNIQUE?

Dr. Daniel Nunes, Dr. Joao Ilgenfritz Neto, Lúcia Moraes, Anny Cavalheiro Ribeiro Ramires, Bianca Tanaka, Emily Kauanna de Oliveira Felipe, Guilherme Britto Anache, Marina Yumi de Assis Fukuda

Background. The Castañares technique for brow lifting has long been associated with visible scarring, occasionally resulting in patient dissatisfaction. Micropigmentation has emerged as a potential adjunct to camouflage these scars and improve aesthetic outcomes.

Objectives. This study aimed to evaluate whether postoperative dermopigmentation of brow lift scars enhances patient satisfaction following the Castañares technique.

Methods. A retrospective review was conducted of female patients who underwent primary brow lift via the Castañares technique between January 2019 and January 2023. Patients

were asked to rate their surgical outcomes as unsatisfactory, satisfactory, or excellent during the 2nd, 6th, and 12th postoperative follow-up visits. Dermopigmentation was routinely offered at the 3-month follow-up. Patients were categorized into two groups: Group A (no dermopigmentation) and Group B (received dermopigmentation).

Results. A total of 64 patients were included (Group A: n=26; Group B: n=38), with a mean age of 56.7 ± 10.4 years. No statistically significant differences were found between the two groups in terms of age, Fitzpatrick skin type, or satisfaction scores at any follow-up point ($p > 0.05$).

Conclusions. Postoperative dermopigmentation did not result in a measurable increase in patient satisfaction following brow lift using the Castañares technique. These findings suggest that routine use of dermopigmentation for scar camouflage in this context may not be warranted.

PHYLLODES TUMOR AND LOCAL FLAP RECONSTRUCTION

Dr. Isttanyer Magalhães, Dr. Adrián Corbalán

We present a clinical case of a phyllodes tumor resected and repaired with a locoregional flap. The outcome is described. We review the clinical presentations of this type of breast tumor, which can be highly aggressive.

KELOID SCAR: IMMEDIATE RADIOTHERAPY AFTER SURGICAL TREATMENT (BRACHYTHERAPY AND/OR EXTERNAL RADIOTHERAPY)

Dr. Marcelo Lione, Tech. María Alicia Velasco, Dr. Juan Pablo Serbielle, Lic. Ondina Monti, Dr. José Capraro Fuentes, Dr. Matías I. Tosso, Dr. Mariano Mandachain, Lic. Joseph Simon, Mrs. Leandra Z. Hernández

Objective. To determine whether our institutional experience in the treatment of keloid scars (rate and time to local recurrence) with immediate postoperative radiotherapy following surgical resection with high-dose-rate brachytherapy or external beam electron beam radiation therapy is similar to that published in the international literature.

Material and Method. A retrospective review was conducted of the medical records of patients with keloids treated with surgical resection and immediate postoperative radiotherapy, either with high-dose-rate brachytherapy (Bebig Multi-source) or external beam electron beam radiation therapy with 6 MeV electrons (Elekta SL 15 Linear Accelerator).

Results. Ninety medical records of patients with keloids who presented and were prescribed immediate postoperative radiotherapy, treated between January 2012 and January 2021, were evaluated. Due to the lack of coverage by social security and/or prepaid medical insurance, only 27 patients in total were able to undergo this treatment. Based on these data, a retrospective analysis was performed on all patients with keloids and immediate postoperative radiotherapy. The patients were treated at two radiotherapy centers (in the cities of Junín and Santa Rosa). Their characteristics were as follows: a) mean age: 26 years (range, 15–44 years); b) sex: one-third male and two-thirds female; c) location: ear (43%), chest (19%), abdomen (19%), and upper and lower extremities (19%). All patients received radiotherapy immediately after

surgical resection. Five received high-dose-rate brachytherapy (four 5-Gy applications in two days), and 22 received external beam radiotherapy with 6 MeV electrons (five 4-Gy fractions, completing 20 Gy in five consecutive days).

Conclusions. Although our sample size is very small, we observed a recurrence rate and time similar to those published in the international literature.

EDUCATIONAL OBJETIVES, COMPETENCES AND CONTENTS IN PLASTIC SURGERY TEACHING

Dr. Patricio F. Jacovella

Considering a well-defined situational diagnosis, educational planning steps in plastic surgery are presented. Importance and goals for teaching activities are stressed and critically analyzed. Educational objectives, competences and contents are considered, with reference to different approaches. Several educational experiences are presented as well.

MEMORIES AND ANECDOTES OF DR. HÉCTOR MARINO: PART 4

Dr. Ricardo J. Losardo

This article describes Dr. Héctor Marino's involvement with the Argentine Academy of Surgery, the Argentine Society of Plastic Surgery, and the Faculty of Medicine of the University of Salvador. Some historical references to these three medical institutions are mentioned and some doctors of that time.

MY VOCATION AS A PLASTIC SURGEON

Dr. Manuel Alberto Sarabayrouse

In this article, I briefly describe how I came to plastic surgery, how I developed my vocation as a plastic surgeon, and which professionals influenced my career.

Primum non nocere: ética médica y seguridad del paciente

Primum non nocere: medical ethics and patient safety

REVISTA ARGENTINA DE CIRUGÍA PLÁSTICA 2025;31(3):96-97. [HTTPS://DOI.ORG/10.32825/RACP/202503/0096-0097](https://doi.org/10.32825/RACP/202503/0096-0097)

Primum non nocere es una frase latina que significa “primero, no hacer daño”. Es un principio fundamental en la ética médica y se refiere a la obligación de los profesionales de la salud de evitar causar daño a sus pacientes al brindar atención médica.

Es un recordatorio de que la **seguridad del paciente** debe ser prioritaria al tomar decisiones sobre la atención médica y el tratamiento.

Este principio se aplica en diversas situaciones, como evitar procedimientos innecesarios, minimizar los riesgos de los tratamientos y proporcionar información precisa y completa a los pacientes para que puedan tomar decisiones informadas.

Aunque a menudo se la asocia con el **Juramento Hipocrático** (supuestamente redactado hace 2400 años por Hipócrates o un discípulo suyo) (**Figura 1**) la frase *primum non nocere* no aparece explícitamente en el juramento original. El concepto de no causar daño en el acto médico se inició unos 1400 años antes, con el **Código de Hammurabi** (Mesopotamia Antigua, Babilonia) y sigue vigente hasta nuestros días.

Desde la aparición del informe “**Errar es humano**” (1999) (**Figura 2**) de la Academia Nacional de Ciencias de EE.UU., quedó establecido que toda intervención sanitaria puede provocar un daño que hay que evitar y

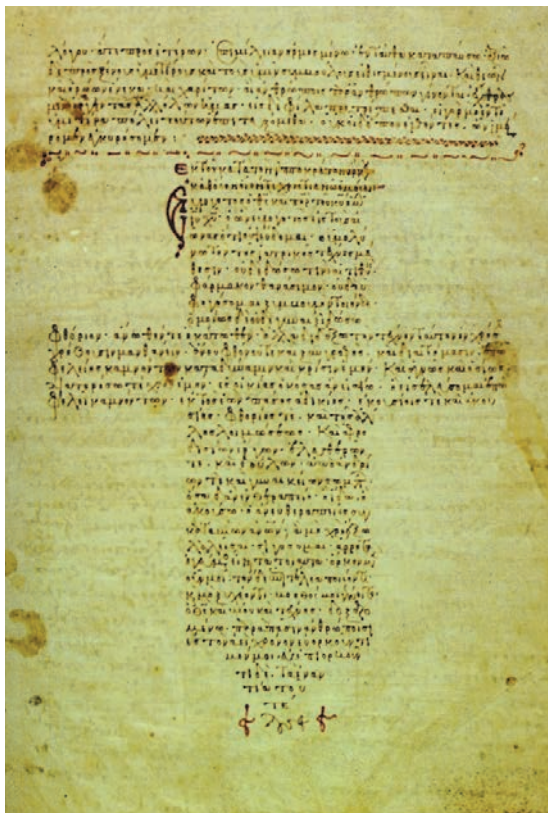


Figura 1. Manuscrito bizantino (siglo XI) donde está escrito en forma de cruz el Juramento hipocrático. Biblioteca Vaticana.



Figura 2. Informe “Errar es humano: construir un sistema de salud más seguro” (1999) realizado por el Instituto de Medicina de EE.UU.

en el caso de que se presente, evaluar y corregir para que no se vuelva a producir. Por su parte, la Organización Mundial de la Salud (OMS) con la implementación de la seguridad del paciente como disciplina hace 20 años nos recuerda que como médicos debemos ser conscientes de que nuestras decisiones generan riesgos en el paciente y su entorno.

Nuestra querida especialidad, la cirugía plástica, no escapa a este principio y resulta útil tenerlo presente para la actividad profesional cotidiana.

Dr. Ricardo Jorge Losardo

Editor Jefe, Revista Argentina de Cirugía Plástica
ricardo.losardo@usal.edu.ar

"S" itálica para ganancia de piel en cirugía de reducción mamaria con cierre en "J"

Italic "S" for skin gain in breast reduction surgery with "J" closure

Dr. Juan Ramón Ramírez Martínez¹ (<https://orcid.org/0000-0002-9436-5865>), Dra. Leticia Pérez Domínguez² (<https://orcid.org/0000-0003-3553-0178>), Dr. Carlos Miguel Cobo Ricardo³ (<https://orcid.org/0009-0009-4336-0720>), Dra. Lartiza Ramírez Romero³ (<https://orcid.org/0009-0008-8328-1237>)

RESUMEN

La hipertrofia mamaria o macromastia es un desarrollo excesivo y desproporcionado del tejido mamario y en ocasiones puede ser discapacitante. Las exigencias y expectativas respecto al tratamiento quirúrgico de la mama cobra cada vez más importancia para la mujer. Se presenta un caso con el objetivo de mostrar el cierre en "J", en una técnica de bipedículo, y el marcaje de "S" itálica para ganancia de piel; se evidencia un resultado satisfactorio, por lo que se llega a la conclusión que no existe un gold standard para el tratamiento quirúrgico y se logra reducir cicatriz con cierre en "J" con la "S" itálica para disminuir la redundancia de piel.

Palabras clave: hipertrofia mamaria, cicatriz corta, reducción mamaria.

ABSTRACT

Breast hypertrophy or macromastia is an excessive and disproportionate development of breast tissue and can sometimes be disabling. The demands and expectations regarding surgical treatment of the breast are becoming increasingly important for women. A case is presented with the objective of showing the "J" closure, in a bipedicle technique, and the italic S marking for skin gain; A satisfactory result is evident, so the conclusion is reached that there is no "gold standard" for surgical treatment and scar reduction is achieved with "J" closure with the Italian "S" to reduce skin redundancy.

Key words: breast hypertrophy, Short Scar, reduction mammoplasty.

REVISTA ARGENTINA DE CIRUGÍA PLÁSTICA 2025;31(3):98-102. [HTTPS://DOI.ORG/10.32825/RACP/202503/0098-0102](https://doi.org/10.32825/RACP/202503/0098-0102)

INTRODUCCIÓN

Las mamas han tenido un papel muy importante en la imagen femenina ¹, representan una parte muy importante del cuerpo de la mujer. Siempre han sido consideradas como una zona impregnada de sensualidad y están asociadas a la belleza femenina ².

La hipertrofia mamaria, un trastorno de volumen, y la ptosis mamaria, un trastorno de posición, son alteraciones mamarias distintas, donde la hipertrofia siempre se acompaña de algún grado de ptosis; sin embargo, no ocurre lo mismo en el sentido contrario. La hipertrofia mamaria o macromastia es un desarrollo excesivo y desproporcionado de tejido mamario y en ocasiones puede ser discapacitante ^{3,4}.

Las exigencias y expectativas respecto al tratamiento quirúrgico de las mamas cobran cada vez más im-

portancia para la mujer, y debe ser el cirujano el encargado de responder a dichas demandas. La forma, volumen y simetría de las mamas tienen gran influencia en el bienestar físico, psicológico y social de la mujer ⁵.

Uno de los procedimientos más comunes realizados por el cirujano plástico es la mamoplastia de reducción. Es uno de los campos más difíciles de la cirugía estética, debido a los muchos procedimientos quirúrgicos y las diferentes pautas que definen la mama estéticamente perfecta. Hay muchos abordajes quirúrgicos para reducción mamaria, con diferentes patrones de reducción de piel y del parénquima, así como del soporte dérmico del complejo areola pezón ⁶.

Esta variedad de técnicas para el tratamiento quirúrgico de la hipertrofia mamaria ha permitido explorar los campos de reducción de cicatrices y nos ha permitido realizar técnicas en L y J.

Con esta presentación de caso, tenemos como objetivo mostrar la validez de la S itálica para ganancia de piel y lograr una mejor coaptación de los bordes de la herida en la cirugía de reducción mamaria con técnica de bipedículo horizontal y cierre en J.

MATERIAL Y MÉTODO

En el tratamiento quirúrgico de la hipertrofia mamaria se presenta una gran variedad de técnicas basadas en el pedículo y la cicatriz resultante. Lo relevante de este caso es la realización de una de esas técnicas descrita (pedículo superointerno), realizando el cierre en

1. Especialista de segundo grado en Cirugía Plástica y Caumatología. Master en Urgencias Médicas. Profesor auxiliar Universidad de Ciencias Médicas Holguín. Hospital General Universitario "Vladimir Ilich Lenin", Holguín, Cuba.
2. Especialista primer Grado de Cirugía Plástica y Caumatología. Profesor Asistente de la Universidad de Ciencias Médicas de Holguín. Hospital General Universitario "Vladimir Ilich Lenin", Holguín, Cuba.
3. Residente de Cirugía Plástica y Caumatología. Hospital General Universitario "Vladimir Ilich Lenin", Holguín, Cuba.

✉ Correspondencia: Dr. Juan Ramón Ramírez Martínez. ramirez.martinezdr@gmail.com

Los autores no declaran conflictos de intereses

Recibido: 09/05/2025 | Aceptado: 04/06/2025

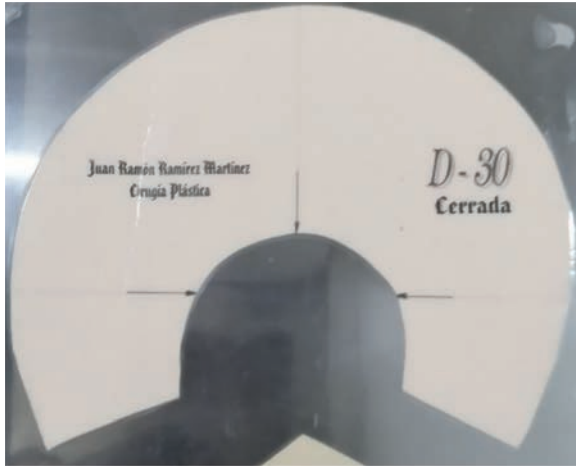


Figura 1. Patrón de Wise. Figura 1. Patrón de Wise.

jota y la S Itálica para ganancia de piel en la rama lateral, con marcaje siguiendo el patrón de Wise.

Se presenta caso clínico de femenino de 32 años, con antecedentes de salud y paridad satisfecha (2 partos), que ha tenido seguimiento en consulta de cirugía plástica por presentar aumento de volumen de las mamas, lo cual le ocasiona molestias estéticas y de relación con su pareja, en ocasiones dolor de espalda. Se realizan exámenes complementarios preoperatorios, incluyendo ultrasonido de ambas mamas, para descartar cualquier patología mamaria. Antecedentes personales: no refiere antecedentes clínicos o quirúrgicos.

Antecedentes familiares: madre y hermana con enfermedad fibroquística de la mama.

Hallazgos clínicos en la exploración física: paciente normolínea con índice de masa corporal (IMC) de 26, no muestra alteraciones en el examen físico por aparatos y sistemas. Mamas: aumentadas de volumen, con agrandamiento del complejo areola pezón (CAP), no cambios visibles a nivel de piel, a la palpación no secreción por el pezón, no galactorrea, no tumor, no dolor, no otras alteraciones.

Regiones axilares: no evidencian la presencia de adenopatías palpables.

Exámenes preoperatorios:

- Hematocrito: 0.40 g/l.
- Leucograma: 5×10^9 l/l.
- Eritrosedimentación 6 mmol/l
- Grupo y factor: A positivo
- Serología: no reactiva
- Ultrasonido diagnóstico: tejido mamario mixto a predominio glandular, mama derecha no lesiones nodulares o quísticas, mama izquierda no lesiones nodulares o quísticas, no adenopatías axilares. BI-RAS I

CIRUGÍA

A. Marcaje preoperatorio

1. Línea media: paciente sentada, en posición recta y brazo a ambos lados del tronco, se localizan punto medio de horquilla esternal y se traza línea hasta el ombligo.

2. Línea mamaria (medioclavicular): se localiza punto medio entre horquilla esternal y articulación acromion clavicular para establecer la línea medioclavicular o línea mamaria, pasando por el pezón, hasta pasar el surco submamario.
3. Ubicación del CAP: se localiza proyección anterior del pezón, sobre el cono mamario en línea medioclavicular, se evalúa distancia desde la horquilla esternal y este punto (distancia de 23 cm), se deja a una distancia de 19 cm por tamaño del tórax de la paciente y coincidente con la unión del tercio superior del brazo con los tercios inferiores; y se traza línea horizontal para utilizar el patrón de Wise (Figura 1). En el marcaje al polo superior se lo denomina punto A, continuando con los puntos B - B' y C - C'.
4. La unión de las líneas B - B' y C - C', determinan la vertical según patrón de Wise. A partir del punto C se marca un semicírculo que pasa a 2 cm por encima del surco submamario y se extiende hasta la Línea axilar anterior (Figura 2.1).
5. Desde el punto C' de la línea B' - C' (rama vertical lateral) se marca una S itálica que llega hasta la unión del semicírculo paralelo al surco submamario ya marcada y la línea axilar anterior (Figura 2.2).
6. Terminada estas mediciones y marcas se procede a elegir la ubicación del colgajo para la neomama, en este caso utilizamos una técnica de colgajo bipedículo horizontal.
7. Se delimita CAP con diámetro de 4 cm.
8. Llegado a este punto se repite procedimiento en mama contralateral.

B. Procedimiento quirúrgico

1. Paciente decúbito supino y anestesia general orotraqueal, previa asepsia y antisepsia del área quirúrgica se colocan paños de campo. Se realizan incisiones con bisturí siguiendo líneas pre marcadas; con la mama bien fijada por su base por el primer ayudante se realiza incisión periareolar superficial.
2. Se procede a la desepitelización del área delimitada como colgajo (bipedículo horizontal) o neomama. Se reseca cono de tejido en el polo superior previamente marcado con base en piel y vértice en profundidad. Hemostasia cuidadosa.
3. Se delimita este colgajo en su totalidad con mucho cuidado para no dañar sus pedículos vasculares en la base, aunque se libera parcialmente en la aponeurosis muscular esto permite drenaje desde el polo superior y mejor avance del mismo al momento del cierre. Hemostasia cuidadosa.
4. Resecamos resto de tejido en el polo inferior de la mama. Hemostasia cuidadosa.
5. Se revisa nuevamente la hemostasis, se deja drenaje aspirativo. Se procede al cierre. Elevamos

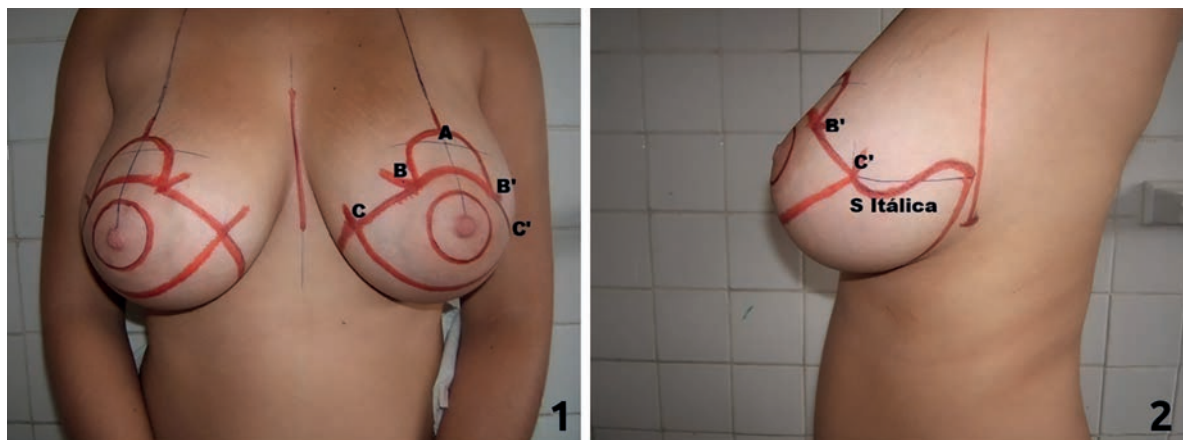


Figura 2. Marcaje preoperatorio (1 Frontal y 2 Lateral).

colgajo mamario hasta el punto A y se fija. Se unen los puntos B con B' cerrando el círculo del CAP.

6. Se procede a unir el punto C' con un punto localizado a 1 o 2 cm del punto C para conformar la vertical, dependiendo del volumen resecado y a 9 cm de la línea media esternal.
7. Cierre por planos con suturas absorbibles 2-0 y sutura subcuticular o intradérmica para el cierre de piel con 3-0, se termina operación (**Figura 3**).
8. La marcación de S itálica nos permite lograr una simetría entre la incisión del surco submamario y la incisión lateral de la mama, para lograr un mejor cierre sin tensión y sin redundancia de piel en el surco submamario.
9. Vendaje de las mamas.

RESULTADOS

Se deja ingresada 24 horas y se retiran drenajes, previo al alta. Evolucionan satisfactoriamente; se controla al cuarto día mostrando al examen buena coaptación de bordes, continua con evolución satisfactoria (Figura 4 y 5).

DISCUSIÓN

Las técnicas convencionales para corregir la hipertrofia y la ptosis mamaria dan como resultado, en la mayoría de los casos, una cicatriz bastante extensa en el surco submamario. Para tratar de disminuir estas cicatrices se desarrollaron otras técnicas como las de cicatriz en J, cicatriz submamaria corta, cicatriz vertical, o periareolar. Sin embargo, en hipertrofias marcadas muchas veces no se logra obtener los resultados deseados, mientras que el uso de solo un pedículo inferior produce en el tiempo una deficiencia en el relleno del polo superior de la mama³.

Desde 1930 se han desarrollado varias técnicas para la reducción mamaria, donde destacan el pedículo inferior, el pedículo superomedial, el pedículo superior, el periareolar central y el injerto libre de pezón⁷.



Figura 3. Posoperatorio inmediato.

La cicatriz debe ser objeto de una elección basada en las indicaciones y motivo de información de la paciente, con una explicación muy precisa de su posición y tamaño, así como de sus posibles evoluciones, fisiológicas o patológicas.

La corrección quirúrgica de la hipertrofia mamaria requiere del cirujano conocimientos de anatomía, fisiología y patología de la glándula mamaria, como también una familiaridad con las diversas técnicas, además de una comprensión de los factores psicológicos inherentes a esta condición. Una técnica para reducción mamaria debe tener la preocupación de mantener la fisiología glandular, garantizar una buena forma y minimizar la extensión de las cicatrices⁹.

Uno de los objetivos principales de cualquier procedimiento estético es restaurar las estructuras envejecidas para que tengan una apariencia rejuvenecida y juvenil; en el caso de la mama debemos tener en cuenta además el mantener sus unidades estéticas en su posición anatómica ideal¹⁰.

Existen múltiples técnicas de reducción mamaria que buscan, junto con reducir el tamaño, lograr mamas con buena forma, simétricas, estables en el tiempo, con poca ptosis, cicatrices finas y mínimas complicaciones¹¹.

Las cicatrices «en ancla» consisten en una cicatriz horizontal larga, de la longitud del surco inframamario. Presenta el inconveniente de acercarse a la línea media,

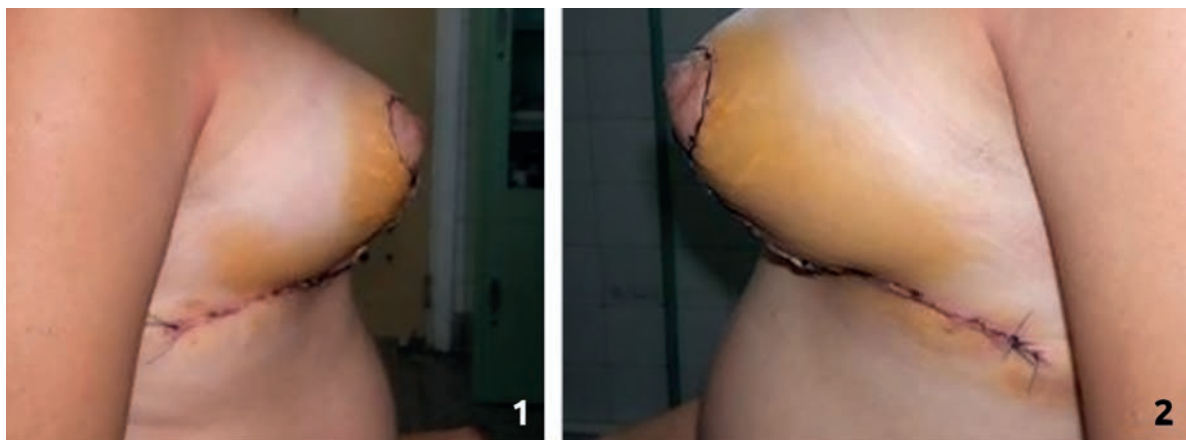


Figura 4. Posoperatorio al cuarto de día de evolución. (1 Vista lateral derecha, 2 vista lateral izquierda).



Figura 5. Posoperatorio 27 días.

con riesgo de evolución hipertrófica. La supresión radical de la parte interna de la horizontal motiva las técnicas con cicatrices en L o en J. La rama externa y la parte vertical absorben las diferencias de longitud de los dos bordes. En estos casos, el problema es absorber el excedente cutáneo intentando eliminar el tejido adiposo subcutáneo y retrayendo los planos liberados⁸.

Las técnicas de mamoplastia reductiva en las que se emplea el patrón de Wise son muy utilizadas, dando lugar a una cicatriz en T invertida¹², una cicatriz bastante extensa en el surco³. La literatura disponible

contiene más de 100 publicaciones que describen varias técnicas diferentes para la mamoplastia de reducción¹³. Ninguna técnica es superior, la técnica ideal sigue siendo controversial⁽⁶⁾.

El pedículo está compuesto por tejido glandular o tejido glandular y dermis desepitelizada. Se considera que la dermis contribuye a la circulación venosa en lugar de la circulación arterial.

Se describen muchas técnicas y modificaciones de reducción mamaria, incluido el pezón libre, el patrón de Wise, el bipedículo, el pedículo inferior, el pedículo vertical, el pedículo medial, el pedículo superomedial y el pedículo superior. y pedículo septal¹⁴.

CONCLUSIONES

Se han descrito y estudiado diferentes técnicas de marcaje preoperatorio y, para el tratamiento quirúrgico de la hipertrofia mamaria, ninguna constituye el *gold standard* en cirugía mamaria. Somos del criterio, al igual que otros autores, que no existe una técnica única y en nuestro caso consideramos que el cierre en J, con S itálica constituye una herramienta para disminuir la redundancia de piel en técnicas de cicatrices cortas y puede diseñarse para varios tipos de pedículos.

BIBLIOGRAFIA

1. Mamani Choque E, Luzardo Iglesia B, Nájara Pérez JC, Medina Granda J. Efectividad de las técnicas Strombeck clásico y modificado como procedimientos quirúrgicos en pacientes con hipertrofia mamaria. En: Centro Virtual de Convenciones de salud. Primera Jornada Virtual de CirPlast Sancti Spiritus 2020. Sancti Spiritus: Yurisbel Tomás Solenzal Álvarez;2020.p.1-11 <http://www.cirplasantisspiritus2020.sld.cu/index.php/crplass/jvccss2020/paper/view/108>
2. Moya Rosa EJ, Cáceres Maceo C, ríos Chacón B. Comportamiento ptosis mamaria, versatilidad en su tratamiento. Arch méd Camagüey [Internet]. 2024 [Citado 2 de septiembre 2024];28:e9870. Disponible en: <https://revistaamc.sld.cu/index.php/amc/article/view/9870/4853>
3. Ríos Hidalgo E, Flores Miñano MA, Cruz del Castillo R, Carranza Torres Y. Mamoplastia a pedículo súper-medial, nuestra experiencia y revisión de la literatura. Cir Plást Iberolatinoam [Internet]. 2022 [citado 2 de septiembre 2024];48(2):121-132. Disponible en: <https://scielo.isciii.es/pdf/cpil/v48n2/0376-7892-cpil-48-02-0123.pdf>
4. Pérez Panzano E, Güemes Sánchez A, Sousa Domínguez R, Artigas Urgel L, Gascón Catalán A. Experiencias antes y después de la mamoplastia de reducción en pacientes con macromastia. Revista de Senología y Patología Mamaria [Internet]. 2023 [Citado 2 de septiembre 2024];36:e100545. Disponible en: <https://www.sciencedirect.com/science/article/pii/S0214158223000774>

6. Expósito Jalturin A, Escobar Vega H, Tamayo Carbón AM, Paredes Javier WN, Cuastumal Figueroa DK. Tratamiento de la ptosis mamaria con mastopexia periareolar más endoprótesis. *Acta Médica [Internet]*. 2022 [Citado 2 de septiembre 2024];23(3):e330. Disponible en: <http://www.revactamedica.sld.cu/index.php/act/article/view/330>
7. Alsanabani JA, algaradi GA. Superior Pedicle Reduction Mammaplasty: A Safe and Reliable Tecnique in Breast Hypertrophy. *Egypt, J Plast Reconstr Surg Internet*. 2020 [Citado 2 de septiembre 2024];44(3):445-451. Disponible en: https://ejprs.journals.ekb.eg/article_122301_08f37c7ff7134264b0ba6460dcc77e10e.pdf
8. Escobar Jaramillo R, Merelo Arias CA. Breast Reduction with Total Superior Pedicle. *Plast Reconstr Surg Glob Open [Internet]*. 2023 [Citado 2 de septiembre 2024];11:e4735. Disponible en: https://journals.lww.com/prsgo/fulltext/2023/01000/breast_reduction_with_total_superior_pedicle.30.aspx
9. Bellini Ditta L. Ptosis mamaria y su resolución quirúrgica. *Revista Argentina de Cirugía Plástica [Internet]*. 2018 [Citado 20 may 2024];24(2):95-104. Disponible en: https://www.academia.edu/download/58051981/Revista_Argentina_de_Cirurgia_Plastica_ABR-JUN_2018.pdf#page=53
10. Pitanguy I, Radwanski HN. En: Santa Cruz G, compilador. *Cirugía Plástica, Reconstructiva y Estética*. 4ta ed. Venezuela: Amolca; 2016. p. 1857-1867.
11. de Rungs Brown D, Zamora Madrazo A, González Guevara M, Manzo Hernández M, Alegre Tamez E. Comparación a largo plazo de resultados en mastopexia con patrón de cicatriz en T invertida o periareolar. *Casuística personal. Cir plást iberolatinoam [Internet]*. 2022 [Citado 2 de septiembre 2024];48(1):9-16. Disponible en: https://scielo.isciii.es/scielo.php?pid=S0376-78922022000100009&script=sci_arttext
12. Rudolph Geisse A. Mamoplastia de reducción con pedículo central y malla de dermis. *Cir plást iberolatinoam [Internet]*. 2021 [Citado 2 de septiembre 2024];47(1):35-48. Disponible en: https://scielo.isciii.es/scielo.php?pid=S0376-78922021000100006&script=sci_arttext
13. Escudero Nafs FJ, Nieto Ramos H, Masot León B. Mamoplastia de reducción sin cicatriz vertical. *Cir Plast [Internet]*. 2023 [Citado 20 may 2024];33(4):161-67. Disponible en: <https://www.medigraphic.com/cgi-bin/new/resumen.cgi?IDARTICULO=113882>
14. Lutfi D, Turkof E. B-Te chnique with dermis suspension: A new approach toward reduction mammoplasty combining short-scar with durability of results. *Journal of Plastic, Reconstructive & Aesthetic Surgery [Internet]*. 2020 [Citado 2 de septiembre 2024];000:1-9. Disponible en: <https://www.sciencedirect.com/science/article/pii/S1748681519305558>
15. Selamioğlu E, Agdoğan Ö. Mammaplasty Using Modified Superomedial Pedicle Technique in Severely Macromastia and Ptotic Breast. *Te Breast Journal [Internet]*. 2024 [Citado 2 de septiembre 2024];1-7. Disponible en: <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pmc/articles/PMC10883735/>

ACLARACIÓN: CONTRIBUCIÓN DE LA AUTORÍA:

Conceptualización: Juan Ramón Ramírez Martínez y Leticia Pérez Domínguez.

Curación de datos: Juan Ramón Ramírez Martínez.

Análisis formal: Juan Ramón Ramírez Martínez, Leticia Pérez Domínguez y Carlos Miguel Cobo Ricardo.

Adquisición de fondos: No.

Investigación: Juan Ramón Ramírez Martínez, Leticia Pérez Domínguez y Carlos Miguel Cobo Ricardo.

Metodología: Juan Ramón Ramírez Martínez y Leticia Pérez Domínguez.

Administración del proyecto: Juan Ramón Ramírez Martínez y Lartiza Ramírez Romero.

Recursos: Leticia Pérez Domínguez, Carlos Miguel Cobo Ricardo y Lartiza Ramírez Romero.

Software: Carlos Miguel Cobo Ricardo y Lartiza Ramírez Romero.

Supervisión: Juan Ramón Ramírez Martínez.

Validación: Juan Ramón Ramírez Martínez, Leticia Pérez Domínguez, Carlos Miguel Cobo Ricardo y Lartiza Ramírez Romero.

Visualización: Juan Ramón Ramírez Martínez, Leticia Pérez Domínguez, Carlos Miguel Cobo Ricardo y Lartiza Ramírez Romero.

Redacción – borrador original: Juan Ramón Ramírez Martínez y Lartiza Ramírez Romero

Redacción – revisión y edición: Juan Ramón Ramírez Martínez.

Estudio anatómico del “arco muscular axilar” del *m. latissimus dorsi* (TA). Importancia en el abordaje de la axila y en la cirugía reconstructiva empleando el *m. latissimus dorsi* (TA)

Anatomical study of the “axillary muscular arch” of the *m. latissimus dorsi* (TA). Importance in the approach to the axilla and in reconstructive surgery using the *m. latissimus dorsi* (TA)

Dr. Ernesto Moretti¹, Dr. Juan Carlos Barrovecchio², Dra. Micaela Clerici³,
Dra. Bianca Moretti³, Gabriel Duarte Meceneiro⁴

RESUMEN

Los procedimientos a nivel axilar, tanto por motivos oncológicos como la investigación del ganglio centinela o la linfadenectomía axilar, así como la realización del colgajo *m. latissimus dorsi* (TA) usado para la reconstrucción mamaria, requiere una exhaustiva disección de la zona axilar. Existe una variante donde a partir del *m. latissimus dorsi* se extienden fibras musculares que cruzan la axila y se insertan con frecuencia en el *m. pectoralis major* (TA) o *m. teres major* (TA). Se denomina a esta variante anatómica “arco axilar muscular”. Se describe anatómicamente esta variante con el objeto de que el especialista que aborde dicha zona no sea sorprendido y pueda identificar esta estructura durante el procedimiento quirúrgico. Y en caso de presentar se pueda efectuar la sección del arco con seguridad y así lograr una rotación completa del colgajo de *latissimus dorsi* sin riesgo de afectar su pedículo vascular.

Palabras clave: arco muscular axilar, *m. latissimus dorsi*, disección axilar.

ABSTRACT

Axillary procedures, both for oncological reasons such as sentinel node investigation or axillary lymphadenectomy, as well as the dissection of the *latissimus dorsi* muscle flap used for breast reconstruction, require an exhaustive identification of the axillary area. There is a variant where muscle fibers extend from the *latissimus dorsi* muscle and cross the axilla and frequently insert into the *pectoralis major* muscle or *teres major* muscle. This anatomical variant is called the “axillary arch muscle”.

This variant is described anatomically so that when the specialist enters to this area should not be surprised and can identify this structure during the surgical procedure. If it is present, the arch can be safely divided, thus allowing for full rotation of the *latissimus dorsi* flap without risk of affecting its vascular pedicle.

Key words: axillary muscular arch, *m. latissimus dorsi*, axillary dissection.

REVISTA ARGENTINA DE CIRUGÍA PLÁSTICA 2025;31(3):103-107. [HTTPS://DOI.ORG/10.32825/RACP/202503/0103-0107](https://doi.org/10.32825/RACP/202503/0103-0107)

INTRODUCCIÓN

El *musculus latissimus dorsi* (TA) o músculo dorsal ancho es el músculo más ancho del cuerpo humano. Funcionalmente, el *m. latissimus dorsi* pertenece a los músculos del movimiento escapular. Este músculo es capaz de tirar del ángulo inferior de la *scapula* (TA) o escápula

la en diferentes direcciones, generando movimientos en la articulación del hombro, rotación interna, aducción y extensión del brazo. Además, es un músculo respiratorio auxiliar, así como uno de los principales estabilizadores de la columna vertebral durante sus diversos movimientos.

El *m. latissimus dorsi* fue descrito por primera vez por Andreas Vesalius en el siglo XVI en su obra *De Humani Corporis Fabrica* (1543) ¹. Vesalius revolucionó el estudio de la anatomía al priorizar la disección directa de cadáveres humanos y desafiar las ideas galénicas, lo que permitió una descripción más precisa de la musculatura.

EMBRIOLOGÍA

Es una estructura filogenéticamente antigua que se encuentra en mamíferos cuadrúpedos, anfibios y reptiles. El *m. latissimus dorsi* en embriones pequeños aparece como una estrecha franja craneocaudal en el lado lateral del cuerpo que se extiende desde la undécima costilla y las vértebras adyacentes hasta el húmero. Luego

1. Profesor Titular por concurso de la Cátedra de Anatomía Humana I y II, de la Facultad de Medicina, UAI, sede Rosario. Jefe del Servicio de Cirugía Plástica, Hospital Privado Rosario (Roca 2440, Rosario, 2000).
2. Profesor Emérito de la Facultad de Medicina, UAI, sede Rosario.
3. Docente de la Cátedra de Anatomía Humana I y II de la Facultad de Medicina, UAI, sede Rosario.
4. Auxiliar alumno de la Cátedra de Anatomía Humana I y II de la Facultad de Medicina, UAI, sede Rosario.

✉ Correspondencia: Dr. Ernesto Moretti. doctormorettiuniversidad@gmail.com; ernesto.moretti@uai.edu.ar

Los autores no declaran conflictos de intereses

Lugar de realización: Cátedra de Anatomía Humana I y II, Facultad de Medicina UAI, sede Rosario

Recibido: 28/07/2025 | Aceptado: 20/08/2025

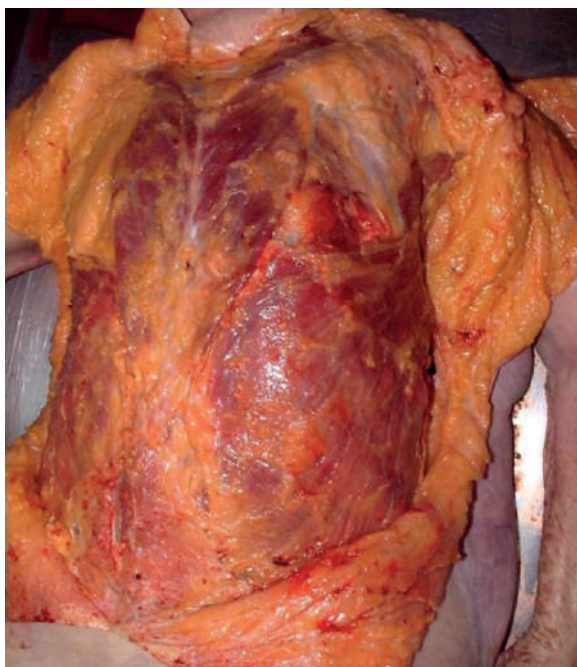


Figura 1. Diseción en cadáver en fresco donde se observa el *m. latissimus dorsi* (TA) demostrando la extensión del mismo y sus inserciones en procesos espinosos T7 a T12, fascia toracolumbar y 4 últimas costillas. Cátedra de Anatomía Humana I y II, Facultad de Medicina UAI, sede Rosario.

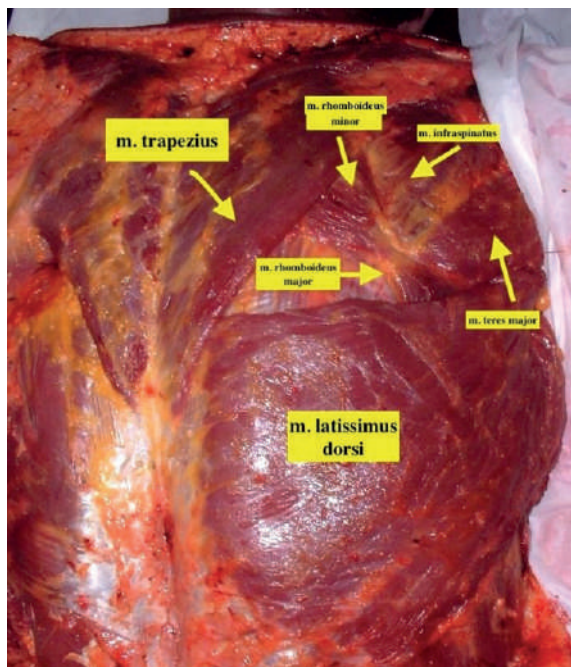


Figura 2. Diseción en cadáver en fresco donde se observa la relación del *m. latissimus dorsi* (TA) con el resto de los músculos de la región posterior del tórax. Cátedra de Anatomía Humana I y II, Facultad de Medicina UAI, sede Rosario.

se extiende en forma de abanico en dirección craneal y anterocaudal para alcanzar posiciones definitivas de sus inserciones en las espinas vertebrales y en la cresta ilíaca. En el curso de su desarrollo se forma de dos primordios distintos, el craneal y el caudal, cada uno con un hilio neurovascular independiente.

Existe una variación conocida como *musculus dorsoepitrochlearis*, descrita por Ramsey A. en 1812². Esta variante se encuentra descrita en los monos, aunque en el hombre aparece en casos esporádicos. Corresponde a fibras musculares que se desprenden del borde anteroinferior del *m. latissimus dorsi* y se dirigen cruzando la axila para insertarse en el brazo^{3,4}. La descripción más detallada fue provista por Karl Langer en 1846, motivando que varios autores llamaron a esta variante **arco muscular axilar** o **arco de Langer**⁵⁻⁷. La frecuencia de aparición del arco de Langer o muscular axilar es, según diversas publicaciones, del 1 al 6.5%.

El anatomista Testut⁸, en “*Las Anomalías musculares en el hombre, explicadas por la anatomía comparada. Su importancia en antropología*”, presenta una clasificación a partir de las influencias individuales. Esta obra fue premiada por la Sociedad de Antropología de París con el premio Broca 1883, por el Instituto de Francia con el premio Montyon 1885 y por la Facultad de Medicina de París con el premio Chateauvillars 1885. En dicha obra explica que hay 2 variantes del arco muscular axilar: la forma completa o **VARIANTE MUSCULAR**, que se extiende del músculo LD hasta el tendón del *pectoral major* (TA), y la forma incompleta o **VARIANTE TENDINOSA** que se extiende del mús-

culo LD hasta la fascia axilar, *m. biceps brachii* (TA), *m. coracobrachialis* (TA), *m. pectoralis minor* (TA) o *proceso coracoides* [TA]⁹.

El objetivo del presente trabajo es alertar y explicar esta variante poco frecuente de la inserción proximal del *m. latissimus dorsi* debido a que se presentó en 1 caso quirúrgico propio, y además en las disecciones de nuestra Cátedra encontramos también dicha variante en 1 de los preparados anatómicos.

DESCRIPCIÓN ANATÓMICA

El músculo *latissimus dorsi* es uno de los músculos más prominentes y extensos de la región posterior del cuerpo humano. Ubicado en las áreas torácica y lumbar de la espalda, forma parte del grupo de los músculos superficiales, cubriendo una amplia porción de la superficie posterior del tronco. Este músculo se origina en una extensa área que incluye los procesos espinosos de las vértebras T7 hasta T12, la fascia toracolumbar, la cresta ilíaca y las costillas inferiores (9ª a 12ª), extendiéndose hacia su inserción en el borde medial del *surco intertubercular* (TA) o corredera bicipital del húmero, Vesalius¹ (**Figura 1**).

El músculo presenta una forma triangular aplanada, con fibras musculares dispuestas en abanico que convergen hacia un tendón. Esta disposición le permite cumplir funciones biomecánicas clave, como la extensión, la aducción y la rotación interna del brazo en la articulación del hombro. Además, participa en la estabilización de la columna vertebral durante acti-

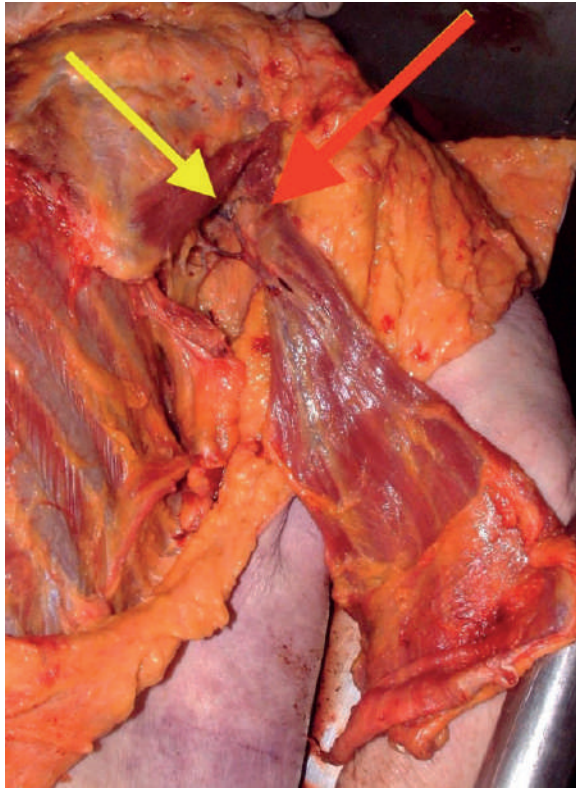


Figura 3. Diseción en cadáver en fresco donde se observa el pedículo vascular proximal proveniente de la a. thoracodorsalis (TA) (flecha amarilla). La flecha roja indica la inserción proximal del m. latissimus dorsi (TA). Cátedra de Anatomía Humana I y II, Facultad de Medicina UAI, sede Rosario.

vidades físicas intensas, como levantar peso, trepar o remar, y actúa como músculo accesorio en la respiración forzada, elevando las costillas inferiores en situaciones de esfuerzo respiratorio.

Cubre casi todos los músculos del tronco posterior e inferior. Junto con los *músculos levator scapulae* (TA), *trapezius*, (TA), *rhomboides major* (TA), *rhomboides minor* (TA) conforma la capa superficial de los músculos extrínsecos de la espalda (**Figura 2**).

La irrigación del m. latissimus dorsi es principalmente por la *arteria thoracodorsalis* (TA) o arteria toracodorsal, que es la continuidad de la *arteria subscapularis* (TA) o arteria subescapular. Según el trabajo de Mustafá ¹⁰ sobre 20 disecciones cadavéricas, la *arteria thoracodorsalis* (TA) se dividió en 2 ramas (medial y lateral) lo cual constituyó el 95% de los hallazgos (**Figura 3**). Solo en 1 axila se constató la presencia de una *arteria thoracodorsalis* (TA) que se dividía en 3 ramas.

Las arterias emergentes de la novena a la undécima *arteriae intercostales posteriores* (TA) o arterias intercostales posteriores y de la primera a la tercera rama posterior de las *arteriae lumbales* (TA) o arterias lumbares irrigan el músculo en su parte medial (**Figura 4**).

Por lo tanto, es un músculo irrigado por un pedículo principal axilar y medialmente por varios pedículos perforantes de las arterias intercostales y lumbares.

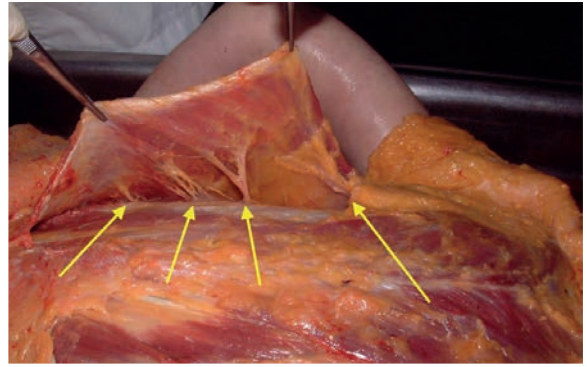


Figura 4. Diseción en cadáver en fresco donde se observan los pedículos vasculares provenientes de las arteriae intercostales posteriores (TA) y de la primera a la tercera rama posterior de las arteriae lumbales (TA) (flechas amarillas). Cátedra de Anatomía Humana I y II, Facultad de Medicina UAI, sede Rosario.

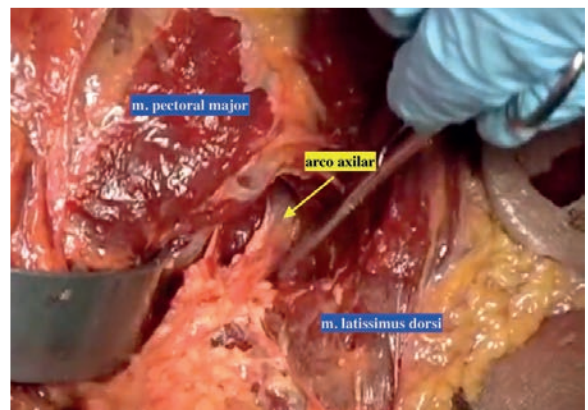


Figura 5. Imagen intraoperatoria durante la disección de la axila donde se identifica una banda muscular que se extiende del m. latissimus dorsi al m. pectoralis major. Dicha banda corresponde al arco muscular axilar o arco de Langer. Servicio de Cirugía Plástica, Hospital Privado Rosario.

res. De esta forma, y desde el punto de vista de la Cirugía Plástica es un colgajo muscular tipo III de Mathes y Nahai ¹¹. La innervación está a cargo del *nervus thoracodorsalis* (TA) o nervio toracodorsal. Este nervio es una rama del fascículo posterior del plexo braquial, con fibras derivadas de las raíces cervicales sexta a octava. Desciende delante del *musculus subscapularis* (TA) o músculo subescapular y la arteria subescapular, a lo largo de la pared posterior de la axila, y penetra al músculo cerca del borde lateral de la *scapula* (TA) o escápula ¹²⁻¹⁴.

HALLAZGOS

Durante la realización de un procedimiento de reconstrucción mamaria en nuestra institución en una paciente de 42 años con cáncer de mama con vaciamiento axilar se constató una banda muscular que unía el m. latissimus dorsi al m. pectoralis major (**Figura 5**).

Debido a este hallazgo se propuso identificar entre los preparados que se encuentran en la Cátedra de Anatomía I y II la presencia de esta variante y en uno de ellos



Figura 6. Diseción en cadáver formolizado donde se identifica la banda muscular que se extiende del m. latissimus dorsi al m. pectoralis major. Cátedra de Anatomía Humana I y II, Facultad de Medicina UAI, sede Rosario.

logramos identificar dicho Arco Muscular Axilar (**Figura 6**).

DISCUSIÓN

Algunas disecciones han mostrado inserciones anómalas del latissimus dorsi, donde las fibras musculares no terminan exclusivamente en el *surco intertubercular* (TA) o corredora bicipital del húmero. Estas inserciones pueden extenderse hacia el m. *pectoralis major* (TA), el m. *teres major* (TA) o incluso estructuras más distantes como las costillas superiores. Estas variantes anatómicas pueden modificar significativamente las líneas de tracción y la biomecánica del hombro. La variante muscular más habitual que está descrita está conformada por fibras musculares y fibrosas que parten del m. *latissimus dorsi* y se dirigen en forma transversa a insertarse hacia el m. *pectoralis major* o eventualmente a las fibras tendinosas del canal braquial. Esto constituye el arco muscular axilar o **arco de Langer** (**Figura 7**).

La importancia del conocimiento de este arco muscular axilar tiene 2 significados:

Síndrome de compresión costoclavicular, el atrapamiento de la vena axilar, el atrapamiento del nervio mediano, el síndrome de hiperabducción, el síndrome de salida torácica y el síndrome de inestabilidad del hombro¹⁵. Este arco muscular puede oscurecer la palpación de los ganglios linfáticos axilares.

En el caso de un colgajo de *latissimus dorsi* para reconstrucción mamaria, la falta de reconocimiento de esta variante dará como resultado la compresión del pedículo toracodorsal y la eventual pérdida del colgajo. Es importante considerar que el m. *latissimus dorsi* se puede rotar hasta cubrir zonas próximas al esternón (**Figura 8**). Para lograr esta máxima rotación sin compromiso vascular, en caso de cons-

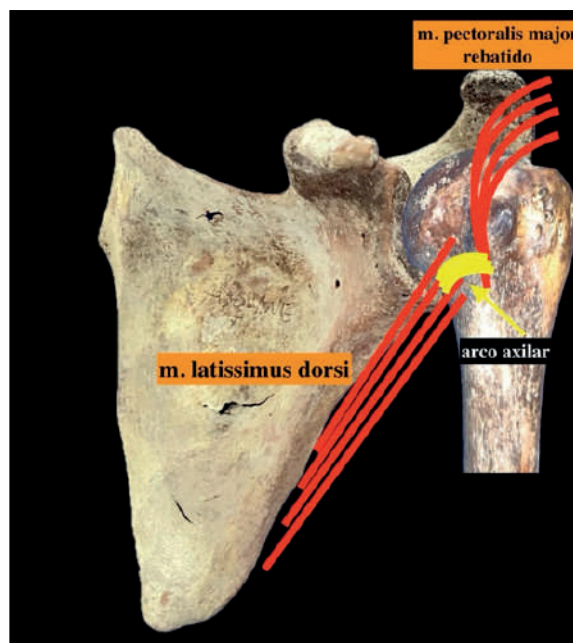


Figura 7. Representación esquemática de la ubicación del arco muscular axilar (en amarillo). Las líneas rojas paralelas al borde lateral escapular representan las fibras del m. latissimus dorsi, mientras que en la parte superior se observan las fibras del m. pectoralis major rebatidas. Cátedra de Anatomía Humana I y II, Facultad de Medicina UAI, sede Rosario.

tarse esta variante en la axila, es clave seccionarla (**sección del arco muscular axilar**).

Otro punto a tener en cuenta es que en ocasiones el arco axilar puede ser netamente muscular (tipo I) y otras es una forma tendinosa (tipo II). Estos arcos se cruzan frente a los vasos y nervios axilares y las venas podrían verse afectadas principalmente dentro de esta variación que puede desempeñar un papel en la obstrucción intermitente de la vena axilar¹⁵⁻¹⁸.

CONCLUSIÓN

La presencia de variaciones anatómicas en el *latissimus dorsi* como el “arco muscular axilar o de Langer” adquiere gran importancia especialmente cuando el cirujano explora la axila en vaciamientos oncológicos o en disecciones axilares con el objeto de rotar el m. *latissimus dorsi* para reconstrucciones mamarias. La frecuencia en diferentes publicaciones alcanza aproximadamente el 6%. En conclusión, las variaciones anatómicas del m. *latissimus dorsi* no solo enriquecen el conocimiento anatómico, sino que también poseen un impacto directo en la práctica quirúrgica, resaltando la necesidad de su consideración en contextos clínicos y quirúrgicos avanzados. Por ello, es fundamental un conocimiento anatómico detallado y el uso de herramientas avanzadas de diagnóstico preoperatorio para identificar estas variantes y optimizar los resultados clínicos.

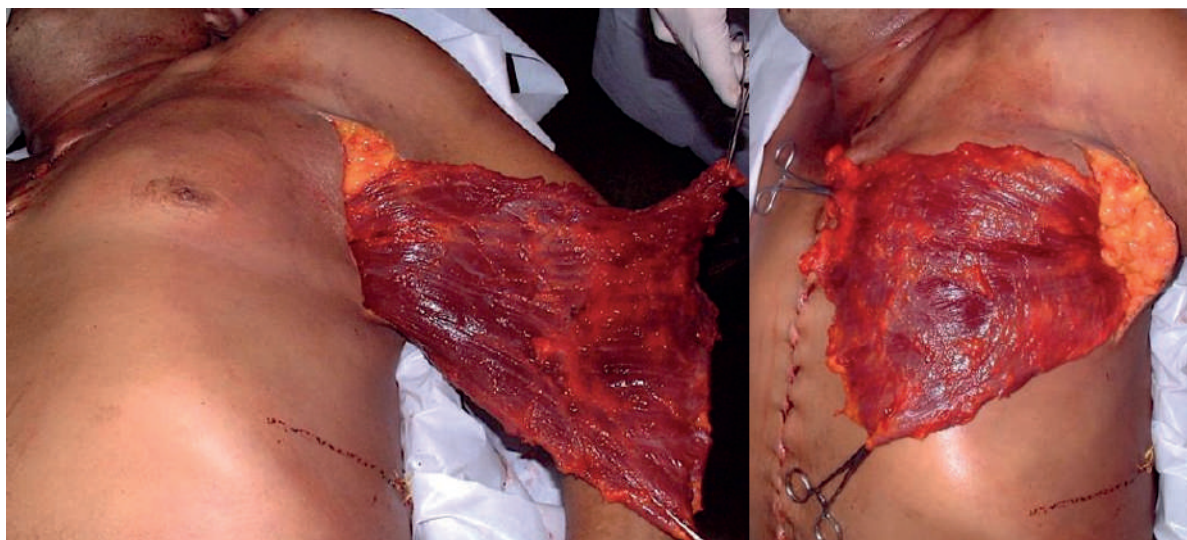


Figura 8. Disección en cadáver en fresco donde se observa la posibilidad de rotación el m. latissimus dorsi (TA) en su máxima extensión. Cátedra de Anatomía Humana I y II, Facultad de Medicina UAI, sede Rosario.

BIBLIOGRAFÍA

1. Vesalius A. *De humanis corporis fabrica libri septem*. Basilea: Ex officina Joannis Oporini; 1543.
2. Ramsay A. Account of unusual conformations of some muscles and vessels. *Edinburgh Med J*. 1812;8(31):281-283.
3. Schramm U, von Keyserlingk DG. Latissimus arc of the upper arm. *Anat Anz*. 1984;156(1):75-78.
4. Clarys JP, Barbaix E, van Rompaey H, Caboor D, van Roy P. The muscular arch of the axilla revisited: its possible role in the thoracic outlet and shoulder instability syndromes. *Man Ther*. 1996;1(3):133-139.
5. Besana-Ciani I, Greenall MJ. Langer's axillary arch: anatomy, embryological features and surgical implications. *Surgeon*. 2005;3(5):325-327.
6. Jelev L, Georgiev G, Surchev L. Axillary arch in human: common morphology and variety. Definition of "clinical" axillary arch and its classification. *Ann Anat*. 2007;189(5):473-481.
7. Kataria K, Srivastava A, Mandal A. Axillary arch muscle: a case report. *Eur J Anat*. 2013;17(4):259-261.
8. Bezerra AJ, Didio LJ, Piva-Junior L. Biographical data on the anatomist Jean Léo Testut (1849-1925). *Bull Assoc Anat*. 1991;75(229):145-149.
9. Bergman RA. Doubled pectoralis quartus, axillary arch, chondroepitrochlearis, and the twist of the tendon of pectoralis major. *Anat Anz*. 1991;173(1):23-26.
10. Mustafa AYA, Alasmari WA. Anatomical study of the latissimus dorsi muscle flap. *Int J Morphol*. 2022;40(3):562-565.
11. Mathes SJ, Nahai F. Classification of the vascular anatomy of muscles: experimental and clinical correlation. *Plast Reconstr Surg*. 1981;67(2):177-187.
12. Gray H. *Anatomy of the human body*. 20th ed. Thoroughly rev. and re-edited by Warren H. Lewis. Philadelphia: Lea & Febiger; 1918. p. 206.
13. Rouvière H, Delmas A, Vincent Delmas. *Anatomía humana: descriptiva, topográfica y funcional*. 11th ed. Elsevier, España; 2005. p. 195.
14. Marieb E. *Anatomy & Physiology*. 2nd ed. San Francisco, CA: Pearson Benjamin Cummings; 2005.
15. Mérida-Velasco JR, Rodríguez-Vázquez JF, Mérida-Velasco JA, Sobrado-Pérez J, Jiménez-Collado J. Axillary arch: potential cause of neurovascular compression syndrome. *Clin Anat*. 2003;16(6):514-519.
16. Soubhagya RN, Latha VP, Ashwin K, Madhan KS, Ganesh CK. Coexistence of an axillary arch muscle (latissimocostaloides muscle) with an unusual axillary artery branching: case report and review. *Int J Morphol*. 2006;24(2):147-150.
17. Bhatt CR, Prajapati B, Patil DS, Patel VD, Singh BG, Mehta CD. Variation in the insertion of the latissimus dorsi and its clinical importance. *J Orthop*. 2013;10(1):25.
18. Miyauchi R. A very rare variation of the latissimus dorsi muscle: a case with accessory insertion into the first rib and pectoralis minor muscle. *Okajimas Folia Anatomica Japonica*. 1982;58(4-6):521-533.

¿Qué papel juega la dermopigmentación en la satisfacción de los pacientes que se han sometido a un lifting de cejas mediante la técnica Castañares?

What role does dermipigmentation play in the satisfaction of patients who have undergone eyebrow lifting the Castañares technique?

Dr. Daniel Nunes¹, Dr. Joao Ilgenfritz Neto², Lúcia Moraes³, Anny Cavalheiro Ribeiro Ramires⁴, Bianca Tanaka⁴, Emily Kauanna de Oliveira Felipe⁴, Guilherme Britto Anache⁴, Marina Yumi de Assis Fukuda⁴

RESUMEN

Antecedentes. La técnica de Castañares para el lifting de cejas ha estado históricamente asociada a cicatrices visibles, lo que en ocasiones genera insatisfacción en los pacientes. La micropigmentación ha surgido como una posible herramienta complementaria para camuflar estas cicatrices y mejorar los resultados estéticos.

Objetivos. Evaluar si la dermopigmentación postoperatoria de las cicatrices tras lifting de cejas mediante la técnica de Castañares aumenta la satisfacción de las pacientes con el procedimiento.

Métodos. Se realizó un estudio retrospectivo de mujeres sometidas a lifting de cejas primario mediante la técnica de Castañares entre enero de 2019 y enero de 2023. A las pacientes se les solicitó calificar el resultado quirúrgico como insatisfactorio, satisfactorio o excelente durante las consultas postoperatorias del segundo, sexto y duodécimo mes. La dermopigmentación se ofrecía rutinariamente a los tres meses de la cirugía. Las pacientes fueron divididas en dos grupos: Grupo A (sin dermopigmentación) y Grupo B (con dermopigmentación).

Resultados. Se incluyeron 64 pacientes (Grupo A: n=26; Grupo B: n=38), con una edad media de 56,7±10,4 años. No se observaron diferencias estadísticamente significativas entre los grupos en cuanto a edad, fototipo cutáneo de Fitzpatrick ni niveles de satisfacción en ninguno de los momentos de seguimiento (p>0,05).

Conclusiones. La dermopigmentación postoperatoria no mostró un aumento significativo en los niveles de satisfacción de las pacientes sometidas a lifting de cejas con la técnica de Castañares. Estos hallazgos cuestionan la necesidad de su uso rutinario con fines de camuflaje cicatricial en este contexto.

Palabras clave: lifting de cejas, técnica de Castañares, micropigmentación, camuflaje de cicatrices, satisfacción del paciente, estética facial.

ABSTRACT

Background: The Castañares technique for brow lifting has long been associated with visible scarring, occasionally resulting in patient dissatisfaction. Micropigmentation has emerged as a potential adjunct to camouflage these scars and improve aesthetic outcomes.

Objectives: This study aimed to evaluate whether postoperative dermopigmentation of brow lift scars enhances patient satisfaction following the Castañares technique.

Methods: A retrospective review was conducted of female patients who underwent primary brow lift via the Castañares technique between January 2019 and January 2023. Patients were asked to rate their surgical outcomes as unsatisfactory, satisfactory, or excellent during the 2nd, 6th, and 12th postoperative follow-up visits. Dermopigmentation was routinely offered at the 3-month follow-up. Patients were categorized into two groups: Group A (no dermopigmentation) and Group B (received dermopigmentation).

Results: A total of 64 patients were included (Group A: n=26; Group B: n=38), with a mean age of 56.7±10.4 years. No statistically significant differences were found between the two groups in terms of age, Fitzpatrick skin type, or satisfaction scores at any follow-up point (p > 0.05).

Conclusions: Postoperative dermopigmentation did not result in a measurable increase in patient satisfaction following brow lift using the Castañares technique. These findings suggest that routine use of dermopigmentation for scar camouflage in this context may not be warranted.

Key words: brow lift, Castañares technique, micropigmentation, scar camouflage, patient satisfaction, facial aesthetics.

REVISTA ARGENTINA DE CIRUGÍA PLÁSTICA 2025;31(3):108-115. [HTTPS://DOI.ORG/10.32825/RACP/202503/0108-0115](https://doi.org/10.32825/RACP/202503/0108-0115)

INTRODUCCIÓN

La cirugía plástica facial es una de las áreas que más ha evolucionado en los últimos años, especialmente con el desarrollo de diferentes abordajes quirúrgicos y la incorporación de nuevas tecnologías a los procedimientos¹. En la cirugía facial moderna, la atención a la región frontal sigue siendo uno de los pilares más impor-

tales para obtener resultados superiores²⁻⁴. En este sentido, varios autores ya han demostrado que la ptosis de la cola de la ceja contribuye negativamente a la estética de la región periorbitaria, y su abordaje es fundamental para conseguir un excelente rejuvenecimiento facial⁵⁻⁷.

El tratamiento quirúrgico de la caída de las cejas, en particular de la ptosis de la cola de la ceja, sigue considerándose un gran desafío para la mayoría de los cirujanos plásticos^{8,9}. Ya se han desarrollado varias técnicas para su ascensión, sin que se haya establecido, no obstante, un estándar de oro^{8,10,11}. La búsqueda de un consenso aún persiste y cada año se han descrito nuevas técnicas y enfoques^{8,11-14}.

Entre las opciones quirúrgicas más utilizadas destacan: frontoplastia bicoronal, videoendoscópica, acceso temporal directo (sin vídeo) y transpalpebral¹¹⁻¹⁴. La primera, a pesar de proporcionar una gran movilización tisular, acaba provocando cicatrices exten-

1. Cirujano Plástico, Profesor de Cirugía Plástica de la Universidad Federal de Mato Grosso do Sul (UFMS) y de la Deep Neck Academy (DNA).
2. Cirujano Plástico, Profesor de Cirugía Plástica en la DNA.
3. Fisioterapeuta.
4. Estudiante de Medicina de la UFMS.

✉ Correspondencia: Dr. Daniel Nunes. dermatoplastica@gmail.com

Los autores no declaran conflictos de intereses

Recibido: 12/04/2025 | Aceptado: 30/05/2025

sas que no son bien aceptadas por la mayoría de los pacientes hoy en día ^{3,11,12}. La segunda, a pesar de ser utilizada por muchos cirujanos, aún enfrenta cierta resistencia, debido a su mayor complejidad, la necesidad de material específico y, en teoría, los resultados menos duraderos, especialmente cuando es realizada por cirujanos menos experimentados y en casos más avanzados ^{3,8}. El tercero limita la visualización de estructuras nobles, aumentando el riesgo del procedimiento ¹³ y el cuarto generalmente está más indicado para casos menos complejos ¹⁴.

A pesar de ser una técnica descrita hace más de 60 años, la elevación de la cola de la ceja mediante resección directa de piel –conocida mundialmente como técnica de Castañares ¹⁵– continúa siendo ampliamente realizada ^{16,17}. Sin duda, la mayor crítica al procedimiento es la cicatriz resultante, muchas veces visible y eventualmente estigmatizante. Con la evolución de la micropigmentación de cejas, el camuflaje de cicatrices ha minimizado significativamente la mayor debilidad de la técnica y ha acercado a más pacientes al procedimiento ¹⁶⁻²⁰.

Este estudio fue diseñado para establecer si el camuflaje de cicatrices después de la elevación de la cola de la ceja utilizando la técnica de Castañares es determinante para la satisfacción del paciente con el procedimiento.

MÉTODO

Se evaluaron retrospectivamente los registros médicos de todas las pacientes femeninas que se sometieron a una elevación primaria de cejas en la clínica privada del autor del estudio desde enero de 2019 hasta enero de 2023.

Se recogieron datos respecto a la valoración que cada paciente realizó sobre la calidad de su resultado. Siguiendo una modificación en el método recomendado por Herzog Neto et al. (2005), se preguntó a los pacientes qué concepto atribuían al resultado obtenido con el procedimiento: resultado insatisfactorio, resultado satisfactorio o resultado excelente. Esta pregunta fue formulada por el equipo de enfermería de la clínica del autor en la 2da, 6ta y 12ma visita de seguimiento postoperatorio.

Como rutina, en el 3er mes después de la cirugía, a todos los pacientes se les ofreció la oportunidad de realizarse una dermopigmentación en las cicatrices de las cejas, con el objetivo de camuflarlas.

Los historiales médicos de los pacientes se dividieron en dos grupos: Grupo A (pacientes que optaron por no someterse a la dermopigmentación de las cicatrices de las cejas) y Grupo B (pacientes que optaron por someterse a la dermopigmentación de las cicatrices de las cejas).

El análisis estadístico (comparación de las evaluaciones entre los dos grupos) se realizó utilizando el pro-

grama IBM® SPSS Statistics. El análisis de datos involucró estadísticas descriptivas e inferenciales. Las estadísticas descriptivas se detallaron como media, desviación estándar y porcentaje. El análisis inferencial involucró pruebas no paramétricas, dado que no se identificó la distribución gaussiana en los datos.

La comparación de variables en relación a los grupos sometidos y no sometidos a dermopigmentación se realizó mediante las pruebas de U-Mann Whitney y chi-cuadrado. Se utilizó la prueba U-Mann Whitney para comparar los grupos en relación a la edad de los participantes. Se aplicó la prueba de chi-cuadrado para analizar los grupos en relación a los puntajes de la escala de Fitzpatrick y el grado de satisfacción de los pacientes operados. Para todos los análisis se asumió una significancia del 5%.

Para la elevación de cejas se utilizó la técnica Castañares ¹⁵ con una pequeña modificación que se describe a continuación:

El procedimiento se realiza bajo sedación ligera, administrada por el anestesiólogo, con fentanilo (0,05 mg/ml IV) y midazolam (5 mg/ml IV). Se coloca al paciente en decúbito supino, con la cabeza extendida y se antisepsia la región con una solución desgerminante de clorhexidina al 2%, seguido de la colocación de campos estériles. El cirujano se coloca al lado del paciente y, utilizando azul de metileno, inicialmente hace una marca lineal justo encima de la línea del cabello superior, en la mitad más lateral de la ceja. Esta marca mide unos 4 a 5 cm en la mayoría de los pacientes. Luego, con ayuda de unas pinzas y un compás, el cirujano determina la cantidad de tejido a resecar para levantar la cola de la ceja, marcando un punto en la frente: el punto A. La distancia de la línea pilosa al punto A (cantidad de tejido a resecar) normalmente es de 1 a 4 cm, variando considerablemente según el caso. El cirujano dibuja dos líneas más, que van desde el punto A hasta los extremos de la línea del cabello en la ceja. Luego se forma una marca triangular, con la base en la línea del cabello y el vértice hacia el cuero cabelludo. El ángulo superior del triángulo (punto A) a menudo no está exactamente centrado en el medio de la marca de la base del triángulo (línea del cabello). Esta posición varía según el caso y los deseos del paciente, expresados preoperatoriamente. Después de comprobar la simetría contralateral, se realiza infiltración anestésica de la región triangular delimitada, con aproximadamente 2-3 ml de una solución que contiene lidocaína al 2% con adrenalina 1:200.000. El cirujano realiza luego una incisión, sobre la marca de la base del triángulo, con la hoja de bisturí n.º 1. 15, en posición inclinada de 45° (apoyada en los pelos de las cejas). Luego, ahora con el bisturí a 90°, se inciden las marcas restantes del triángulo, llegando únicamente a la dermis. En este momento no se realiza una incisión en el tejido subcutáneo. Se reseca la porción superficial de la piel dentro de la marca, dejando la dermis profunda como contenido del trián-



Figura 1. Aspectos transoperatorios de la marcación de la elevación de la cola de la ceja mediante la técnica de Castañares. Aspectos iniciales. A) Paciente colocado en decúbito dorsal con la cabeza extendida; B) Desgerminación y colocación de campos estériles; C) Comprobación de simetría con compás; D) Punto de marcado A; E) Marca triangular formada por el punto A y la línea yuxtapilosa, marcada en la cola de la ceja; F) Marcado realizado en la ceja derecha.

gulo. En este punto, el cirujano profundiza la incisión en la base del triángulo, ahora con el bisturí en un ángulo craneal de 45°, hacia los pelos de la ceja, llegando al plano muscular del reborde orbitario –aquí la modificación descrita–. La porción de piel desprendida, que contiene los pelos de la cola de la ceja, se vuelve móvil y forma un grueso colgajo de piel pilosa. Después de la hemostasia, la porción media del colgajo del pelo de la cola de la ceja se avanza cranealmente hacia el punto A, apoyándose en la dermis del triángulo. Este colgajo de cabello avanzado se fija con una sutura subdérmica profunda de Monocryl 4.0 (en el punto A) y dos suturas más en los lados del triángulo. Con esta pequeña modificación, el colgajo de piel avanzado cranealmente es más grueso que la piel de la frente, dando como resultado una voluminización deseada de la región de la cola de la ceja, además de su propia elevación, típica de la técnica clásica. Luego se sutura la piel con mononylon 4.0 con puntos Gilles, con los nudos posicionados en la zona pilosa (**Figuras 1 y 2**).

La dermopigmentación de cejas fue realizada por el fisioterapeuta del equipo, mediante la técnica conocida como “pelo a pelo”²², utilizando una aguja tipo pincel, posicionada aproximadamente a 60°, con trazos ascendentes, en la dirección del crecimiento del pelo, con pigmento elegido por el paciente. El procedimiento se realizó a los 90 días del postoperatorio y un retoque, cuando fue necesario, se realizó al día 105²³.

RESULTADOS

Durante el período de estudio, 88 pacientes fueron sometidos al procedimiento descrito. De estos, trece fueron excluidos del análisis porque no regresaron a todas las citas de seguimiento postoperatorio o porque no respondieron a la evaluación sobre la calidad de la cicatriz. Se excluyeron otros once pacientes porque se habían sometido a un rejuvenecimiento prematuro de las cejas (antes del final del estudio): cuatro se quejaron de asimetría de las cejas, 4 se quejaron de recurrencia de la ptosis de la cola de la ceja y 3 estaban muy insatisfechos con la calidad de la cicatriz de la ceja.

Los 64 pacientes restantes constituyeron la muestra del estudio. De estos, 26 optaron por no realizarse la dermopigmentación de cejas (Grupo A) y 38 optaron por realizarla (Grupo B).

La edad media de los pacientes fue de $56,7 \pm 10,4$ años. No hubo diferencias entre los grupos A y B en cuanto a edad y fototipo ($p > 0,05$).

La recuperación postoperatoria transcurrió sin incidencias y ningún paciente desarrolló hematomas, infecciones, necrosis superficial o pérdida significativa de cabello en la zona de las cejas.

En el segundo mes postoperatorio, 5 (19,2%) pacientes del grupo A y 9 (23,7%) pacientes del grupo B clasificaron el resultado como insatisfactorio; como satisfactorios, 14 (53,8%) pacientes del grupo A y 20 (52,6%)

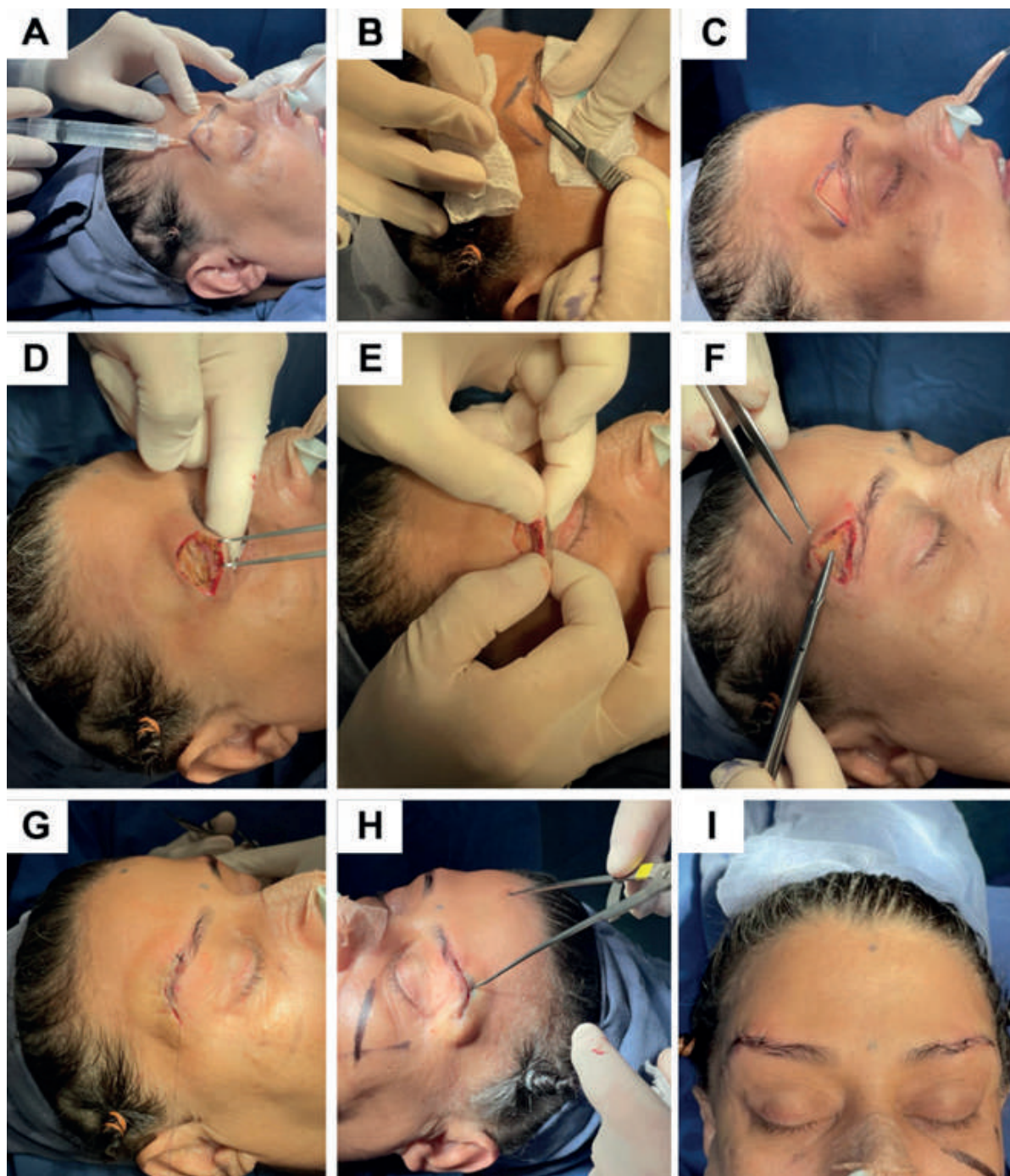


Figura 2. Aspectos transoperatorios de la elevación de la cola de la ceja utilizando la técnica de Castanãres. Aspectos del período transoperatorio. A) Infiltración anestésica; B) Incisión de 45° sobre la marca de la base del triángulo; C) Incisión de 90° en las demás marcas; D) Resección de la porción más superficial de la piel del triángulo, sin retirar el tejido celular subcutáneo, con profundización de la incisión en la base del triángulo, debajo de la zona pilosa; E) Imagen que demuestra el espesor del colgajo de piel; F) Suturar por planos con avance de la porción media del colgajo en dirección craneal, hacia el punto A; G) Fijación de la cola de la ceja con puntos subdérmicos; H) Con el colgajo colocado se comprueba la simetría; I) Resultado inmediato al finalizar el procedimiento.

pacientes del grupo B y como excelentes, 7 (26,9%) pacientes del grupo A y 9 (23,7%) pacientes del grupo B. No hubo diferencia estadística con respecto a la evaluación en este período, recordando que el grupo B aún no había pigmentado sus cicatrices ($p = 0,901$).

Al sexto mes del postoperatorio, 3 (11,5%) pacientes del grupo A y 4 (10,6%) pacientes del grupo B clasificaron el resultado como insatisfactorio; como satisfacto-

rios, 11 (42,3%) pacientes del grupo A y 17 (44,7%) pacientes del grupo B y como excelentes, 12 (46,2%) pacientes del grupo A y 17 (44,7%) pacientes del grupo B. El grado de satisfacción de los pacientes fue similar entre los grupos que realizaron y no realizaron dermopigmentación ($p = 0,979$).

Al mes 12 del postoperatorio, 1 (3,9%) paciente del grupo A y 3 (7,9%) pacientes del grupo B clasificaron

TABLA 1. Nivel de satisfacción del paciente a los 2, 6 y 12 meses de la cirugía.

		Resultados absolutos (%)			p
		Insatisfactorio	Satisfactorio	Excelente	
2 meses	Grupo A	5 (19,2%)	14 (53,8%)	7 (26,9%)	0,901
	Grupo B	9 (23,7%)	20 (52,6%)	9 (23,7%)	
6 meses	Grupo A	3 (11,5%)	11 (42,3%)	12 (46,2%)	0,979
	Grupo B	4 (10,6%)	17 (44,7%)	17 (44,7%)	
12 meses	Grupo A	1 (3,9%)	6 (23,1%)	19 (73,1%)	0,745
	Grupo B	3 (7,9%)	10 (26,3%)	25 (65,8%)	

Prueba de chi-cuadrado; Grupo A: sin dermopigmentación; Grupo B: con dermopigmentación. Datos cuantitativos expresados como recuentos absolutos y entre paréntesis, como porcentajes.

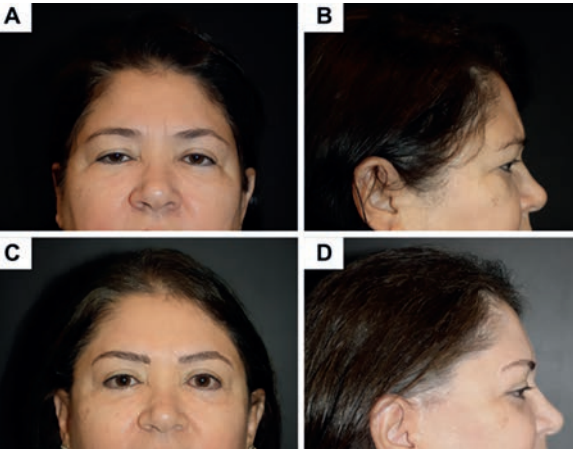


Figura 4. Imágenes pre- y postoperatorias de un paciente del Grupo B, sometido a levantamiento de cejas mediante la técnica de Castañares, con dermopigmentación. (El paciente también se sometió a una blefaroplastia y un lifting facial). Aspectos preoperatorios (línea superior) y postoperatorios a los 12 meses (línea inferior); Imágenes frontales y de perfil.

ron el resultado como insatisfactorio; como satisfactorios, 6 (23,1%) pacientes del grupo A y 10 (26,3%) pacientes del grupo B y como excelentes, 19 (73,1%) pacientes del grupo A y 25 (65,8%) pacientes del grupo B. Al igual que en los periodos anteriores, el grado de satisfacción de los pacientes fue similar entre los grupos que realizaron y no realizaron dermopigmentación (p=0,745) (Tabla 1).

El Gráfico 1 compara la satisfacción del paciente con los resultados de la cirugía y a lo largo del tiempo. Cuando agrupamos los resultados de los grupos A y B y los comparamos con las evaluaciones a lo largo del tiempo, identificamos un aumento significativo en las tasas de evaluaciones excelentes del segundo al duodécimo mes después de la operación (p = 0,001). Las Figuras 3 a 7 muestran resultados de pacientes sometidos a tratamiento quirúrgico.

DISCUSIÓN

No cabe duda de que la realización del levantamiento de cejas mediante la técnica Castañares ¹⁵ es una alternativa utilizada por muchos cirujanos plásticos desde hace muchos años, con excelentes resultados ^{16,17}. La técnica tiene ventajas bien establecidas: es sencilla, rá-



Figura 3. Imágenes pre- y postoperatorias de un paciente del Grupo A, sometido a levantamiento de cejas mediante la técnica de Castañares, sin dermopigmentación. (El paciente también se sometió a una blefaroplastia y un lifting facial). Aspectos preoperatorios (línea superior) y postoperatorios a los 12 meses (línea inferior); Imágenes frontales y de perfil.

pida, barata, segura y trata directamente el problema de la ptosis de la cola de la ceja, consiguiendo habitualmente una gran satisfacción del paciente ^{16,17}. Los resultados del presente estudio, donde el 96,2% de los pacientes del Grupo A (que realizaron la técnica y no camuflaron la cicatriz) mostraron respuestas positivas al mes 12 del postoperatorio, no hacen más que corroborar los hallazgos de la literatura.

Estos resultados refuerzan la técnica Castañares como una alternativa relevante para el tratamiento de la ptosis de la cola de la ceja. Pascali et al. describieron respuestas similares. (2016) y Homer et al. (2021), que obtuvieron índices de satisfacción del 92% y 94,7%. Sin embargo, no cabe duda de que la cicatriz generada por la técnica Castañares es su principal debilidad ^{11,13,16,17}. La vulneración de una zona tan noble hace que algunos cirujanos y muchos pacientes busquen otras alternativas: menos invasivas o que produzcan un estigma menos aparente ^{11,13,16,17,25,26}.

Los defensores de este enfoque consideran que una excelente opción para minimizar el impacto negativo de la presencia de una cicatriz en la ceja es la dermopigmentación, una estrategia que ha sido ampliamente utilizada en nuestro medio ²⁷. Con el desarrollo de la técnica conocida como “pelo a pelo” se observó una mejora significativa en los resultados de la dermopigmentación ²². Realizar el procedimiento con un especialista experimentado, después de discutir el enfoque con la paciente, quien presenta sus preferencias y discute los pros y contras del tratamiento, ha aumentado la satisfacción con los resultados del camuflaje de cicatrices ²³.

Nuestra pregunta, al plantear este estudio, fue identificar el impacto real de la dermopigmentación en la satisfacción del paciente con el procedimiento. En nuestra serie de casos, no observamos diferencia estadística en la satisfacción de los pacientes que se sometieron



Figura 5. Imágenes pre y postoperatorias de un paciente del Grupo A, sometido a levantamiento de cejas mediante la técnica de Castañares, sin dermopigmentación. (El paciente también se sometió a una blefaroplastia y un lifting facial). Aspectos preoperatorios (línea superior) y postoperatorios a los 6 meses (línea inferior); Imágenes frontales y de perfil.

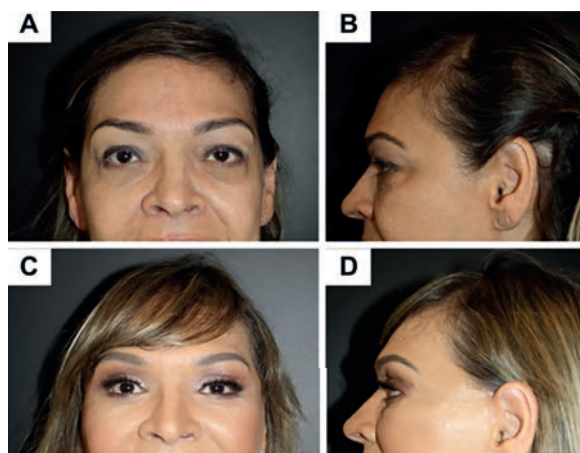


Figura 6. Imágenes pre- y postoperatorias de un paciente del Grupo B, sometido a levantamiento de cejas según la técnica de Castañares, con dermopigmentación. (El paciente también se sometió a una blefaroplastia y un lifting facial). Aspectos preoperatorios (línea superior) y postoperatorios a los 6 meses (línea inferior); Imágenes frontales y de perfil.

o no a dermopigmentación en los periodos evaluados (6 y 12 meses postoperatorios). Estos hallazgos indican que el procedimiento de camuflaje de cicatrices, a través de la dermopigmentación, no trajo consigo mayores beneficios a nuestros pacientes, no aumentando la satisfacción con el procedimiento.

Nuestros resultados corroboran los hallazgos de Booth²⁸, quien demostró que la mayoría de los pacientes que se sometieron a cirugía utilizando esta técnica estaban muy satisfechos con el procedimiento y no necesitaron ningún camuflaje de las cicatrices de sus cejas. Green y otros (1997) concluyeron que, a menudo, debido a la excelente calidad final de las cicatrices, cuando es necesario, el camuflaje puede ser simple, con el uso de maquillaje.



Figura 7. Imagen postoperatoria de paciente del grupo B, realizado hace 6 meses con elevación de cola de ceja mediante técnica de Canatañares, en la que se realizó dermopigmentación de la cicatriz.

Al final de nuestro estudio, de los 64 pacientes analizados, 4 se mostraron insatisfechos con el resultado, lo que supone el 6,25% de la muestra. De estos, 1 era del grupo sin dermopigmentación y 3 eran del grupo que camufló las cicatrices. Como se muestra en los resultados del presente estudio, no hubo diferencia estadística

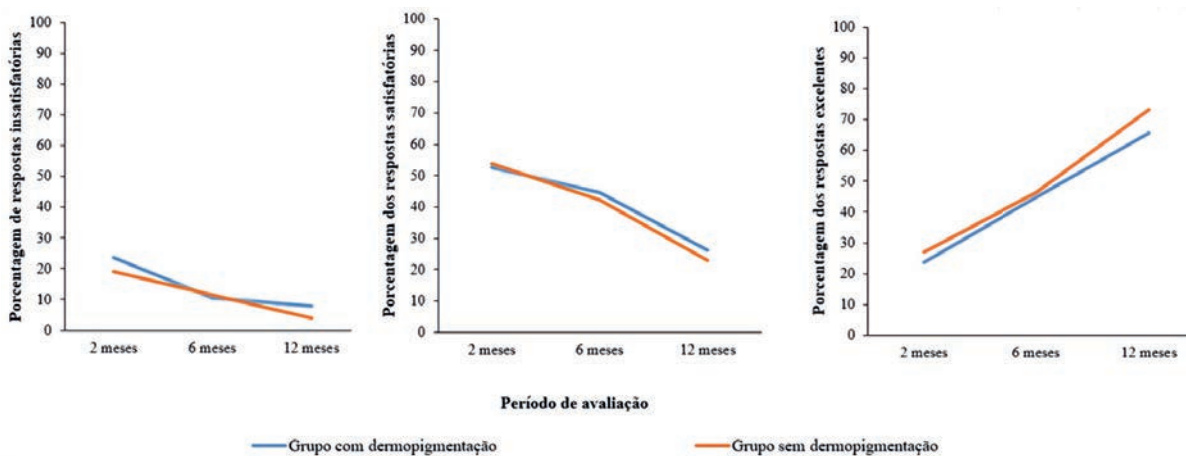


Gráfico 1. Satisfacción del paciente como resultado del procedimiento a lo largo del tiempo. El gráfico se divide en 3 partes, la primera muestra la evolución de las respuestas insatisfactorias a lo largo del tiempo; el segundo, con respuestas satisfactorias; y el tercero, con las excelentes respuestas.

ca entre los grupos cuando comparamos la insatisfacción, demostrando que la dermopigmentación, además de no aumentar la satisfacción del paciente con el resultado del procedimiento, tampoco la redujo. Una vez más, nuestros hallazgos no demostraron ningún beneficio en la indicación de camuflar cicatrices después del procedimiento.

Otro punto a discutir es la mejora significativa en los niveles de satisfacción de los pacientes a lo largo del tiempo. Creemos que el aumento significativo en las tasas de resultados positivos, al comparar las evaluaciones a los 2 y 12 meses, se debe básicamente a la resolución del proceso inflamatorio y a la remodelación cicatricial. Este hallazgo debe tenerse en cuenta al analizar un posible retoque quirúrgico antes del primer año de la cirugía. Al igual que en nuestro estudio, las reoperaciones previas estarían mejor indicadas en casos de asi-

metrías significativas, en aquellos con resección tisular insuficiente o en casos de hipertrofia cicatricial, justificando así una intervención temprana.

Por último, consideramos importante la pequeña modificación descrita en la técnica, que aumenta el volumen del colgajo de piel pilosa a avanzar cranealmente, proporcionando una mayor voluminización de la cola de la ceja al final del procedimiento, deseada por muchos pacientes.

CONCLUSIÓN

La realización de dermopigmentación postoperatoria sobre las cicatrices de pacientes sometidos a lifting de cejas mediante la técnica Castañares no incrementó los índices de satisfacción con el procedimiento, lo que cuestiona la necesidad de su indicación para este fin.

BIBLIOGRAFÍA

1.

Qureshi UA, Calaguas S, Frank E, Inman J. Implications of applying new technology in cosmetic and reconstructive facial plastic surgery. *Facial Plast Surg.* 2020 Dec;36(6):760 7. doi: 10.1055/s-0040-1721116. Epub 2020 Dec 24. PMID: 33368133.

2.

Zhang Y, Xiao Z. Upper eyelid blepharoplasty improved the overall periorbital aesthetics ratio by enhancing harmony between the eyes and eyebrows. *Clin Cosmet Investig Dermatol.* 2022 Sep 20;15:1969-78. doi: 10.2147/CCID.S385057. PMID: 36164555; PMCID: PMC9509013.

3.

Shaw LT, Phelps PO. The basics of brow ptosis. *Dis Mon.* 2020 Oct;66(10):101038. doi: 10.1016/j.disamonth.2020.101038. Epub 2020 Jul 1. PMID: 32622680.

4.

Cló TCT, Flávio Junior WF, Cló FX, Ribeiro GVC. Lift temporal com reposicionamento do músculo orbicular e da cauda da sobrancelha. *Rev Bras Cir Plást.* 2022;37(1):9-15. doi: 10.5935/2177-1235.2022RBCP0003.

5.

Real DSS, Reis RP, Feitosa RGF, Garcia EB, Ferreira LM. Clinical classification of brow ptosis. *Rev Bras Cir Plást.* 2016;31(3):354-361. doi:10.5935/2177-1235.2016RBCP0058.

6.

Koka K, Patel BC. Ptosis correction. In: *StatPearls [Internet]. Treasure Island (FL): StatPearls Publishing; 2023 Jul 10 [cited 2025 Feb 23]. Available from: <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/books/NBK537059/>. PMID: 30969650.*

7.

Dunn T, Hohman MH. Pretrichial Brow Lift. *StatPearls [Internet].* 2025 Jan. PMID: 34033394; PMCID: NBK570632.

8.

Karimi N, Kashkouli MB, Sianati H, Khademi B. Techniques of eyebrow lifting: a narrative review. *J Ophthalmic Vis Res.* 2020 Apr 6;15(2):218-235. doi: 10.18502/jovr.v15i2.6740. PMID: 32308957; PMCID: PMC7151508.

9.

Liu H, Li T, Wang S, Zhang W, Li T, Liu B, et al. Severe blepharoptosis correction with the fixation of levator complex and conjoint fascial sheath. *Plast Reconstr Surg.* 2025 Feb 1;155(2):291e-300e. doi: 10.1097/PRS.00000000000011444. Epub 2024 Apr 2. PMID: 38563522.

10.

Beck H, Egger K, Koller R. One-year sustainability of brow-lifting procedures. *J Plast Reconstr Aesthet Surg.* 2023 Feb;77:456-463. doi: 10.1016/j.bjps.2022.12.008. Epub 2022 Dec 19. PMID: 36669433.

11.

de Jongh FW, Sanches EE, Pouwels S, Kooiman LBR, Wehrens KME, van Heerbeek N, et al. An overview of surgical techniques and non-surgical treatments in lifting the eyebrow including current

- treatments available. *Eur J Plast Surg.* 2023;46:1-8. doi: 10.1007/s00238-021-01911-4.
12. Patel BC, Malhotra R. Mid forehead brow lift. In: StatPearls [Internet]. Treasure Island (FL): StatPearls Publishing; 2023 Aug 21 [cited 2025 Jan-]. Available from: <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/30571073>
 13. Osaki TH, Ferreira CAA, Osaki MH. Melhorando os resultados da blefaroplastia superior: zetaplastia para correção de queda do supercílio lateral. *Rev Bras Cir Plást.* 2016;31(3):398-401. doi:10.5935/2177-1235.2016RBCP0065.
 14. Pontes R, Bussade AF, Gomes MQ, Guerrero LAV, Pontes GH. Lifting frontal reverso: alternativa para o tratamento da paquidermoperiostose. *Rev Bras Cir Plást.* 2020;35(2):235-239. doi: 10.5935/2177-1235.2020RBCP0038.
 15. Castañares S. Forehead wrinkles, glabellar frown and ptosis of the eyebrows. *Plast Reconstr Surg.* 1964;34:406-13. doi: 10.1097/00006534-196410000-00011.
 16. Homer NA, Zhou S, Watson AH, Nakra T. Nuances of the direct brow lift: oculoplastic surgeons' perspective. *Am J Cosmet Surg.* 2021;38(1):5-10. doi:10.1177/0748806820940930.
 17. Fakh-Gomez N, Zarate JM, Rodriguez-Chaker S, Haneef M, Fakh D, Fakh-Gomez I. Contemporary direct brow lift with suspension technique. *Am J Cosmet Surg.* 2022;40(4):221-7. doi:10.1177/07488068221126250.
 18. Kerure AS, Marwah M, Wagh ND, Udare S. Micropigmentation. *Indian Dermatol Online J.* 2023;14(5):605-10. doi:10.4103/idoj.idoj_767_21. PMID:10506827.
 19. Suleman S, Villegas M, Davis T, Stevens CS, Castaneda P. Chronic granulomatous reaction semi-permanent eyebrow tint. *Cureus.* 2023;15(8):e44070. doi:10.7759/cureus.44070. PMID: 37638261; PMCID: PMC10449613.
 20. Geisler AN, Eber A, Kim K, Arndt KA. Lasers for the treatment of eyebrow microblading and cosmetic tattoo pigment: a review of the literature. *Lasers Med Sci.* 2023;38(1):256. doi:10.1007/s10103-023-03921-z. PMID: 37932517.
 21. Herzog Neto G, Sebastião R, Viana GAP. Suspensão de supercílio: via transpalpebral. *Rev Soc Bras Cir Plást.* 2005;20(4):231-6.
 22. Hvas D, Serup J. Microblading technique for tattooing of "hairs-strokes" that simulate natural hair: eyebrow tattooing and correction of medical conditions. *Curr Probl Dermatol.* 2022;56:141-154. doi: 10.1159/000529810.
 23. Peixoto ES, Mohallen DF, Stefoglu VAO, Cardoso E, Napolis IB, Craide TC, Leite MA. Dermomicropigmentação: meu rosto, meu espelho. *Hansenol Int (Online).* 2009;34(2 Suppl 1):59.
 24. Pascali M, Bocchini I, Avantaggiato A, Carinci F, Cervelli V, Orlandi F, et al. Direct brow lifting: specific indications for a simplified approach to eyebrow ptosis. *Indian J Plast Surg.* 2016;49(1):66-71. PMID:4878247.
 25. Bhingradia YM, Vetal AA, Singdia H, Kinjalk A. Eyebrow reconstruction by simple elliptical excision with beveled incision – A case series of twelve patients. *J Cutan Aesthet Surg.* 2024;17(4):325-329. doi:10.25259/JCAS_189_22. PMID: 39649768; PMCID: PMC11619161.
 26. Tyers AG. Brow lift via the direct and trans-blepharoplasty approaches. *Orbit.* 2006 Dec;25(4):261-5. doi: 10.1080/01676830600977384. PMID: 17182403.
 27. Oliveira Ramos CM, Martins Oliveira Júnior J, Duarte Carvalho Vila MM, Hanai-Yoshida VM. A Micropigmentação da área de sobrancelha: Caracterização de tintas e estudo clínico randomizado para avaliar a longevidade dos pigmentos na pele. *Rev. Cient. Estét. Cosmetol. [Internet].* 4º de agosto de 2022 [citado 7º de março de 2025];2(1):E0482022, 1-11. Disponível em: <https://rcec.com.br/journal/index.php/rcec/article/view/51>.
 28. Booth AJ, Murray A, Tyers AG. The direct brow lift: efficacy, complications, and patient satisfaction. *Br J Ophthalmol.* 2004 May;88(5):688-91. doi: 10.1136/bjo.2003.019232. PMID: 15090424; PMCID: PMC1772146.
 29. Green JP, Goldberg RA, Shorr N. Eyebrow ptosis. *Int Ophthalmol Clin.* 1997 Summer;37(3):97-122. doi: 10.1097/00004397-199703730-00008. PMID: 9279645.

COMENTARIO DEL COMITÉ DE REDACCIÓN

Entiendo que el objetivo específico de esta publicación es la utilidad o no de la dermopigmentación posterior a una elevación de cejas con la técnica de Castañares o variantes de ella, para camuflar la cicatriz resultante. A mi criterio, la calidad cosmética final de dicho abordaje dependería más de 4 factores:

1. Tipo de piel y densidad pilosa de las cejas.
2. Diseño de la fracción de piel a escindir y cantidad de esta.
3. técnica de sutura empleada.
4. Factor tiempo de espera para completar todas las fases de cicatrización que cualquier herida requiere.

Cabe destacar al respecto que las técnicas de *microbla-*

ding, además, (más allá de la pericia de la cosmetóloga que las realice) son de efecto temporal, no definitivo.

Es por ello que opino, como conclusión de la lectura del trabajo, que la dermopigmentación no influye en absoluto a la hora de valorar el nivel de satisfacción del paciente con el resultado final de la cirugía.

Debería preguntarse entonces si sería de utilidad indicarla SOLO en los casos de cejas despobladas (que no acepten otro tipo de abordaje quirúrgico más que ese) mientras madura la cicatriz pues, en los casos de buena densidad alcanzaría con un simple maquillaje para disimularlas.

Dr. Alejandro Cantalapiedra
aalcantalapiedra@gmail.com

Qual o papel dermopigmentação na satisfação das pacientes submetidas à elevação da cauda das sobrancelhas pela técnica de Castañares?

What role does dermipigmentation play in the satisfaction of patients who have undergone eyebrow lifting the Castañares Technique?

Dr. Daniel Nunes¹, Dr. Joao Ilgenfritz Neto², Lúcia Moraes³, Anny Cavalheiro Ribeiro Ramires⁴, Bianca Tanaka⁴, Emily Kauanna de Oliveira Felipe⁴, Guilherme Britto Anache⁴, Marina Yumi de Assis Fukuda⁴

RESUMO

Introdução. A micropigmentação das sobrancelhas minimizou significativamente a maior fragilidade da técnica de Técnica de Castañares, a cicatriz, que algumas vezes era visível e eventualmente até estigmatizante. Esse estudo foi delineado para estabelecer a real importância da camuflagem dessas cicatrizes para o aumento da satisfação das pacientes com o procedimento. **Métodos.** Foram avaliados retrospectivamente os prontuários de todas as pacientes femininas submetidas à elevação primária das sobrancelhas, no período de janeiro de 2019 a janeiro de 2023. Foi perguntado às pacientes qual o conceito elas atribuíam ao resultado obtido com o procedimento: resultado insatisfatório, resultado satisfatório ou resultado excelente. Esse questionamento foi realizado no 2º, 6º e 12º retornos pós-operatórios. De rotina, no 3º mês após a cirurgia, foi oferecido às pacientes a oportunidade de dermopigmentação. Os prontuários das pacientes foram divididos em dois grupos: Grupo A (sem dermopigmentação) e Grupo B (com). **Resultados:** 26 compuseram o Grupo A e 38, o Grupo B. A idade média das pacientes foi de $56,7 \pm 10,4$ anos. Não houve diferença entre os grupos A e B quanto à idade, o fototipo ou à satisfação nos períodos analisados ($p > 0,05$). **Conclusão:** A realização de dermopigmentação pós-operatória nas cicatrizes de pacientes submetidos à elevação das sobrancelhas pela Técnica de Castañares não aumentou os índices de satisfação com o procedimento, o que questiona a necessidade da sua indicação com este fim.

Palavras-chave: brow lift; cicatriz; dermopigmentação; camuflagem de cicatriz; estética periorbitária; cirurgia plástica/cirurgia plástica facial.

ABSTRACT

Background: The Castañares technique for brow lifting has long been associated with visible scarring, occasionally resulting in patient dissatisfaction. Micropigmentation has emerged as a potential adjunct to camouflage these scars and improve aesthetic outcomes.

Objectives: This study aimed to evaluate whether postoperative dermopigmentation of brow lift scars enhances patient satisfaction following the Castañares technique.

Methods: A retrospective review was conducted of female patients who underwent primary brow lift via the Castañares technique between January 2019 and January 2023. Patients were asked to rate their surgical outcomes as unsatisfactory, satisfactory, or excellent during the 2nd, 6th, and 12th postoperative follow-up visits. Dermopigmentation was routinely offered at the 3-month follow-up. Patients were categorized into two groups: Group A (no dermopigmentation) and Group B (received dermopigmentation).

Results: A total of 64 patients were included (Group A: $n=26$; Group B: $n=38$), with a mean age of 56.7 ± 10.4 years. No statistically significant differences were found between the two groups in terms of age, Fitzpatrick skin type, or satisfaction scores at any follow-up point ($p > 0.05$).

Conclusions: Postoperative dermopigmentation did not result in a measurable increase in patient satisfaction following brow lift using the Castañares technique. These findings suggest that routine use of dermopigmentation for scar camouflage in this context may not be warranted.

Key words: brow lift; castañares technique; micropigmentation; scar camouflage; patient satisfaction; facial aesthetics.

REVISTA ARGENTINA DE CIRUGÍA PLÁSTICA 2025;31(3):116-123. [HTTPS://DOI.ORG/10.32825/RACP/202503/0116-0123](https://doi.org/10.32825/RACP/202503/0116-0123)

INTRODUÇÃO

A cirurgia plástica facial é uma das áreas que mais vem evoluindo nos últimos anos, especialmente a partir do desenvolvimento de diferentes abordagens cirúrgicas e da incorporação de novas tecnologias aos procedimentos ¹. Na cirurgia facial moderna, a atenção à região frontal permanece como um dos pilares mais importantes para a obtenção de resultados superiores ^{2,3,4}.

Nesse sentido, vários autores já demonstraram que a ptose da cauda de sobrancelha contribui negativamente para a estética da região periorbitária, sendo sua abordagem fundamental para a obtenção de um rejuvenescimento facial de excelência ^{5,6,7}.

O tratamento cirúrgico da queda do supercílio, particularmente da ptose da sua cauda, permanece sendo considerado um grande desafio para a maior parte dos cirurgiões plásticos ^{8,9}. Diversas técnicas já foram desenvolvidas para sua ascensão sem que, no entanto, um padrão-ouro tenha sido estabelecido ^{8,10,11}. A busca por um consenso ainda persiste e a cada ano, novas técnicas e abordagens tem sido descritas ^{8,11,12,13,14}.

Dentre as opções cirúrgicas mais utilizadas, destacam-se a frontoplastia bicoronal, a vídeo-endoscópica, a por acesso temporal direto (sem vídeo) e a transpalpebral ^{11,12,13,14}. A primeira, apesar de proporcionar uma grande mobilização tecidual, acaba determinando cicatrizes extensas e pouco aceitas nos dias de hoje pela maior parte dos pacientes ^{3,11,12}. A segunda, apesar de

1. Cirujano Plástico, Profesor de Cirugía Plástica de la Universidad Federal de Mato Grosso do Sul (UFMS) y de la Deep Neck Academy (DNA)
2. Cirujano Plástico, Profesor de Cirugía Plástica en la DNA
3. Fisioterapeuta
4. Estudiante de Medicina de la UFMS

✉ Correspondencia: Dr. Daniel Nunes. dermatoplastica@gmail.com

Los autores no declaran conflictos de intereses

Recibido: 12/04/2025 | Aceptado: 30/05/2025

utilizada por muitos cirurgiões, ainda enfrenta alguma resistência, pela sua maior complexidade, pela necessidade de material específico e em teoria, pela menor durabilidade dos seus resultados, especialmente quando realizada por cirurgiões menos experientes e em casos mais avançados^{3,8}. A terceira limita a visualização de estruturas nobres, aumentando o risco do procedimento¹³ e a quarta geralmente é mais indicada para casos menos complexos¹⁴.

Apesar de ser uma técnica descrita há mais de 60 anos, a elevação da cauda da sobrancelha por meio de uma ressecção direta de pele – conhecida mundialmente como *técnica de Castañares*¹⁵ – continua sendo muito realizada^{16,17}. Sem dúvida, a maior crítica ao procedimento é a cicatriz resultante, que muitas vezes visível e eventualmente é estigmatizante. A partir da evolução na micropigmentação das sobrancelhas, a camuflagem das cicatrizes minimizou significativamente a maior fragilidade da técnica e aproximou mais pacientes do procedimento^{16,17,18,19,20}.

Esse estudo foi delineado para estabelecermos se a camuflagem das cicatrizes após a elevação da cauda das sobrancelhas pela *Técnica de Castañares* é decisiva para a satisfação das pacientes com o procedimento.

MÉTODO

Foram avaliados retrospectivamente os prontuários de todas as pacientes femininas submetidas à elevação primária das sobrancelhas, na clínica privada do autor do estudo, no período de janeiro de 2019 a janeiro de 2023.

Foram coletados os dados referentes à avaliação que cada paciente fez quanto à qualidade do seu resultado. Seguindo uma modificação no método preconizado por Herzog Neto *et al.* (2005), foi perguntado às pacientes qual o conceito elas atribuíam ao resultado obtido com o procedimento: resultado insatisfatório, resultado satisfatório ou resultado excelente. Esse questionamento foi realizado pela equipe de enfermagem da clínica do autor no 2º, 6º e 12º retornos pós-operatórios.

De rotina, no 3º mês após a cirurgia, foi oferecido a todas as pacientes a oportunidade de realizarem uma dermopigmentação nas cicatrizes das sobrancelhas, no intuito de camuflá-las.

Os prontuários das pacientes foram divididos em dois grupos: Grupo A (pacientes que optaram por não fazer a dermopigmentação das cicatrizes das sobrancelhas) e Grupo B (pacientes que optaram por fazer a dermopigmentação das cicatrizes das sobrancelhas).

A análise estatística – comparando as avaliações entre os dois grupos – foi realizada com o programa IBM® SPSS Statistics. A análise dos dados envolveu a estatística descritiva e inferencial. A estatística descritiva foi detalhada em média, desvio-padrão e porcentagem. A análise inferencial envolveu testes não-paramétricos,

tendo em vista que a distribuição Gaussiana não ter sido identificada nos dados.

A comparação das variáveis em relação aos grupos que realizaram e não realizaram dermopigmentação envolveu os testes U-Mann Whitney e qui-quadrado. O teste U-Mann Whitney foi utilizado para comparar os grupos em relação à idade dos participantes. O teste qui-quadrado foi aplicado para analisar os grupos em relação aos escores da escala de Fitzpatrick e ao grau de satisfação dos pacientes operados. Para todas as análises, significância foi admitida em 5%.

Para a elevação da sobrancelha, foi utilizada a *técnica de Castañares*¹⁵ com uma pequena modificação descrita a seguir:

O procedimento é realizado sob sedação leve, administrada pelo anestesiológista, com fentanila (0,05 mg/ml EV) e midazolan (5 mg/ml EV). A paciente é posicionada em decúbito dorsal, com extensão da cabeça e a antisepsia da região é realizada com solução degermante de clorexidina a 2%, seguida da colocação de campos estéreis. O cirurgião posiciona-se ao lado do paciente e, com azul de metileno, realiza inicialmente uma marcação linear justa pilosa superior, na metade mais lateral da sobrancelha. Essa marcação tem cerca de 4 a 5 cm na maior parte das pacientes. Em seguida, utilizando uma pinça e um compasso, o cirurgião determina a quantidade de tecido a ser ressecado para a elevação da cauda da sobrancelha, marcando um ponto na fronte: ponto A. A distância da linha justa pilosa ao ponto A (quantidade de tecido a ser ressecado) tem normalmente de 1 a 4 cm, variando bastante com o caso. O cirurgião traça mais duas linhas, que vão do ponto A às extremidades da linha justa pilosa na sobrancelha. Forma-se então uma marcação triangular, com a base na linha pilosa e com ápice em direção ao couro cabeludo. O ângulo superior do triângulo (ponto A) muitas vezes não fica exatamente centralizado no meio da marcação da base do triângulo (linha justa pilosa). Esse posicionamento varia de acordo com o caso e com o desejo da paciente – manifestado no pré-operatório. Após conferência da simetria contralateral, realiza-se a infiltração anestésica da região triangular demarcada, com cerca de 2-3 ml de uma solução contendo lidocaína 2% com adrenalina 1:200.000. O cirurgião realiza então uma incisão, sobre a marcação da base do triângulo, com a lâmina de bisturi n.15, em uma posição inclinada 45º (apoiada sobre os pelos da sobrancelha). Em seguida, agora com o bisturi em 90º, as demais marcações do triângulo são incisadas, atingindo apenas a derme. O subcutâneo não é incisado nesse momento. A porção superficial da pele do interior da marcação é ressecada, deixando a derme profunda como conteúdo do triângulo. Nesse momento, o cirurgião aprofunda a incisão da base do triângulo, agora com o bisturi em uma inclinação cranial de 45º, em direção aos pelos da sobrancelha, atingindo o plano muscular do rebordo orbitário – aqui a modificação descrita. A porção de pele descolada – contendo os pelos da cauda da sobrancelha –



Figura 1. Aspectos transoperatórios da marcação da elevação da cauda da sobrancelha pela técnica Castanêes. Aspectos transoperatórios iniciais da elevação da cauda da sobrancelha. A) Paciente posicionada em decúbito dorsal extensão da cabeça; B) Degermação e colocação de campos estéreis; C) Verificação da simetria com compasso; D) Marcação do ponto A; E) Marcação triangular formada pelo ponto A e pela linha justa-pilosa, marcada na cauda da sobrancelha; F) Marcação finalizada na sobrancelha direita.

ha – fica móvel, formado um retalho cutâneo piloso espesso. Após a hemostasia, a porção média do retalho piloso da cauda da sobrancelha é avançada cranialmente, em direção ao ponto A, descansando sobre a derme do triângulo. Esse retalho piloso avançado é fixado com um ponto subdérmico profundo de Monocryl 4.0 (no ponto A) e mais dois pontos nas laterais do triângulo. Com essa pequena modificação, o retalho cutâneo avançado cranialmente é mais espesso que a pele da fronte, determinado uma desejada volumização da região da cauda da sobrancelha, além da sua elevação propriamente dita – típica da técnica clássica. A pele é então suturada com mononylon 4.0 com pontos de Gilles, com os nós posicionados na área pilosa. **Figuras 1 e 2.**

A dermopigmentação das sobrancelhas foi realizada pela fisioterapeuta da equipe, usando a técnica conhecida como “fio a fio”²², utilizando agulha tipo pincel, posicionada a cerca de 60°, com traços ascendentes, no sentido de crescimento dos pelos, com pigmento escolhido pela paciente. O procedimento foi realizado com 90 dias de pós-operatório e um retoque, quando necessário, foi realizado no 105º dia²³.

RESULTADOS

No período do estudo, 88 pacientes foram submetidas ao procedimento descrito. Destas, treze foram excluí-

das da análise por não retornarem a todas as consultas de acompanhamento pós-operatório ou por não terem respondido à avaliação quanto à qualidade da cicatriz. Outras onze pacientes foram excluídas por terem sido rebordadas precocemente (antes do final do estudo): quatro queixavam-se de assimetrias de sobrancelhas, 4 queixavam-se de recidiva da ptose da cauda da sobrancelha e 3 estavam muito insatisfeitas com a qualidade da cicatriz das sobrancelhas.

As 64 pacientes restantes compuseram a amostra do estudo. Destas, 26 optaram por não fazer a dermopigmentação das sobrancelhas (Grupo A) e 38 optaram por fazê-la (Grupo B).

A idade média das pacientes foi de $56,7 \pm 10,4$ anos. Não houve diferença entre os grupos A e B quanto à idade e o fototipo ($p > 0,05$).

A recuperação pós-operatória transcorreu sem intercorrências, sendo que nenhuma paciente evoluiu com hematoma, infecção, necrose superficial ou perda pilosa significativa na área da sobrancelha.

No 2º mês de pós-operatório, classificaram o resultado como insatisfatório, 5 (19,2%) pacientes do grupo A e 9 (23,7%) pacientes do grupo B; como satisfatório, 14 (53,8%) pacientes do grupo A e 20 (52,6%) pacientes do grupo B e como excelente, 7 (26,9%) pacientes do grupo A e 9 (23,7%) pacientes do grupo B. Não houve diferença estatística quanto à avaliação nesse período –

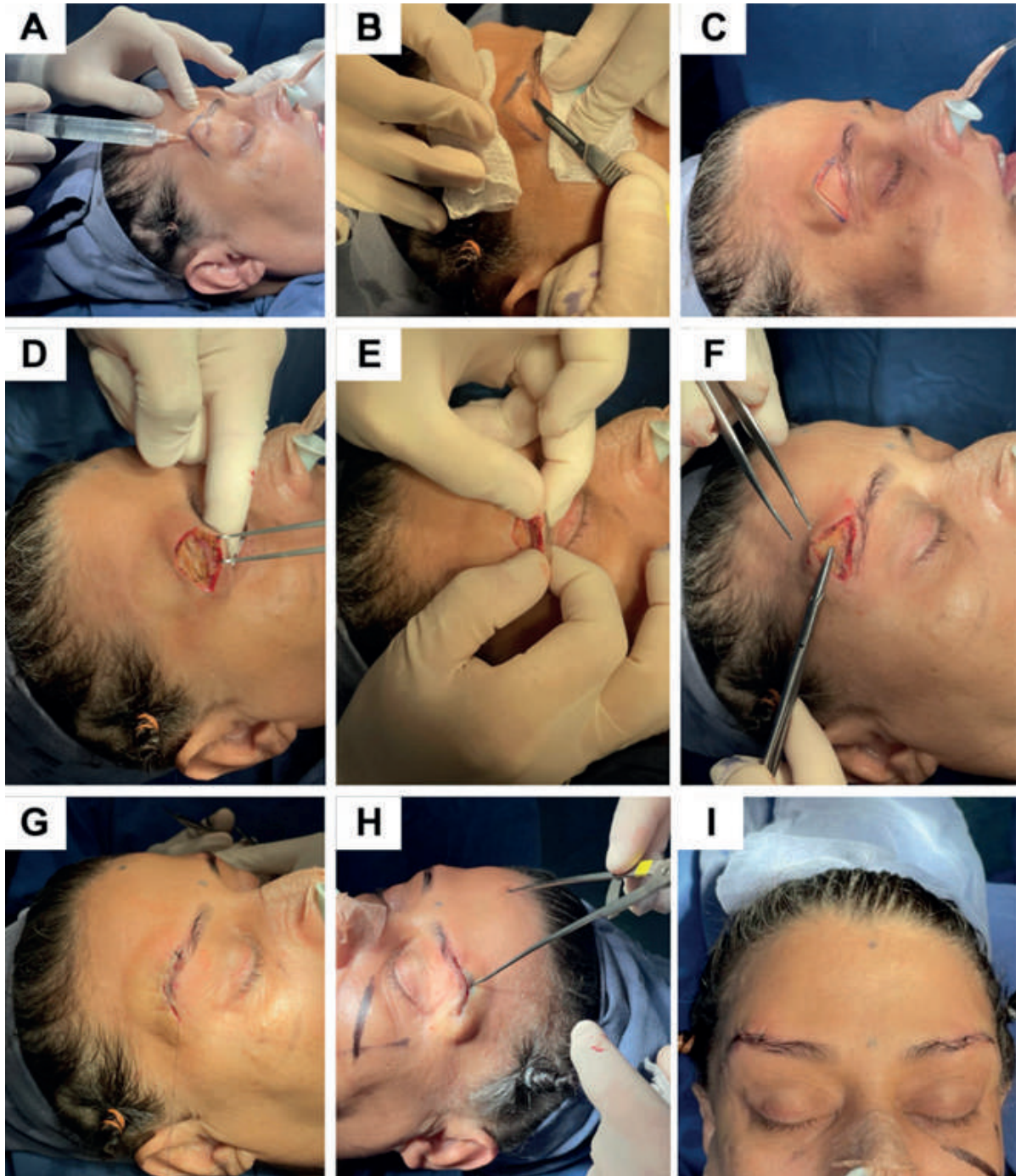


Figura 2. Aspectos transoperatórios da elevação da cauda da sobrancelha pela técnica Castanães. Aspectos do transoperatório. A) Infiltração anestésica; B) Incisão a 45° sobre a marcação da base do triângulo; C) Incisão a 90° nas demais marcações; D) Ressecção da porção mais superficial da pele do triângulo, sem retirada do tecido celular subcutâneo, com o aprofundamento da incisão da base do triângulo, sob a área pilosa; E) Imagem demonstrando a espessura do retalho cutâneo; F) Sutura por planos com o avanço da porção média do retalho no sentido cranial, em direção ao ponto A; G) Fixação da cauda da sobrancelha com pontos subdérmicos; H) Com o retalho posicionado, realiza-se a conferência da simetria; I) Resultado imediato ao final do procedimento.

lembrando que o grupo B ainda não havia pigmentado suas cicatrizes ($p = 0,901$).

No 6º mês de pós-operatório, classificaram o resultado como insatisfatório, 3 (11,5%) pacientes do grupo A e 4 (10,6%) pacientes do grupo B; como satisfatório, 11 (42,3%) pacientes do grupo A e 17 (44,7%) pacientes do grupo B e como excelente, 12 (46,2%) pacientes do grupo A e 17 (44,7%) pacientes do grupo B. O grau

de satisfação das pacientes foi semelhante entre os grupos, que realizaram e não realizaram a dermopigmentação ($p = 0,979$).

No 12º mês de pós-operatório, classificaram o resultado como insatisfatório, 1 (3,9%) paciente do grupo A e 3 (7,9%) pacientes do grupo B; como satisfatório, 6 (23,1%) pacientes do grupo A e 10 (26,3%) pacientes do grupo B e como excelente, 19 (73,1%) pacientes do

Tabela 1. Grau de satisfação das pacientes após 2, 6 e 12 meses da cirurgia.

		Resultados Absoluto (%)			P
		Insatisfatório	Satisfatório	Excelente	
2 meses	Grupo A	5 (19,2%)	14 (53,8%)	7 (26,9%)	0,901
	Grupo B	9 (23,7%)	20 (52,6%)	9 (23,7%)	
6 meses	Grupo A	3 (11,5%)	11 (42,3%)	12 (46,2%)	0,979
	Grupo B	4 (10,6%)	17 (44,7%)	17 (44,7%)	
12 meses	Grupo A	1 (3,9%)	6 (23,1%)	19 (73,1%)	0,745
	Grupo B	3 (7,9%)	10 (26,3%)	25 (65,8%)	

Teste qui-quadrado; Grupo A: sem dermopigmentação; Grupo B: com dermopigmentação. Dados quantitativos expressos como contagem absoluta e, entre parênteses, como porcentagens.

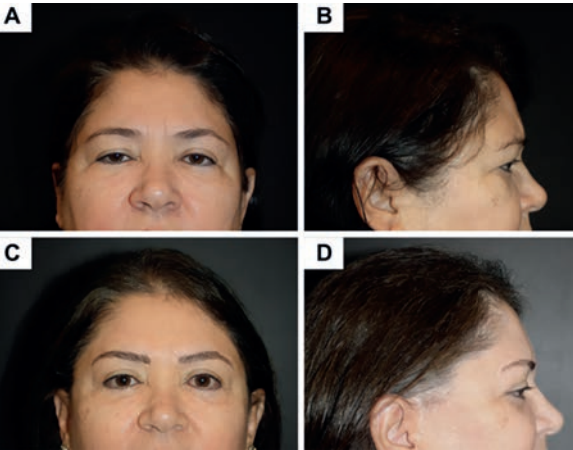


Figura 4. Imagens de pré e pós-operatório de uma paciente do Grupo B, submetida à elevação da cauda das sobrancelhas pela técnica Castañares, com a realização de dermopigmentação. (Paciente também submetida a Blefaroplastias e Facelifting). Aspectos do pré (linha superior) e do pós-operatório de 12 meses (linha inferior); imagens de frente e perfil.

grupo A e 25 (65,8%) pacientes do grupo B. De forma similar aos períodos anteriores, o grau de satisfação das pacientes foi semelhante entre os grupos, que realizaram e não realizaram a dermopigmentação ($p = 0,745$). Tabela 1.

O Gráfico 1 compara a satisfação das pacientes, com o resultado da cirurgia e com o passar do tempo. Quando reunimos os resultados do grupo A e B e os comparamos com as avaliações com o passar do tempo, identificamos um aumento significativo nos índices de avaliações excelentes do 2º até o 12º mês de pós-operatório ($p = 0,001$).

As Figuras de 3 a 7 apresentam resultados de pacientes submetidas ao tratamento cirúrgico.

DISCUSSÃO

Não há dúvida que a realização da elevação da cauda das sobrancelhas pela técnica de Castañares¹⁵ é uma alternativa utilizada por muitos cirurgiões plásticos há muitos anos, com excelentes resultados^{16,17}. A técnica apresenta vantagens bem estabelecidas: é simples, rápida, barata, segura e trata diretamente o problema da ptose da cauda das sobrancelhas, alcançando usual-



Figura 3. Imagens de pré e pós-operatório de uma paciente do Grupo A, submetida à elevação da cauda das sobrancelhas pela técnica Castañares, sem a realização de dermopigmentação. (Paciente também submetida a Blefaroplastias e Facelifting). Aspectos do pré (linha superior) e do pós-operatório de 12 meses (linha inferior); imagens de frente e perfil.

mente grande satisfação dos pacientes^{16,17}. Os resultados do presente estudo, onde 96,2% das pacientes do Grupo A, (que realizaram a técnica e não camuflaram a cicatriz) manifestaram respostas positivas no 12º mês de pós-operatório, vem apenas corroborar os achados da literatura.

Esses resultados reforçam a técnica de Castañares como uma alternativa relevante para o tratamento da ptose da cauda da sobrancelha. Respostas semelhantes foram descritas por Pascali *et al.* (2016) e Homer *et al.* (2021), que obtiveram índices de satisfação de 92% e 94,7%.

Entretanto, não há dúvida que a cicatriz gerada pela técnica de Castañares é sua principal fragilidade^{11,13,16,17}. A violação de uma zona tão nobre, faz com que alguns cirurgiões e muitos pacientes, busquem por outras alternativas: menos invasivas ou que determinem menos estigmas aparentes^{11,13,16,17,25,26}.

Os defensores da abordagem, acreditam que uma excelente opção para minimizar o impacto negativo da presença da cicatriz na sobrancelha é a dermopigmentação – estratégia que vem sendo muito utilizada em nosso meio²⁷. A partir do desenvolvimento da técnica conhecida como “fio a fio”, observou-se uma significativa melhora nos resultados da dermopigmentação²². A conduta de realizar o procedimento com uma especialista experiente, após a discussão da abordagem com a paciente, que apresenta suas preferências e discute os prós e contras do tratamento, vem aumentando a satisfação com os resultados da camuflagem das cicatrizes²³.

Nossa dúvida, ao delineararmos esse estudo, era identificar qual o real impacto da dermopigmentação na satisfação das pacientes com o procedimento. Em nossa casuística, não observamos diferença estatística na satisfação das pacientes submetidas ou não à dermopigmentação nos períodos avaliados (6 e 12 meses de pós-operatório). Esses achados indicam que o procedi-



Figura 5. Imagens de pré e pós-operatório de uma paciente do Grupo A, submetida à elevação da cauda das sobrancelhas pela técnica Castanères, sem a realização de dermopigmentação. (Paciente também submetida a Blefaroplastias e Facelifting). Aspectos do pré (linha superior) e do pós-operatório de 6 meses (linha inferior); imagens de frente e perfil.

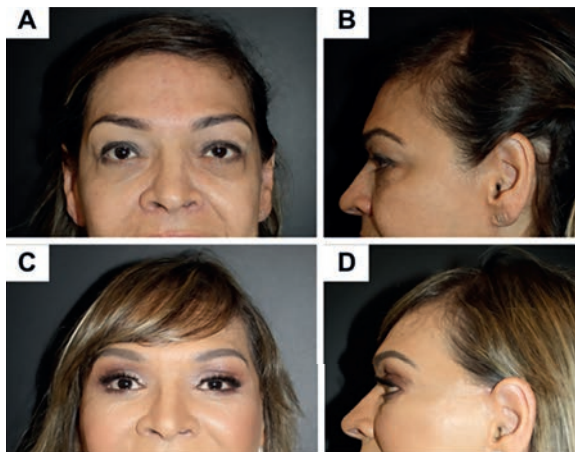


Figura 6. Imagens de pré e pós-operatório de uma paciente do Grupo B, submetida à elevação da sobrancelha após a técnica Castanères, com a realização de dermopigmentação. (Paciente também foi submetida a Blefaroplastias e Facelifting). Aspectos do pré (linha superior) e do pós-operatório de 6 meses (linha inferior); imagens de frente e perfil.

mento de camuflagem da cicatriz - por meio da dermopigmentação - não trouxe mais benefício às nossas pacientes, não aumentando a satisfação com o procedimento.

Nossos resultados corroboram os achados de Booth²⁸, que demonstrou que grande parte dos pacientes operados pela técnica apresentavam-se muito satisfeitos com o procedimento e não necessitavam de nenhuma camuflagem das cicatrizes nas sobrancelhas. Green *et al.* (1997) concluíram que, muitas vezes, pela excelente qualidade final das cicatrizes, quando necessária, a camuflagem poderia ser simples - com o uso de maquiagem.

Ao final do nosso estudo, das 64 pacientes analisadas, 4 ficaram insatisfeitas com o resultado, perfazendo



Figura 7. Imagem de pós-operatório de uma paciente do Grupo B, submetida à elevação da sobrancelha após a técnica Castanères, com a realização de dermopigmentação. Paciente do grupo B, submetida a elevação da cauda das sobrancelhas pela técnica de Canatañares, há 6 meses, na qual a cicatriz foi submetida a Dermopigmentação.

6,25% da amostra. Dessas, 1 eram do grupo sem dermopigmentação e 3 eram do grupo que camuflou as cicatrizes. Como apresentando nos resultados do presente estudo, não houve diferença estatística entre os grupos quando comparamos a insatisfação, mostrando que dermopigmentação, além de não aumentar a satis-

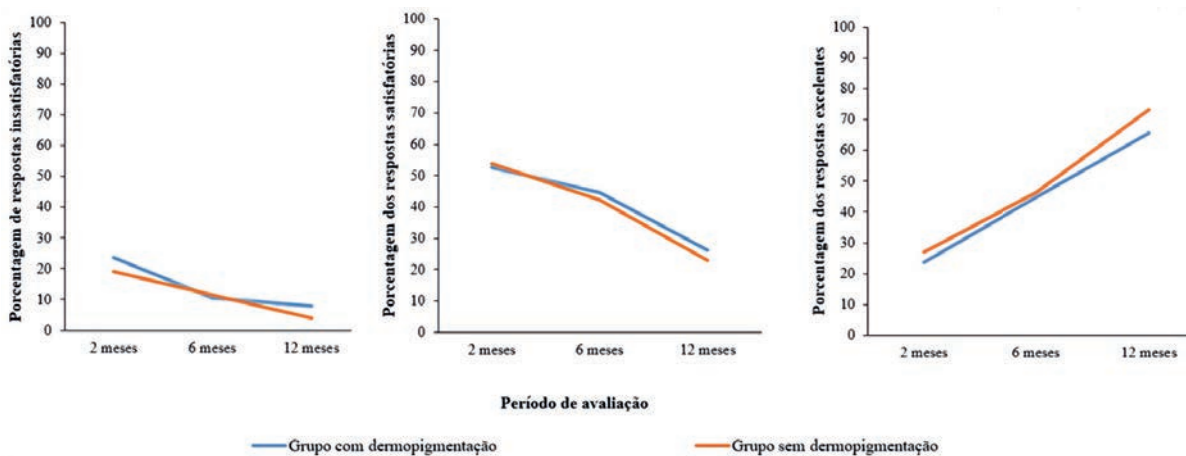


Gráfico 1. Satisfação das pacientes como o resultado do procedimento com o passar do tempo. O gráfico está dividido em 3 partes, sendo a primeira demonstrando a evolução das respostas insatisfatórias com o passar do tempo; a segunda, com as respostas satisfatórias; e a terceira, com as respostas excelentes.

fação das pacientes com o desfecho do procedimento, também não a reduziu. Mais uma vez, nossos achados não demonstraram benefício na indicação na camuflagem das cicatrizes após o procedimento. As pacientes insatisfeitas ao final do estudo, foi oferecida a possibilidade da realização de uma revisão cirúrgica ou a realização/repetição da dermopigmentação, sendo que nenhuma paciente realizou até o momento. Outro ponto a discutir é a melhora significativa no grau de satisfação das pacientes com o passar do tempo. Acreditamos que o aumento significativo nos índices de resultados positivos, quando comparamos as avaliações de 2 e 12 meses, se deva basicamente à resolução do processo inflamatório e à remodelação cicatricial. Esse achado deve ser levado em consideração quando da análise de um possível retoque cirúrgico antes do primeiro ano da cirurgia. Assim como em nosso estudo, reoperações anteriores estariam mais bem in-

dicadas em casos de assimetrias importantes, naqueles com ressecção tecidual insuficiente, ou nos casos de hipertrofia cicatricial – justificando assim uma intervenção precoce. Por fim, avaliamos como importante a pequena modificação descrita na técnica, que aumenta o volume do retalho cutâneo piloso a ser avançado cranialmente, proporcionando uma maior volumização da cauda da sobrelanceira ao final do procedimento – desejada em muitas pacientes.

CONCLUSÃO

A realização de dermopigmentação pós-operatória nas cicatrizes de pacientes submetidos à elevação das sobrelanceiras pela *técnica de Castañares* não aumentou os índices de satisfação com o procedimento, o que questiona a necessidade da sua indicação com este fim.

REFERÊNCIAS

1. Qureshi UA, Calaguas S, Frank E, Inman J. Implications of applying new technology in cosmetic and reconstructive facial plastic surgery. *Facial Plast Surg.* 2020 Dec;36(6):760-7. doi: 10.1055/s-0040-1721116. Epub 2020 Dec 24. PMID: 33368133.

2. Zhang Y, Xiao Z. Upper eyelid blepharoplasty improved the overall periorbital aesthetics ratio by enhancing harmony between the eyes and eyebrows. *Clin Cosmet Invest Dermatol.* 2022 Sep 20;15:1969-78. doi: 10.2147/CCID.S385057. PMID: 36164555; PMCID: PMC9509013.

3. Shaw LT, Phelps PO. The basics of brow ptosis. *Dis Mon.* 2020 Oct;66(10):101038. doi: 10.1016/j.disamonth.2020.101038. Epub 2020 Jul 1. PMID: 32622680.

4. Cló TCT, Flávio Junior WF, Cló FX, Ribeiro GVC. Lift temporal com reposicionamento do músculo orbicular e da cauda da sobrelanceira. *Rev Bras Cir Plást.* 2022;37(1):9-15. doi: 10.5935/2177-1235.2022RBCP0003.

5. Real DSS, Reis RP, Feitosa RGF, Garcia EB, Ferreira LM. Clinical classification of brow ptosis. *Rev Bras Cir Plást.* 2016;31(3):354-361. doi:10.5935/2177-1235.2016RBCP0058.

6. Koka K, Patel BC. Ptosis correction. In: *StatPearls [Internet]. Treasure Island (FL): StatPearls Publishing; 2023 Jul 10 [cited 2025 Feb 23]. Available from: https://www.ncbi.nlm.nih.gov/books/NBK537059/.* PMID: 30969650.

7. Dunn T, Hohman MH. Pretrichial Brow Lift. *StatPearls [Internet].* 2025 Jan. PMID: 34033394; PMCID: NBK570632.

8. Karimi N, Kashkouli MB, Sianati H, Khademi B. Techniques of eyebrow lifting: a narrative review. *J Ophthalmic Vis Res.* 2020 Apr 6;15(2):218-235. doi: 10.18502/jovr.v15i2.6740. PMID: 32308957; PMCID: PMC7151508.

9. Liu H, Li T, Wang S, Zhang W, Li T, Liu B, et al. Severe blepharoptosis correction with the fixation of levator complex and conjoint fascial sheath. *Plast Reconstr Surg.* 2025 Feb 1;155(2):291e-300e. doi: 10.1097/PRS.00000000000011444. Epub 2024 Apr 2. PMID: 38563522.

10. Beck H, Egger K, Koller R. One-year sustainability of brow-lifting procedures. *J Plast Reconstr Aesthet Surg.* 2023 Feb;77:456-463. doi: 10.1016/j.bjps.2022.12.008. Epub 2022 Dec 19. PMID: 36669433.

11. de Jongh FW, Sanches EE, Pouwels S, Kooiman LBR, Wehrens KME, van Heerbeek N, et al. An overview of surgical techniques and non-surgical treatments in lifting the eyebrow including current treatments available. *Eur J Plast Surg.* 2023;46:1-8. doi: 10.1007/s00238-021-01911-4.
12. Patel BC, Malhotra R. Mid forehead brow lift. In: StatPearls [Internet]. Treasure Island (FL): StatPearls Publishing; 2023 Aug 21 [cited 2025 Jan-]. Available from: <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/30571073>
13. Osaki TH, Ferreira CAA, Osaki MH. Melhorando os resultados da blefaroplastia superior: zetaplastia para correção de queda do supercílio lateral. *Rev Bras Cir Plást.* 2016;31(3):398-401. doi:10.5935/2177-1235.2016RBCP0065.
14. Pontes R, Bussade AF, Gomes MQ, Guerrero LAV, Pontes GH. Lifting frontal reverso: alternativa para o tratamento da paquidermoperiostose. *Rev Bras Cir Plást.* 2020;35(2):235-239. doi: 10.5935/2177-1235.2020RBCP0038.
15. Castañares S. Forehead wrinkles, glabellar frown and ptosis of the eyebrows. *Plast Reconstr Surg.* 1964;34:406-13. doi: 10.1097/00006534-196410000-00011.
16. Homer NA, Zhou S, Watson AH, Nakra T. Nuances of the direct brow lift: oculoplastic surgeons' perspective. *Am J Cosmet Surg.* 2021;38(1):5-10. doi:10.1177/0748806820940930.
17. Fakihi-Gomez N, Zarate JM, Rodriguez-Chaker S, Haneef M, Fakihi D, Fakihi-Gomez I. Contemporary direct brow lift with suspension technique. *Am J Cosmet Surg.* 2022;40(4):221-7. doi:10.1177/07488068221126250.
18. Kerure AS, Marwah M, Wagh ND, Udare S. Micropigmentation. *Indian Dermatol Online J.* 2023;14(5):605-10. doi:10.4103/idoj.idoj_767_21. PMID:10506827.
19. Suleman S, Villegas M, Davis T, Stevens CS, Castaneda P. Chronic granulomatous reaction semi-permanent eyebrow tint. *Cureus.* 2023;15(8):e44070. doi:10.7759/cureus.44070. PMID: 37638261; PMCID: PMC10449613.
20. Geisler AN, Eber A, Kim K, Arndt KA. Lasers for the treatment of eyebrow microblading and cosmetic tattoo pigment: a review of the literature. *Lasers Med Sci.* 2023;38(1):256. doi:10.1007/s10103-023-03921-z. PMID: 37932517.
21. Herzog Neto G, Sebastião R, Viana GAP. Suspensão de supercílio: via transpalpebral. *Rev Soc Bras Cir Plást.* 2005;20(4):231-6.
22. Hvas D, Serup J. Microblading technique for tattooing of "hairs-strokes" that simulate natural hair: eyebrow tattooing and correction of medical conditions. *Curr Probl Dermatol.* 2022;56:141-154. doi: 10.1159/000529810.
23. Peixoto ES, Mohallen DF, Stefoglu VAO, Cardoso E, Napolis IB, Craide TC, Leite MA. Dermomicropigmentação: meu rosto, meu espelho. *Hansenol Int (Online).* 2009;34(2 Suppl 1):59.
24. Pascali M, Bocchini I, Avantaggiato A, Carinci F, Cervelli V, Orlandi F, et al. Direct brow lifting: specific indications for a simplified approach to eyebrow ptosis. *Indian J Plast Surg.* 2016;49(1):66-71. PMID:4878247.
25. Bhingradia YM, Vetal AA, Singdia H, Kinjalk A. Eyebrow reconstruction by simple elliptical excision with beveled incision – A case series of twelve patients. *J Cutan Aesthet Surg.* 2024;17(4):325-329. doi:10.25259/JCAS_189_22. PMID: 39649768; PMCID: PMC11619161.
26. Tyers AG. Brow lift via the direct and trans-blepharoplasty approaches. *Orbit.* 2006 Dec;25(4):261-5. doi: 10.1080/01676830600977384. PMID: 17182403.
27. Oliveira Ramos CM, Martins Oliveira Júnior J, Duarte Carvalho Vila MM, Hanai-Yoshida VM. A Micropigmentação da área de sobrancelha: Caracterização de tintas e estudo clínico randomizado para avaliar a longevidade dos pigmentos na pele. *Rev. Cient. Estét. Cosmetol. [Internet].* 4º de agosto de 2022 [citado 7º de março de 2025];2(1):E0482022, 1-11. Disponível em: <https://rcec.com.br/journal/index.php/rcec/article/view/51>.
28. Booth AJ, Murray A, Tyers AG. The direct brow lift: efficacy, complications, and patient satisfaction. *Br J Ophthalmol.* 2004 May;88(5):688-91. doi: 10.1136/bjo.2003.019232. PMID: 15090424; PMCID: PMC1772146.
29. Green JP, Goldberg RA, Shorr N. Eyebrow ptosis. *Int Ophthalmol Clin.* 1997 Summer;37(3):97-122. doi: 10.1097/00004397-199703730-00008. PMID: 9279645.

COMENTÁRIO DO CONSELHO EDITORIAL

Entendo que o objetivo específico desta publicação é a utilidade ou não da dermopigmentação após um lifting de sobrancelhas usando a técnica de Castañares ou suas variantes, para camuflar a cicatriz resultante. Na minha opinião, a qualidade cosmética final desta abordagem dependeria de mais de quatro fatores:

1. Tipo de pele e densidade de pelos da sobrancelha,
2. Desenho e quantidade da fração de pele a ser excisada,
3. técnica de sutura utilizada e
4. Tempo de espera para completar todas as fases de cicatrização exigidas por qualquer ferida.

Deve-se observar, a este respeito, que as técnicas de mi-

croblading (independentemente da experiência do cosmetologista que as realiza) são temporárias, não permanentes.

Portanto, concluo desta leitura que a dermopigmentação não tem qualquer influência na avaliação do nível de satisfação do paciente com o resultado final da cirurgia.

Cabe então questionar se seria útil prescrevê-lo SOMENTE em casos de sobrancelhas ralas (que não aceitam nenhum outro tipo de abordagem cirúrgica) enquanto a cicatriz amadurece, já que, em casos de boa densidade, uma simples maquiagem seria suficiente para disfarçá-las.

Dr. Alejandro Cantalapiedra
alcantalapiedra@gmail.com

Tumor filoides y reconstrucción con colgajo local

Phyllodes tumor and local flap reconstruction

Dr. Isttayner Magalhães¹, Dr. Adrián Corbalán²

RESUMEN

Se presenta un caso clínico de tumor filoides resecado y reparado con un colgajo locoregional. Se describe el resultado obtenido. Se realiza una revisión de los cuadros clínicos en que se presenta este tipo de tumor mamario que puede tener un comportamiento muy agresivo.

Palabras clave: tumor de mama, tumor filoides, reconstrucción con colgajo local.

ABSTRACT

We present a clinical case of a phyllodes tumor resected and repaired with a locoregional flap. The outcome is described. We review the clinical presentations of this type of breast tumor, which can be highly aggressive.

Key words: breast tumor, phyllodes tumor, local flap reconstruction.

REVISTA ARGENTINA DE CIRUGÍA PLÁSTICA 2025;31(3):124-126. [HTTPS://DOI.ORG/10.32825/RACP/202503/0124-0126](https://doi.org/10.32825/RACP/202503/0124-0126)

INTRODUCCIÓN

El tumor filoides es un tumor mamario, de origen fibroepitelial, con proliferación de células estromales y epiteliales. Histológicamente presenta estroma abundante e hiperplasia celular ¹. Representa el 0,5% de los casos de tumores de mama ².

La edad media de aparición es de 40-50 años. Presenta un comportamiento variable. Su comportamiento se puede clasificar en benigno, intermedio y maligno ^{3,4}; el benigno es el que representa la mayoría de los tumores filoides, y sus márgenes están bien definidos, con raras mitosis o necrosis, mientras el maligno representa el 20% de los casos, posee márgenes irregulares, con mitosis y necrosis, y atipias ⁵.

El problema surge cuando estos tumores altamente recurrentes agotan las técnicas clásicas de reconstrucción. En este caso presentamos otra opción de tratamiento.

El objetivo de este artículo es presentar un caso clínico con tratamiento quirúrgico y sus resultados.

CASO CLÍNICO

Paciente femenina de 28 años, CMR, G2 PN1 PC1 A:0, que presentó una lesión inicial en la mama izquierda 5 años antes, de rápido crecimiento, que requi-

rió exéresis tumoral con mastectomía parcial debido al diagnóstico de tumor phyllodes. Fue operada en el Hospital Estadual dos Lagos en 2015.

Presentó recurrencia en dos ocasiones, en la que requirió mastectomía total y poco después, en el segundo evento, resección tumoral con exéresis de la cicatriz, en el Hospital Santa Izabel, Cabo Frio (2016 y 2017).

Reaparece una gran lesión multinodular, indolora, de rápido crecimiento, que produce dilatación del tejido cutáneo (vasos visibles y lesiones cutáneas). La principal sospecha diagnóstica es la recidiva tumoral por tercera vez, por lo que se indica resección amplia y reconstrucción del defecto. Se realiza interconsulta con el Servicio de Cirugía Plástica y Reconstructiva. Se extirpó el tumor con amplio margen y el Servicio de Cirugía Plástica realizó un colgajo toracoabdominal de rotación para su cierre.

Presentó necrosis ⁷ en la región superior del colgajo, requiriendo reintervención al cabo de una semana para extirpar la zona necrótica y cierre simple.

Después del segundo procedimiento la paciente desarrolló una infección con secreción purulenta. Fue necesario lavar el sitio, aplicar antibióticos y continuar con los apósitos diarios de alginato, además de una supervisión semanal después del procedimiento.

El defecto cerró por segunda intención luego de 3 semanas de tratamiento con alginato de calcio y posterior aplicación de papaína diaria en seguimiento ambulatorio por consultorio externo. No fue necesario realizar otras intervenciones.

DISCUSIÓN

El tumor filoides es un tumor mamario extremadamente agresivo debido a la invasión locoregional. Las metástasis son generalmente raras, pero en el tipo maligno ocurren en el 5-25%. La vía de diseminación, pre-

1. Jefe del Servicio Cirugía Plástica y Reparadora, Hospital Federal Servidores do Estado, Rio de Janeiro, Brasil.
2. Médico Pós-Graduando do Serviço de Cirurgia Plástica y Reparadora, Hospital Federal Servidores do Estado. Miembro Adherente SACPER.

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

Los autores no declaran conflictos de intereses

Recibido: 28/07/2025 | Aceptado: 20/08/2025



Foto 1. Foto preoperatoria del caso clínico.



Foto 2. Tratamiento quirúrgico: resección amplia 6, márgenes libres 1-2 cm en toda su circunferencia.



Foto 3. Pieza quirúrgica (con el tumor).



Foto 4. Defecto de la región.



Fotos 5. Posoperatorio inmediato.



Foto 6. Zona de dehiscencia y necrosis que continuó el proceso de cierre con segunda intención.

feriblemente hematogena, puede invadir los pulmones y los huesos.

El porcentaje de recurrencia varía entre 21-27%, siendo susceptibles de resección en un plazo de 12 a 24 meses. El margen quirúrgico es un determinante importante del riesgo de recurrencia.

El principal diagnóstico diferencial es el “fibroadenoma” ya que la radiología es muy similar. Se debe sospechar cuando una lesión sugestiva de fibroadenoma en las imágenes muestra un crecimiento muy rápido. La histología proporciona un diagnóstico confirmatorio y constituye el estándar de oro, mientras que la citología con aguja fina es limitada.

La sospecha del tumor se basa en el rápido crecimiento del tumor mamario, habitualmente en pacientes jóvenes⁸, no es aconsejable realizar PAAF por el diagnós-

tico de lesión fibroepitelial, considerándose por tanto biopsia escisional.

El tratamiento debe realizarse con una escisión amplia y con márgenes no menores a 1 cm. Al parecer los tumores muy grandes tienen mayor riesgo de recurrencia⁹. En el caso de tumores filoides enucleados, se considera una escisión amplia. El papel de la radioterapia es controvertido¹⁰ debido a que no se encuentra en la bibliografía beneficios significativos con su uso.

Una pregunta por definir es qué tipo de cierre se realizará una vez extirpado un tumor recurrente, ya que es difícil establecer un estándar en la literatura actual. El tratamiento se basa en la resección amplia y dependiendo del centro de internación, del paciente, junto al tamaño del defecto y los materiales de cobertura disponibles, la utilización de colgajos cutáneos locorreccionales o cierre simple.

CONCLUSIÓN

El tumor filoides es un tumor mamario agresivo que requiere una resección quirúrgica amplia.

Para su reconstrucción los colgajos de las arterias epigástricas superiores y colaterales del abdomen superior pueden proporcionar colgajos dermograsos para defectos superiores y laterales, especialmente para casos, como el aquí presentado, en los que la piel cercana al tumor mamario es insuficiente.

Se debe considerar que defectos mamarios posresección muy extensos pueden requerir más de uno de estos colgajos para asegurar la viabilidad o un tratamiento en varias etapas.

Agradecimiento

A la señorita Azul Mailen Real por su colaboración en la redacción de este artículo.

BIBLIOGRAFÍA

1. World Health Organization. *Histologic Typing of Breast Tumors*. 2nd ed. Geneva, Switzerland: WHO; 1981.
2. Zhou ZR, Wang CC, Yang ZZ, Yu XL, Guo XM. Phyllodes tumors of the breast: diagnosis, treatment and prognostic factors related to recurrence. *J Thorac Dis*. 2016;8(11):3361–8.
3. Reinfuss M, Mitus J, Duda K, Stelmach A, Ryś J, Smolak K. The treatment and prognosis of patients with phyllodes tumor of the breast: an analysis of 170 cases. *Cancer*. 1996;77(5):910–6.
4. World Health Organization. *Histologic Typing of Breast Tumors*. 2nd ed. Geneva, Switzerland: WHO; 1981.
5. Gobbi H. Classificação dos tumores da mama: atualização baseada na nova classificação da Organização Mundial da Saúde de 2012. *JBPM*. 2012;48(6):463–74.
6. Damak T, Gamoudi A, Chargui R, et al. Phyllodes tumors of the breast: a case series of 106 patients. *Am J Surg*. 2006;192(2):141–7.
7. Barrio AV, Clark BD, Goldberg JJ, et al. Clinicopathologic features and long-term outcomes of 293 phyllodes tumors of the breast. *Ann Surg Oncol*. 2007;14(10):2961–70.
8. Strode M, Khoury T, Mangieri C, Takabe K. Update on the diagnosis and management of malignant phyllodes tumors of the breast. *Breast*. 2017;33:91–6.
9. Fou A, Schnabel FR, Hamele-Bena D, et al. Long-term outcomes of malignant phyllodes tumors patients: an institutional experience. *Am J Surg*. 2006;192(4):492–5.
10. Mitus J, Reinfuss M, Mitus JW, et al. Malignant phyllodes tumor of the breast: treatment and prognosis. *Breast J*. 2014;20(6):639–44.

Tumor filodes e reconstrução com retalho local

Phyllodes tumor and local flap reconstruction

Dr. Isttayne Magalhães¹, Dr. Adrián Corbalán²

RESUMO

Apresentamos um caso clínico de um tumor filodes ressecado e reparado com retalho locorregional. Descrevemos o desfecho. Revisamos as apresentações clínicas desse tipo de tumor de mama, que pode ser altamente agressivo.

Palavras chave: tumor de mama, tumor filodes, reconstrução retalho local.

ABSTRACT

We present a clinical case of a phyllodes tumor resected and repaired with a locoregional flap. The outcome is described. We review the clinical presentations of this type of breast tumor, which can be highly aggressive.

Key words: breast tumor, phyllodes tumor, local flap reconstruction.

REVISTA ARGENTINA DE CIRUGÍA PLÁSTICA 2025;31(3):127-129. [HTTPS://DOI.ORG/10.32825/RACP/202503/0127-0129](https://doi.org/10.32825/RACP/202503/0127-0129)

INTRODUÇÃO

O tumor filoides é um tumor mamário de origem fibroepitelial com proliferação de células estromais e epiteliais. Histologicamente, apresenta estroma abundante e hiperplasticidade¹. Representa 0,5% dos casos de tumor mamário².

A idade média de início é de 40 a 50 anos. Seu comportamento é variável. Pode ser classificado como benigno, intermediário e maligno^{3,4}. Os tumores benignos representam a maioria dos tumores filoides, com margens bem definidas e raras mitoses ou necrose. Enquanto os tumores malignos representam 20% dos casos, apresentam margens irregulares, mitoses e necrose, e atipia⁵.

O problema surge quando esses tumores altamente recorrentes esgotam as técnicas tradicionais de reconstrução. Neste caso, apresentamos outra opção de tratamento.

O objetivo deste artigo é apresentar um caso clínico com tratamento cirúrgico e seus resultados.

CASO CLÍNICO

Paciente do sexo feminino, 28 anos, CMR, G2 PN1 PC1 A:0, apresentou lesão inicial de crescimento rápido na mama esquerda há 5 anos, necessitando de excisão tumoral com mastectomia parcial devido ao

diagnóstico de tumor filóide. Foi submetida à cirurgia no Hospital Estadual dos Lagos em 2015.

Apresentou recidiva duas vezes, necessitando de mastectomia total e, logo em seguida, ressecção tumoral com excisão da cicatriz, no Hospital Santa Izabel, Cabo Frio (2016 e 2017).

Reapareceu lesão multinodular extensa, indolor e de crescimento rápido, causando dilatação do tecido cutâneo (vasos e lesões cutâneas visíveis). A principal suspeita diagnóstica foi de recidiva tumoral pela terceira vez, sendo indicada ressecção ampla e reconstrução do defeito. Foi realizada consulta com o Departamento de Cirurgia Plástica e Reconstructiva. O tumor foi removido com ampla margem, e o Departamento de Cirurgia Plástica realizou um retalho rotacional toracoabdominal para fechamento.

Desenvolveu-se necrose⁷ na região superior do retalho, necessitando de reoperação após uma semana para remoção da área necrótica e fechamento simples.

Após o segundo procedimento, o paciente desenvolveu infecção com secreção purulenta. O local necessitou de limpeza, antibióticos e curativos diários contínuos com alginato, além de monitoramento semanal pós-procedimento.

O defeito fechou por segunda intenção após 3 semanas de tratamento com alginato de cálcio e subsequente aplicação diária de papaína durante o acompanhamento ambulatorial. Não foram necessárias outras intervenções.

DISCUSSÃO

O tumor filodes é um tumor de mama extremamente agressivo devido à invasão locorregional. A metástase é geralmente rara, mas ocorre na forma maligna em 5 a 25%. A via de disseminação, preferencialmente hematogênica, pode invadir os pulmões e os ossos.

A taxa de recorrência varia entre 21 e 27%, e esses tu-

1. Chefe do Serviço Cirurgia Plástica e Reparadora, Hospital Federal Servidores do Estado, Rio de Janeiro – Brasil.
2. Médico Pós-Graduando do Serviço de Cirurgia Plástica e Reparadora, Hospital Federal Servidores do Estado. Membro Aderente SACPER.

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

Los autores no declaran conflictos de intereses

Recibido: 28/07/2025 | Aceptado: 20/08/2025



Figura 1. Foto pré-operatória do caso clínico.



Figura 2. Tratamento cirúrgico: ressecção ampla 6, margens livres de 1-2 cm em toda a circunferência.



Figura 3. Peça cirúrgica (com o tumor).



Figura 4. Defeito da região.



Figura 5. Pós-operatório imediato.





Figura 6. Área de deiscência e necrose que continuou o processo de fechamento com segunda intenção.

mores são passíveis de ressecção em 12 a 24 meses. A margem cirúrgica é um importante determinante do risco de recorrência.

O principal diagnóstico diferencial é o fibroadenoma, pois os achados radiológicos são muito semelhantes. Deve-se suspeitar dele quando uma lesão sugestiva de fibroadenoma em exames de imagem apresentar crescimento muito rápido. A histologia fornece um diagnóstico confirmatório e é o padrão-ouro, enquanto a citologia por agulha fina é limitada.

A suspeita do tumor baseia-se no rápido crescimento do tumor de mama, geralmente em pacientes jovens ⁸.

A PAAF não é aconselhável para o diagnóstico de lesão fibroepitelial e, portanto, uma biópsia excisional é considerada.

O tratamento deve ser realizado com excisão ampla e margens não menores que 1 cm. Tumores muito grandes parecem apresentar maior risco de recorrência ⁹. No caso de tumores filoides enucleados, considera-se a excisão ampla. O papel da radioterapia é controverso ¹⁰, pois a literatura não relata benefícios significativos. Uma questão não resolvida é qual tipo de fechamento será realizado após a remoção de um tumor recorrente, visto que é difícil estabelecer um padrão na literatura atual. O tratamento baseia-se na ressecção ampla e, dependendo do centro de internação e do paciente, do tamanho do defeito e dos materiais de cobertura disponíveis, na utilização de retalhos cutâneos locorreionais ou no fechamento simples.

CONCLUSÃO

O tumor filóide é um tumor mamário agressivo que requer ressecção cirúrgica extensa.

Para reconstrução, retalhos das artérias epigástricas superiores e colaterais abdominais superiores podem fornecer retalhos dermogordurosos para defeitos superiores e laterais, especialmente em casos como o apresentado aqui, onde a pele próxima ao tumor mamário é insuficiente.

Deve-se observar que defeitos mamários pós-ressecção muito extensos podem exigir mais de um desses retalhos para garantir a viabilidade ou o tratamento em vários estágios.

BIBLIOGRAFIA

1. World Health Organization. *Histologic Typing of Breast Tumors*. 2nd ed. Geneva, Switzerland: WHO; 1981.
2. Zhou ZR, Wang CC, Yang ZZ, Yu XL, Guo XM. Phyllodes tumors of the breast: diagnosis, treatment and prognostic factors related to recurrence. *J Thorac Dis*. 2016;8(11):3361–8.
3. Reinfuss M, Mitus J, Duda K, Stelmach A, Ryś J, Smolak K. The treatment and prognosis of patients with phyllodes tumor of the breast: an analysis of 170 cases. *Cancer*. 1996;77(5):910–6.
4. World Health Organization. *Histologic Typing of Breast Tumors*. 2nd ed. Geneva, Switzerland: WHO; 1981.
5. Gobbi H. Classificação dos tumores da mama: atualização baseada na nova classificação da Organização Mundial da Saúde de 2012. *JBPM*. 2012;48(6):463–74.
6. Damak T, Gamoudi A, Chargui R, et al. Phyllodes tumors of the breast: a case series of 106 patients. *Am J Surg*. 2006;192(2):141–7.
7. Barrio AV, Clark BD, Goldberg JJ, et al. Clinicopathologic features and long-term outcomes of 293 phyllodes tumors of the breast. *Ann Surg Oncol*. 2007;14(10):2961–70.
8. Strode M, Khoury T, Mangieri C, Takabe K. Update on the diagnosis and management of malignant phyllodes tumors of the breast. *Breast*. 2017;33:91–6.
9. Fou A, Schnabel FR, Hamele-Bena D, et al. Long-term outcomes of malignant phyllodes tumors patients: an institutional experience. *Am J Surg*. 2006;192(4):492–5.
10. Mitus J, Reinfuss M, Mitus JW, et al. Malignant phyllodes tumor of the breast: treatment and prognosis. *Breast J*. 2014;20(6):639–44.

Cicatriz queloide: radioterapia inmediata posterior al tratamiento quirúrgico (braquiterapia y/o radioterapia externa)

Keloid scar: immediate radiotherapy after surgical treatment (brachytherapy and/or external radiotherapy)

Dr. Marcelo Lione¹, Téc. María Alicia Velasco², Dr. Juan Serbielle³, Lic. Ondina Monti³,
Dr. José Capraro Fuentes³, Dr. Matías I. Tosso⁴, Dr. Mariano Mandachain⁵,
Lic. Joseph Simon⁶, Sra. Leandra Z. Hernández⁷

RESUMEN

Objetivo. Determinar si nuestra experiencia institucional en el tratamiento de las cicatrices queloides (tasa y tiempo de recaída local) con radioterapia inmediata posterior a la resección quirúrgica con braquiterapia de alta tasa de dosis o radioterapia externa con electrones es similar a lo publicado por la bibliografía mundial.

Material y método. Se realizó una revisión retrospectiva de historias clínicas de pacientes asistidos con queloides cuyo tratamiento fue la resección quirúrgica y la radioterapia inmediata posterior, ya sea con braquiterapia de alta tasa de dosis (multisource de Bebig) o radioterapia externa con electrones de 6 MeV (Acelerador Lineal Elekta SL 15).

Resultados. Se evaluaron 90 historias clínicas de pacientes con queloides que consultaron y se prescribió radioterapia inmediata posterior, asistidos entre enero 2012 y enero del 2021. Debido a la no cobertura de obras sociales y/o prepagos, solo 27 pacientes en total pudieron efectuar dicho tratamiento. A partir de esos datos, se realizó un análisis retrospectivo de todos estos pacientes con queloides y radioterapia postoperatoria inmediata. Los pacientes fueron asistidos en dos centros de radioterapia (en las ciudades de Junín y Santa Rosa). Las características fueron las siguientes: a) edad media: 26 años (rango 15–44 años); b) sexo: varones 1/3 y mujeres 2/3; c) localización: oreja (43%), tórax (19%), abdomen (19%) y miembros superiores e inferiores (19%). En todos los pacientes se efectuó radioterapia inmediata posterior a la resección quirúrgica. En 5 de ellos con braquiterapia de alta tasa de dosis (4 aplicaciones de 5 Gy en dos días) y en 22 pacientes radioterapia externa con electrones de 6 MeV (5 fracciones de 4 Gy completando 20 Gy en 5 días corridos).

Conclusiones. Si bien la muestra de nuestro trabajo es muy escasa, se observaron tasa y tiempo de recurrencia similares a lo publicado en la bibliografía mundial.

Palabras clave: queloide, oncología cutánea, cirugía plástica, radioterapia externa, braquiterapia.

ABSTRACT

Objective. To determine whether our institutional experience in the treatment of keloid scars (rate and time to local recurrence) with immediate postoperative radiotherapy following surgical resection with high-dose-rate brachytherapy or external beam electron beam radiation therapy is similar to that published in the international literature.

Material and Method. A retrospective review was conducted of the medical records of patients with keloids treated with surgical resection and immediate postoperative radiotherapy, either with high-dose-rate brachytherapy (Bebig Multisource) or external beam electron beam radiation therapy with 6 MeV electrons (Elekta SL 15 Linear Accelerator).

Results. Ninety medical records of patients with keloids who presented and were prescribed immediate postoperative radiotherapy, treated between January 2012 and January 2021, were evaluated. Due to the lack of coverage by social security and/or prepaid medical insurance, only 27 patients in total were able to undergo this treatment. Based on these data, a retrospective analysis was performed on all patients with keloids and immediate postoperative radiotherapy. The patients were treated at two radiotherapy centers (in the cities of Junín and Santa Rosa). Their characteristics were as follows: a) mean age: 26 years (range, 15–44 years); b) sex: one-third male and two-thirds female; c) location: ear (43%), chest (19%), abdomen (19%), and upper and lower extremities (19%). All patients received radiotherapy immediately after surgical resection. Five received high-dose-rate brachytherapy (four 5-Gy applications in two days), and 22 received external beam radiotherapy with 6 MeV electrons (five 4-Gy fractions, completing 20 Gy in five consecutive days).

Conclusions. Although our sample size is very small, we observed a recurrence rate and time similar to those published in the international literature.

Key words: keloid, cutaneous oncology, plastic surgery, external radiotherapy, brachytherapy.

REVISTA ARGENTINA DE CIRUGÍA PLÁSTICA 2025;31(3):130-134. [HTTPS://DOI.ORG/10.32825/RACP/202503/0130-0134](https://doi.org/10.32825/RACP/202503/0130-0134)

INTRODUCCIÓN

El queloide es un tumor fibroproliferativo cutáneo, considerado tradicionalmente como “benigno” que se desencadena secundario a un traumatismo tisular, caracterizado por una proliferación anormal de tejido conjuntivo, que puede extenderse mucho más allá del área de la herida por su crecimiento invasivo y que no regresa espontáneamente. Estas lesiones, cuya etiología se desconoce, se caracterizan por presentar una tendencia elevada de recidiva tras la extirpación quirúrgica ¹.

Se ve alterada la secuencia y la respuesta celular normal que conducen al proceso de cicatrización normal de las heridas. Este desbalance entre la síntesis y la degradación de la matriz extracelular más una alteración en las citoquinas y una proliferación persistente o una resistencia

1. Centro de Oncología y Terapia Radiante, Santa Rosa, prov. La Pampa. Terapia Radiante, Junín, prov. Buenos Aires. Centro de Radioterapia del Oeste, Trenque Lauquen, prov. Buenos Aires, Argentina.
2. Técnica radióloga. Terapia Radiante, Junín, prov. Buenos Aires, Argentina.
3. Terapia Radiante, Junín, prov. Buenos Aires, Argentina.
4. Hospital Gobernador Centeno, General Pico, prov. La Pampa, Argentina.
5. Medicentro, General Pico, prov. La Pampa, Argentina.
6. Centro Privado de Radioterapia, Río Cuarto, prov. Córdoba, Argentina.
7. Data Manager, prov. La Pampa, Argentina.

✉ Correspondencia: Dr. Marcelo Lione. drmhline@hotmail.com

Los autores declaran no tener conflictos de intereses

Recibido: 15/07/2025 | Aceptado: 20/08/2025

TABLA 1. Comparación de ambos tratamientos radiantes (braquiterapia y radioterapia externa).

	Braquiterapia	Radioterapia externa
Sexo	Masculino 80% Femenino 20%	Masculino 64% Femenino 36%
Edad promedio y rango	23,8 años (rango 18-32)	28,3 años (rango 19-44)
Localización	Oreja 60% Tórax 20% Miembros sup. e inf. 20%	Oreja 41% Tórax 18% Miembros sup. e inf. 18% Abdomen 23%
Tiempo de seguimiento	48 meses	48 meses
Tasa de recidiva	20 %	18 %
Tiempo de recidiva promedio	19 meses	23,7 meses (rango 14-36)

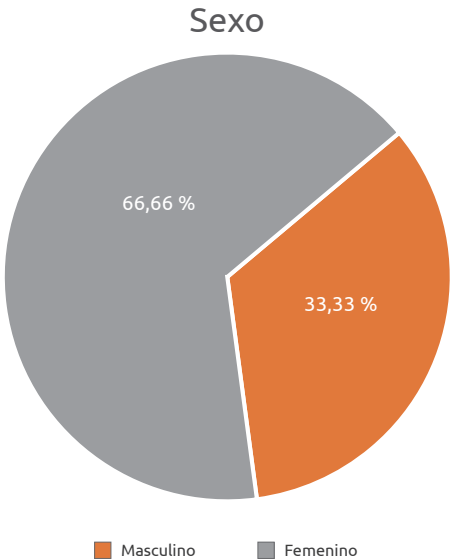


Figura 2. Pacientes de la muestra. Sexo masculino: 33,33%. Sexo femenino: 66,66%.

anormal en la apoptosis de fibroblastos y miofibroblastos; alteran el proceso normal de cicatrización dando origen al queloide como una tumoración agresiva. Se estima que entre el 4,5% al 16% de la población mundial presenta cicatrices queloides o hipertróficas y además existe una predisposición genética a padecerlos ². La radioterapia transforma el lecho quirúrgico del queloide en un tejido hipocelular, hipovascular e hipóxico, impidiendo o dificultando la excesiva migración de fibroblastos y la formación del mismo, buscando un equilibrio entre la formación de cicatriz y el excesivo crecimiento celular, evitando su crecimiento y su formación sin alterar la cicatrización normal.

MATERIAL Y MÉTODO

Se realizó una revisión retrospectiva de historias clínicas de 27 pacientes que presentaron queloides, cuyo tratamiento fue la resección quirúrgica y la radioterapia inmediata posterior, ya sea con braquiterapia de alta tasa de dosis (*multisource* de Bebig) o radioterapia externa con electrones (acelerador lineal Elekta SL 15).

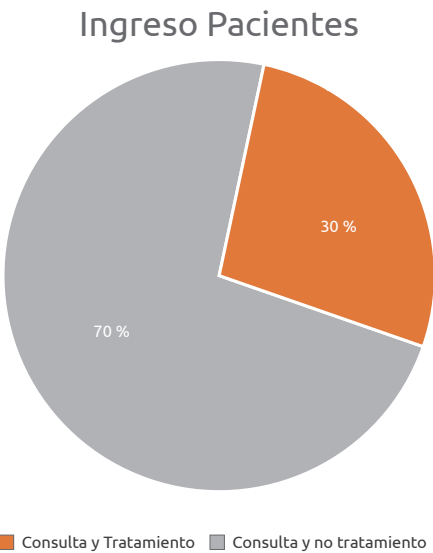


Figura 1. Pacientes de la muestra. Consulta y tratamiento prescripto: 30%. Consulta y no tratamiento prescripto: 70%.

RESULTADOS

Se evaluaron 90 historias clínicas de pacientes con cicatrices queloides. A partir de esos datos, se realizó un análisis retrospectivo de todos los pacientes con queloide que recibieron radioterapia postoperatorio inmediata (menos de dos horas luego de la cirugía), los cuales fueron tan solo 27 pacientes (**Figura 1**).

Los pacientes fueron asistidos en dos centros de radioterapia.

Las características fueron las siguientes: a) edad media: 26 años (rango 15–44 años); b) sexo: varones 1/3 y mujeres 2/3 (**Figura 2**); c) localización: oreja (43%), tórax (19%), abdomen (19%) y miembros superiores e inferiores (19%) (**Figura 3**).

En todos los pacientes se efectuó cirugía y radioterapia inmediata posterior (menos de 2 horas posterior a la cirugía); en 5 pacientes, braquiterapia de alta tasa de dosis (4 aplicaciones de 5 Gy en dos días) en el Centro de Terapia Radiante (Junín, prov. Buenos Aires); y en 22 pacientes, radioterapia externa (5 fracciones de 4 Gy completando 20 Gy en 5 días corridos) en el Centro de Oncología y Terapia Radiante (Santa Rosa, prov. La Pampa).

CIRUGÍA

Resección amplia (completa y satisfactoria), efectuada por cirujanos plásticos.

RADIOTERAPIA

Se emplearon dos modalidades diferentes de radioterapia:

Braquiterapia de alta tasa de dosis (cobalto): se colocó el catéter en contacto directo con la cicatriz (herida quirúrgica) efectuando 4 aplicaciones de 5 Gy calculados a 4 mm en dos días consecutivos con intervalo no menor a 6 horas.

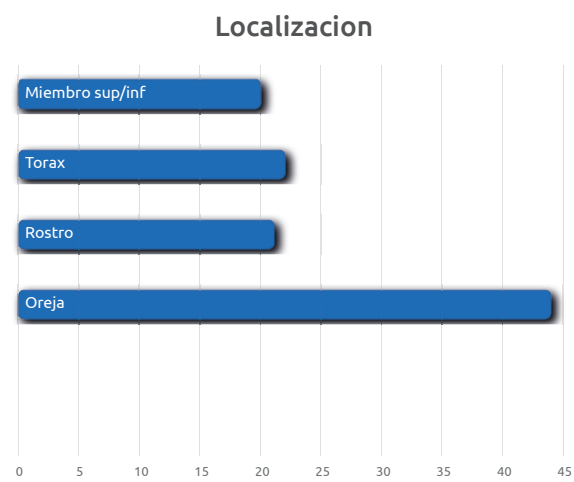


Figura 3. Pacientes de la muestra. Localización corporal de la cicatriz queloide (en porcentaje).



Figura 4. Paciente con cicatriz queloide en antebrazo derecho, posicionado debajo del acelerador lineal, en el que se aprecia el cono de electrones de 6 MeV.

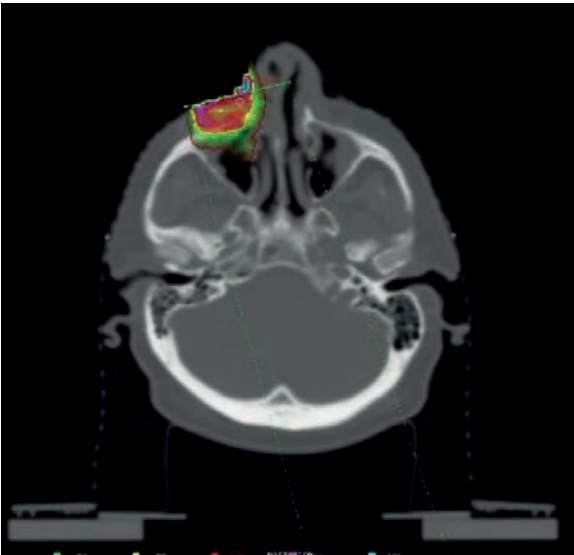


Figura 5. Imagen ilustrativa de TAC de macizo facial donde se ven curvas de isodosis de electrones de 6 MeV a nivel de región paranasal derecha (surco nasogeniano derecho).



Figura 6. Paciente con cicatriz de queloide en región esternal, donde se aprecia el contacto del catéter con cobalto sobre la misma.

Radioterapia externa con electrones de 6 MeV dejando un margen de 1,5 cm alrededor de la cicatriz haciendo una dosis diaria de 4 Gy y una dosis total de 20 Gy en 5 días consecutivos.

En ambas modalidades, el procedimiento se efectuó en forma inmediata a la resección quirúrgica (en menos de dos horas postcirugía se inició la radioterapia) (Figuras 4-8).

SEGUIMIENTO

Nuestra revisión de casos tiene un seguimiento de 48 meses para los pacientes tratados (Figuras 9 y 10).

TASA DE RECIDIVA LOCAL Y TIEMPO DE RECIDIVA

La tasa de recidiva local fue del 19% y el tiempo me-

dio de recaídas fue a los 23 meses, con un tiempo de seguimiento de todos los pacientes de 48 meses (Tabla 1).

DISCUSIÓN

La resección quirúrgica del queloide como único tratamiento tiene una alta tasa de recidiva. Con la radioterapia inmediata posterior a la cirugía, la recaída es menor³. Si bien hay muchos tratamientos locales posteriores a la cirugía, como la presión local de la cicatriz durante varias semanas⁴, el uso local de láser de dióxido de carbono^{5,6}, inyecciones de corticoides^{8,9}, crioterapia⁷, aplicaciones de silicona⁸, ácido retinoico⁹ y vendas elásticas compresivas, ninguno de ellos ha conseguido tasas de control satisfac-

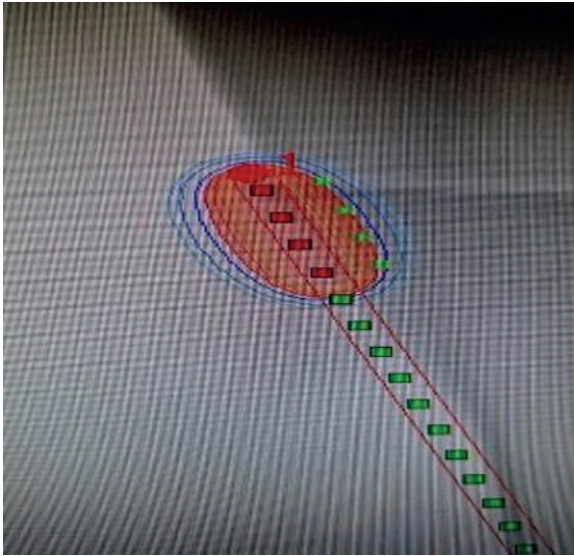


Figura 7. Imagen de radiografía digital de catéter con fuente de cobalto donde se ven las curvas de isodosis a 4 mm de profundidad en región paranasal izquierda.

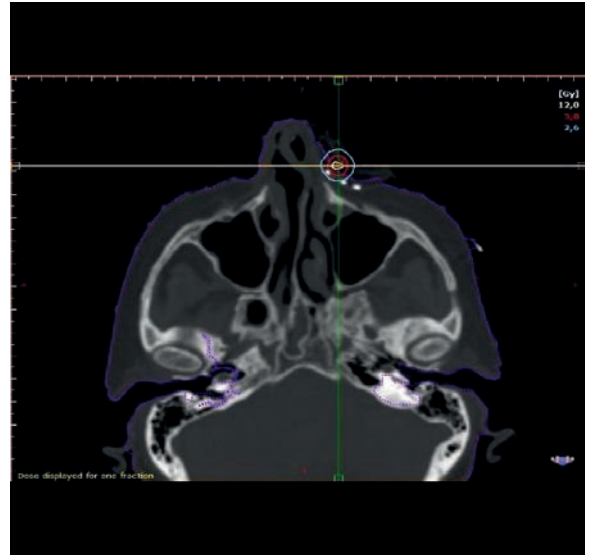


Figura 8. Imagen de TAC de macizo facial donde se ve catéter con fuente de cobalto y curvas de isodosis a 4 mm de profundidad en región paranasal izquierda.



Figura 9. Paciente con queloide en oreja izquierda previo a la resección quirúrgica y a la braquiterapia.

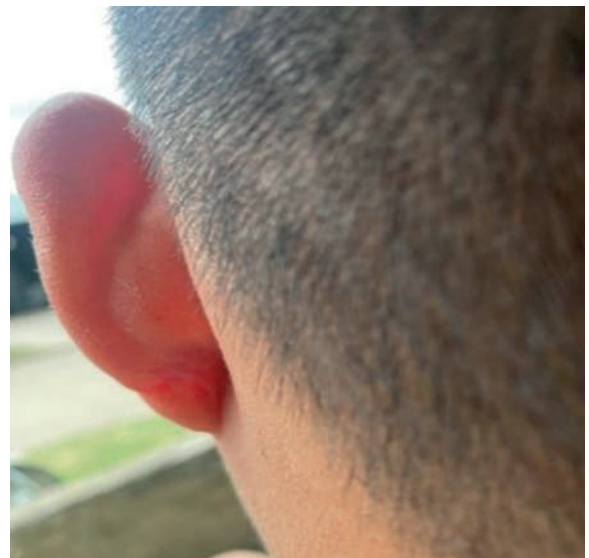


Figura 10. Paciente libre de recaída de queloide a 20 meses de seguimiento (tratamiento: cirugía y braquiterapia).

torias a largo plazo. Todos los tratamientos posibles en la actualidad presentan una alta tasa de recidiva¹⁰; la radioterapia postoperatoria inmediata es la de mayor efectividad, que mejora el pronóstico de las terapéuticas mencionadas.

En el caso de pacientes pediátricos con queloide, la radioterapia inmediata postquirúrgica posterior a la cirugía debería ser considerada de segunda línea, ya que, si bien es muy bajo, podría existir riesgo de carcinogénesis^{11,12}.

El tratamiento de la cicatriz queloide representa un verdadero reto para los médicos involucrados en su tratamiento. Las diversas opciones terapéuticas han mejorado mucho el aspecto estético y clínico de las mismas^{13,14}.

Si bien resulta muy difícil estandarizar un tratamiento¹⁵, creemos que es conveniente utilizar como mínimo dos o más modalidades¹⁶.

En resumen, para los pacientes con queloide recientemente diagnosticado, se deberá conversar acerca de las diferentes opciones para determinar un plan de terapia en base a las disponibilidades de recursos terapéuticos de la institución de salud. La evaluación del paciente deberá completarse utilizando un enfoque multidisciplinario. Probablemente hagan falta estudios correctamente diseñados, con grupos grandes de población y seguimiento detallado para estandarizar la terapia más adecuada.

En la Argentina, existe el Plan Médico Obligatorio (PMO) que tiene una canasta básica de prestaciones, que no considera el uso de las radiaciones ionizantes en procesos no oncológicos, a pesar de estar avalado el queloide por una amplia bibliografía científica mundial. Posiblemente debido a ello, el uso de estos procedimientos es poco habitual en servicios de radioterapia en nuestro país.

CONCLUSIONES

El tratamiento de la cicatriz queloide tiene diversas opciones terapéuticas y la radioterapia inmediata posterior al tratamiento quirúrgico es la que se considera en este artículo. Observamos en nuestra experiencia que obtuvimos re-

sultados similares, tanto en recaída local como tiempo de la misma, a lo publicado en bibliografía mundial.

La elección entre radioterapia inmediata posterior externa con electrones y/o braquiterapia de alta tasa de dosis es determinada por su disponibilidad, la edad del paciente, la situación anatómica, la forma y el tamaño del queloide.

BIBLIOGRAFÍA

1. Cosman B, Crikelair GF, Ju DMC, Gaulin JC, Lattes R. The surgical treatment of keloids. *Plast Reconstr Surg Transplant Bull.* 1961 Apr;27(4):335–58. doi:10.1097/00006534-196104000-00001.
2. Trace AP, Enos CW, Mantel A, Harvey VM. Keloids and hypertrophic scars: a spectrum of clinical challenges. *Am J Clin Dermatol.* 2016;17(3):201–23.
3. Ohmori S. Effectiveness of silastic sheet coverage in the treatment of scar keloid (hypertrophic scar). *Aesthetic Plast Surg.* 1988;12(2):95–9.
4. Apfelberg DB, Maser MR, White DN, Lash H. Failure of carbon dioxide laser excision of keloids. *Lasers Surg Med.* 1989;9(4):382–8.
5. Sherman R, Rosenfeld H. Experience with the Nd:YAG laser in the treatment of keloid scars. *Ann Plast Surg.* 1988;21(3):231–5.
6. Kill J. Keloids treated with topical injections of triamcinolone acetate. *Scand J Plast Reconstr Surg.* 1977;11:169–72.
7. Tredget EE, Nedelec B, Scott PG, Ghahary A. Hypertrophic scars, keloids and contractures: the cellular and molecular basis for therapy. *Surg Clin North Am.* 1997;77(3):701–30.
8. Zouboulis CC, Blume U, Büttner P, Orfanos CE. Outcomes of cryosurgery in keloids and hypertrophic scars: a prospective consecutive trial of case series. *Arch Dermatol.* 1993;129(9):1146–51.
9. Mercer NSG. Silicone gel in the treatment of keloid scars. *Br J Plast Surg.* 1989;42(1):83–7.
10. From L, Assaad D. Neoplasms, pseudoneoplasms and hyperplasia of supporting tissue origin. In: Fitzpatrick TB, Eisen AZ, Wolff K, Freedberg IM, Austen KF, editors. *Dermatology in general medicine.* New York: McGraw-Hill; 1993. p. 1196–209.
11. Kal HB, Veen RE, Jürgenliemk-Schulz IM. Dose-effect relationships for recurrence of keloid and pterygium after surgery and radiotherapy. *Int J Radiat Oncol Biol Phys.* 2009;74(1):245–51.
12. Ogawa R, Yoshitatsu S, Yoshida K, Miyashita T. Is radiation therapy for keloids acceptable? The risk of radiation-induced carcinogenesis. *Plast Reconstr Surg.* 2009;124(4):1196–201.
13. Goutos I, Ogawa R. Brachytherapy in the adjuvant management of keloid scars: literature review. *Scars Burn Heal.* 2017;3:205951311773548.
14. Daurade M, Breton P, Rouard N, Lorchel F, Ibrahim B, Sigaux N. Efficacy of surgical excision and brachytherapy in the treatment of keloids: a retrospective cohort study. *Adv Skin Wound Care.* 2020;33(11):1–6.
15. Abou-Taleb DAE, Badary DM. Intraleisional verapamil in the treatment of keloids: a clinical, histopathological, and immunohistochemical study. *J Cosmet Dermatol.* 2021;20(1):267–73.
16. Ogawa R, Dohi T, Tosa M, Aoki M, Akaishi S. The latest strategy for keloid and hypertrophic scar prevention and treatment: the Nippon Medical School (NMS) Protocol. *J Nippon Med Sch.* 2021;88(1):2–9.

Objetivos educativos, competencias y contenidos en la enseñanza de cirugía plástica

Educational objectives, competences and contents in plastic surgery teaching

Dr. Patricio F. Jacovella

RESUMEN

Con un diagnóstico de situación bien definido, se presentan las siguientes etapas del planeamiento educativo en cirugía plástica, describiendo su importancia en el aprendizaje. Los conceptos de objetivos, competencias y contenidos se analizan de manera crítica con referencia a modelos de enseñanza. Se ponen a consideración varios ejemplos prácticos de experiencias realizadas en la formación de la especialidad.

Palabras clave: enseñanza, cirugía plástica, objetivos educativos, competencias profesionales, contenidos.

ABSTRACT

Considering a well-defined situational diagnosis, educational planning steps in plastic surgery are presented. Importance and goals for teaching activities are stressed and critically analyzed. Educational objectives, competences and contents are considered, with reference to different approaches. Several educational experiences are presented as well.

Key words: teaching, plastic surgery, educational objectives, professional competences, contents.

REVISTA ARGENTINA DE CIRUGÍA PLÁSTICA 2025;31(3):135-142. [HTTPS://DOI.ORG/10.32825/RACP/202503/0135-0142](https://doi.org/10.32825/RACP/202503/0135-0142)

1. INTRODUCCIÓN

Una vez conocido el diagnóstico de situación para un determinado programa, como parte inicial del planeamiento educativo, es necesario determinar las conductas que los educandos deben adquirir para cumplir con sus funciones programadas. Estas etapas del planeamiento son imprescindibles en toda acción educadora, desde una clase hasta la organización de una carrera de especialista.

En este artículo se presentarán las siguientes etapas del planeamiento: objetivos, competencias y contenidos.

2. OBJETIVOS EDUCATIVOS

2.1. CONCEPTOS Y DEFINICIONES

Son los puntos de partida dentro del proceso de enseñanza-aprendizaje. Constituyen los elementos que proporcionan coherencia al mismo y permiten el desarrollo del currículo^{2,4}.

Desde el punto de vista pedagógico, son las conductas que se espera que el alumno logre como resultado del proceso de enseñanza-aprendizaje^{1,4,15}.

La palabra objetivo proviene del latín y significa “lan-

zado hacia delante” y es el cambio de actitud y comportamiento del individuo que estudia, para lograr un fin determinado.²⁴

Un buen educador debe buscar cambios de conducta en sus educandos y los manifiesta en objetivos. De esta manera es posible sistematizar los demás pasos del planeamiento y lograr eficiencia en la acción educadora.

2.2. FUNCIONES E IMPORTANCIA

Determinan saber hacia dónde y hasta dónde se quiere llegar y de esta manera inferir las metas a alcanzar para las necesidades de los educandos, en todos los niveles, y en este caso, en posgrados de formación en la especialidad cirugía plástica.

Permiten seleccionar de manera coherente los demás elementos del planeamiento como las estrategias, las actividades y los recursos. Asimismo, posibilita mayor precisión en el diseño de los instrumentos de evaluación^{24,25}.

Significan una guía útil al docente a la vez que una ayuda concreta al educando, al tener presente este último qué es lo que se espera que adquiera o modifique en su conducta como resultado de una situación de aprendizaje¹¹.

Los objetivos deben ser redactados de acuerdo con el perfil profesional que se quiere obtener en una facultad, carrera, curso o clase, según el diagnóstico de situación, claramente definido.

2.3. PROPÓSITOS, OBJETIVOS Y ACTIVIDADES

En algunas oportunidades se confunden los conceptos entre propósitos y objetivos. La diferencia no es semán-

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: 19/06/2025 | Aceptado: 15/07/2025

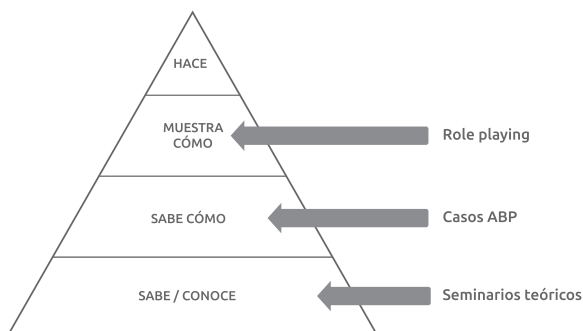


Figura 1. Pirámide de Miller

tica, sino conceptual y depende del enfoque adoptado en la formulación.

- Los **propósitos** son las intenciones de los docentes para con sus educandos. Así por ejemplo los propósitos de un educador pueden ser: demostrar la importancia de las ciencias de la educación en medicina y capacitar al futuro docente para crear situaciones de aprendizaje.
- Los **objetivos**, son las conductas que se esperan que logren los educandos.
- Las **actividades** son las acciones específicas, realizadas por quienes aprenden para cumplir con los objetivos.

Nota: es importante tener en cuenta que cada objetivo puede implicar varias actividades para su logro, incluidos intentos y repeticiones hasta alcanzarlo. Pero la redacción del objetivo implica llegar a la respuesta adecuada, para considerar que ha sido cumplido.

Los siguientes son ejemplos de objetivos a cumplir para una capacitación docente básica. Se redactan de esta manera: Los educandos serán capaces de:

- Reconocer diferentes estrategias educativas en la enseñanza de la medicina.
- Inferir criterios prácticos de aplicación de las mismas.

2.4. FORMULACIÓN Y REDACCIÓN DE OBJETIVOS

Pueden redactarse de dos maneras: enunciando el verbo en infinitivo o en tiempo presente del modo subjuntivo, indicando la conducta a ser alcanzada y un tema o complemento que permite definir la situación deseada.

Ejemplos:

- *“Que los residentes consideren la clasificación de quemaduras en un paciente, para determinar el grado de gravedad”.*

- *“Los residentes serán capaces de considerar la clasificación de quemaduras en un paciente, para determinar el grado de gravedad”.*

2.4.1. Sugerencias para la formulación:

- No usar más de un verbo por objetivo.
- Redactar más objetivos si es necesario, en lugar de hacerlos complejos.
- Tener redacción clara de manera que sea comprendido por el alumno.

2.4.2. Control de los objetivos redactados:

Antes de presentarlos a los destinatarios del aprendizaje, el docente debe preguntarse y obtener autorrespuestas:

- ¿Es entendible y bien definido?
- ¿Se basa en las necesidades educativas de quienes necesitan aprender?
- ¿Se trata de un objetivo alcanzable?
- ¿Es evaluable?

2.5. TAXONOMÍAS DE LOS OBJETIVOS EDUCATIVOS

Una taxonomía es una clasificación ordenada y jerarquizada de acuerdo con un eje o principio rector. En la teoría del aprendizaje, la taxonomía permite clasificar los objetivos educativos, de acuerdo con diferentes áreas de la conducta, que se estructuran según un orden jerárquico de complejidad creciente. Además, facilita la evaluación, mediante comprobación de su cumplimiento ^{2,4}.

2.6. ÁREAS DE LA CONDUCTA DEL APRENDIZAJE

Bloom ⁴ definió tres áreas de la conducta referidas al aprendizaje: cognoscitiva, socioafectiva y psicomotriz. El área cognoscitiva alude al aprendizaje de conocimientos, es decir el saber “saber”. El área socioafectiva alude al aprendizaje de actitudes, es decir el saber “ser”. El área psicomotriz, alude al aprendizaje de destrezas motoras, es decir el saber “hacer”.

Si bien existen otras taxonomías más actualizadas que tienen como función brindar una tipología interdisciplinaria y más detallada de las operaciones intelectuales, la presentada es una manera simple de introducir el concepto.

Como ejemplo de las dimensiones de aprendizajes deseados, cada área de la conducta tiene a su vez diferentes niveles de conductas:

- Dominio cognoscitivo: conocimiento, comprensión, aplicación, análisis y síntesis.
- Dominio socioafectivo: recepción, valoración, organización y caracterización.
- Dominio psicomotriz: percepción, disposición, adaptación y creación.

Es importante considerar que, en cada acto, se pueden manifestar una, algunas o todas las áreas de manera simultánea o alternativa y a través del proceso de ense-

ñanza y aprendizaje ¹³. Esta clasificación, si bien para algunos autores ha quedado antigua en el tiempo, permite detallar las conductas esperadas y orientar las demás etapas del planeamiento de manera simple.

Así, por ejemplo, una residencia de cirugía plástica, como propuesta educativa de postgrado, enunciará varios objetivos del área psicomotriz, pero sin dejar de lado los conocimientos y las actitudes, conductas muy necesarias para lograr un aprendizaje global, considerando que la especialidad va mucho más allá del acto operatorio puro. Es la atención de un ser humano que sufre una afección y que además de la solución quirúrgica, ya sea estética o reparadora, necesita comunicación, afecto y comprensión para lograr el resultado propuesto ¹⁵.

2.7. OBJETIVOS GENERALES Y OBJETIVOS ESPECÍFICOS

Una vez formulados los objetivos generales, se deben redactar los específicos, derivados de los primeros.

Así, por ejemplo: “*comprender los términos técnicos*” es la conducta a adquirir de un objetivo general. En cambio “*identificar*” “*definir*” y “*reconocer*” corresponden a objetivos específicos ^{11,19,25}.

Ambos tipos de objetivos tienen en cuenta las tres áreas de la conducta mencionadas. Así por ejemplo en los objetivos específicos, los verbos “reconocer” y “relacionar” aluden al dominio cognoscitivo. El verbo “tomar conciencia” pertenece al dominio socio afectivo, mientras que el término “utilizar” concierne al dominio psicomotriz, considerando una correcta expresión, por ejemplo, como referencia al uso de maniobras e instrumental quirúrgico. Los verbos “señalar”, “identificar” y “describir” apuntan al dominio cognoscitivo; el verbo interpretar corresponde al área socioafectiva y la palabra “realizar”, al dominio psicomotriz.

Los objetivos específicos tienen las siguientes características peculiares:

- Describen conductas observables específicas del objetivo general.
- Especifican las circunstancias, medios y situaciones de la conducta esperada.
- Señalan el nivel de ejecución deseable para poder calificar el logro.

En cuanto a los componentes de un objetivo específico, se deben considerar los siguientes elementos:

- Situación.
- Capacidad a ser aprendida.
- Objeto o resultado a obtener.
- Acción.
- Instrumentos y limitaciones.

2.8. EJEMPLOS DE OBJETIVOS EDUCATIVOS

2.8.1. Objetivos generales

1. Reconocer un paciente con una quemadura.
2. Discriminar estados de gravedad en la primera consulta.

3. Proponer los procedimientos más adecuados a cada caso.
4. Interpretar estructura, función y situación como aspectos integrales del ser humano.
5. Actuar de manera ética, respetando las características individuales del paciente.

2.8.2. Objetivos específicos

1. Determinar la situación de urgencia priorizando la vida, la función y la forma.
2. Jerarquizar los hallazgos clínicos y la determinación del tratamiento.
3. Jerarquizar los resultados de exámenes complementarios.
4. Proceder con el tratamiento adecuado según la urgencia del caso.
5. Confeccionar la documentación pertinente en cada caso en particular.

2.9. CONSIDERACIONES

Algunos programas de estudio de posgrado son simples listas de temas a estudiar que aluden en general al área cognoscitiva. La actividad práctica es escasa y a veces se limita a ayudar en cirugías. Si solamente se desarrolla el área cognoscitiva, el educando acumulará conocimientos que únicamente puede repetirlos, pero no se sabe si podrá utilizarlos en situaciones reales. Es decir que sabrá “saber”, pero no “hacer”.

En los programas de postgrado de la especialidad, es imprescindible el desarrollo de las tres áreas de la conducta.

3. COMPETENCIAS PROFESIONALES

3.1. INTRODUCCIÓN

Algunos programas de enseñanza de la especialidad carecen de un planeamiento educativo formal que permita una capacitación integral de los recursos humanos en formación. Si bien la frase “a operar se aprende operando” encierra conceptos apoyados únicamente en la experiencia, un adecuado planeamiento educativo que contemple un aprendizaje integral basado en competencias profesionales, sin desmerecer los objetivos educativos, puede lograr la obtención de recursos humanos mejor preparados para su inserción en la sociedad.

3.2. CONCEPTOS

Bunk ⁶ define a las competencias como el conjunto de conocimientos, destrezas y aptitudes cuya finalidad es la realización de actividades definidas y vinculadas a una determinada profesión de manera autónoma y flexible. De esta manera, quien aprendió estará capacitado para actuar en su entorno profesional.

Según Brailovsky ⁵ se trata de un constructo complejo, multifacético, multivariado y multidimensional, frecuentemente en relación con una situación multidis-

ciplinar, como se da en el campo de la medicina. El concepto implica desarrollar la capacidad de tomar decisiones para resolver problemas ante situaciones reales. Para Cherjovsky⁷ es la capacidad integral que tiene una persona para desempeñarse eficazmente en situaciones laborales específicas.

3.3. ALCANCES

Reta de Rosas²⁷ presenta las ventajas del llamado enfoque laboral del modelo de competencias profesionales. Permite tomar decisiones sobre el currículo y de esta manera diseñar actividades de enseñanza y aprendizaje que apoyen el logro de los resultados propuestos. A su vez propone las pautas de elaboración de instrumentos de evaluación válidos y confiables para la comprobación de lo sucedido.

Este tipo de currículo define el producto o perfil profesional y tiene la importancia de centrar la preocupación, en este caso referido a todo lo que los residentes, concurrentes, rotantes o becarios deben hacer, más que en lo que los profesores deben enseñar¹⁵.

En esta idea de pensamiento, Durante¹⁰ comenta que el hecho de lograr un rendimiento óptimo en uno de los componentes de un área de la conducta no es un signo absoluto de predicción de la capacidad en otra. La condición de ser competente implica contar con varias cualidades para resolver un determinado problema de manera integral.

En síntesis, considerando varias definiciones, se puede resumir el concepto diciendo que las competencias profesionales son un conjunto multivariado y multidimensional de conocimientos, destrezas y aptitudes cuya finalidad es la realización de actividades definidas y vinculadas a una determinada profesión de manera autónoma y flexible. El concepto implica que un médico competente debe tener la capacidad para resolver problemas ante situaciones reales¹⁵.

3.4. FUNDAMENTOS PEDAGÓGICOS

George A. Miller (1920-2012) aportó conocimientos muy relevantes para la educación y las neurociencias cognitivas. Definió un modelo de competencias profesionales, organizándose de manera esquemática como si fuera una pirámide imaginaria de cuatro niveles²³.

Cada nivel establece el tipo de aprendizaje y aporta las pautas de las respectivas evaluaciones.

En los niveles más bajos, en la base, se sitúan los conocimientos, es decir el “saber” y la manera de aplicarlos en casos concretos, es decir el “saber cómo”. En el nivel inmediatamente superior, se sitúa el “mostrar cómo”, es decir, la demostración de una capacidad, pero en una situación simulada. El residente o concurrente debe demostrar lo que es capaz de hacer ante el problema planteado. Por último, en la cima se halla representado el desempeño ante situaciones reales para que la persona evaluada demuestre lo que es capaz de hacer. En este momento se habla de “competencia”^{10,15}.

Cada nivel debe usar un verbo para definir las acciones observables que pueden ser valoradas mediante diferentes instrumentos de evaluación combinados, para así poder juzgar las diferentes competencias.

Es importante insistir en que todas las competencias que se definen deben ser demostrables y evaluables. Entre las competencias básicas que suelen incluirse en los currículos, se encuentran la comunicación verbal, la lectura y la escritura, el trabajo en equipo y la resolución de problemas, además del comportamiento ético.

3.5. COMPETENCIAS SUGERIDAS EN PROGRAMAS DE ESPECIALIZACIÓN CIRUGÍA PLÁSTICA

Se presenta, en resumen, un esquema con ejemplos de competencias para un programa de residencia en cirugía plástica¹⁵.

Como requisito, los ingresantes deben contar con una residencia completa en cirugía general.

3.5.1. Conocimientos

- Demostrar conocimientos generales y específicos actualizados, de cirugía plástica, estética y reparadora en sus diferentes ramas.
- Demostrar conocimientos sobre aspectos legales y éticos.

3.5.2. Habilidades clínicas

- Aplicar los conocimientos en situaciones reales de diagnóstico.
- Decidir atención médica apropiada para resolver situaciones específicas.

3.5.3. Destrezas quirúrgicas

- Efectuar las intervenciones quirúrgicas de manera ordenada, eficiente, apropiada y con autonomía de decisión.
- Efectuar las curaciones correspondientes.

3.5.4. Habilidades de comunicación

- Desarrollar habilidades que permitan un diálogo efectivo con pacientes.
- Desarrollar habilidades para intercambiar datos con familiares.
- Desarrollar habilidades para presentar los casos en ateneos y congresos.

3.5.5. Profesionalismo en el cuidado del paciente

- Demostrar compromiso en el cuidado del paciente, mediante una actitud de acercamiento y comprensión hacia el ser humano, a través de un trabajo individual y en equipo.
- Demostrar comportamiento de respeto a cada persona.
- Considerar los aspectos legales del ejercicio de la medicina.

3.5.6. Práctica basada en el aprendizaje y perfeccionamiento

- Demostrar actualización permanente.
- Demostrar la práctica basada en el aprendizaje y perfeccionamiento.

3.5.7. Pensamiento sistémico

- Desarrollar un dominio personal que permita un aprendizaje individual de superación como persona y un compromiso con los integrantes de la sociedad.
- Desarrollar la capacidad de construir nuevos modelos mentales abiertos y el desarrollo de una visión compartida tendiente al aprendizaje en equipo, como integrante de una comunidad.
- Cambiar las estructuras mentales rígidas por un pensamiento sistémico, como lenguaje común que permita una adecuada comunicación entre varias ciencias.

Las competencias mencionadas, merecen algunos comentarios para reflexionar sobre la importancia de estas.

Parra Acosta²⁶ sostiene que la formación científica y técnica debe estar sustentada en los principios éticos del ejercicio de la medicina.

Según Lineweaver¹⁸, el profesionalismo debe ser considerado como el producto final de un médico bien formado. Significa que cuenta con la capacidad para incluir a las demás competencias mencionadas en su actuación.

Con respecto al pensamiento sistémico, el concepto alude a la aceptación del ser humano en sus diferentes manifestaciones sociales. En 1928, Von Bertalanffy²⁹ enunció su teoría general de los sistemas como un intento de lenguaje común a varias ciencias y así lograr superar los compartimentos estancos del conocimiento.

Goleman¹² sugiere considerar a la inteligencia emocional entre las competencias deseables de un buen educador médico, con sus principales características: mentalidad abierta, confiabilidad, calidad humana y principios.

Asimismo, Acevedo y Battafarano¹ proponen incluir el enfoque antropológico y transdisciplinario en la enseñanza, considerando costumbres, valores y creencias de cada paciente como persona, desde un punto de vista biopsicosocial.

4. OBJETIVOS EDUCATIVOS Y COMPETENCIAS PROFESIONALES

4.1. REFLEXIONES

Tener conocimientos no significa saber realizar una tarea determinada en una situación real. Para completarla es necesario que diferentes aspectos o componentes de una competencia estén integrados.

En una interesante publicación, Zarzar Charur³⁰ propone la pregunta: ¿Cuándo una persona es competente? Su respuesta es cuando hay constancia fehaciente de que la persona es capaz de hacer algo, bien hecho. Cuando puede demostrar que tiene la capacidad para hacerlo.

Para ser capaz necesita: elementos cognoscitivos, habilidades y destrezas que permitan utilizarlos de manera adecuada, además de contar con actitudes y valores que se manifiesten en el acto.

Si alguien solamente tiene conocimientos teóricos, pero no cuenta con habilidades, no puede hacer lo que se propone. Con habilidades y destrezas, pero sin teoría, el acto es una rutina sin razonamiento. Con conocimientos y habilidades, pero por ejemplo sin puntualidad y sin respetar las normas establecidas, no se considera que esa persona sea competente.

Es decir que las competencias implican las capacidades y la demostración de las mismas. Entonces, ¿cuándo algo está bien hecho? Cuando a juicio del planeamiento previo, los indicadores de criterios de calidad aplicados por el evaluador están cumplidos.

4.2. OBJETIVOS Y COMPETENCIAS

Zarzar Charur³⁰ presenta la diferencia entre objetivos educativos y competencias.

- Los objetivos se basan en las tres áreas de la conducta.
- Las competencias integran conductas informativas y formativas.
- Los objetivos se redactan en tiempo futuro: el alumno será capaz de ...
- Las competencias se redactan en conductas presentes: el alumno hace, produce y elabora.
- Los objetivos proponen capacidades.
- Las competencias implican la demostración de las capacidades.

Ejemplo: “el alumno comprende” es un objetivo educativo.

Ejemplo: “el alumno demuestra que...” es decir elabora y demuestra su capacidad aprendida, es una competencia.

La **Tabla 1** presenta los conceptos de manera esquemática.

TABLA 1.

OBJETIVOS	COMPETENCIAS
Orientados hacia el planeamiento.	Más allá del planeamiento.
Orientados hacia la actividad para el logro de las metas.	Orientados a definir el tipo de educando que se desea formar.
Definen el producto a conseguir al final del proceso formativo del curso.	Definen el final de la formación académica y social.
Seleccionan contenidos y actividades.	Buscan formar personas críticas y competentes.
Se estructuran en comportamientos en las tres áreas de la conducta.	Se estructuran en conductas demostrables en varias áreas.
El docente es el principal proveedor del conocimiento.	El docente pasa a ser organizador y facilitador del aprendizaje.

Según Martínez González²⁰, la competencia diferencia entre saber lo que hay que hacer ante una situación determinada (objetivo educativo) y enfrentarse a circunstancias reales. Su puesta en práctica no puede desligarse del contexto y los aprendizajes se van adquiriendo con la experiencia. Es decir que una competencia es un saber actuar contextualizado, validado y con vistas a una finalidad.

El perfil profesional debe estar acorde con las necesidades de la sociedad en que se desempeñará el médico. Dependerá de la realidad del país o región donde sean necesarias diferentes competencias para su formación, así como para la orientación hacia la especialidad motivo de esta publicación.

4.3. ¿OBJETIVOS O COMPETENCIAS EN UN DISEÑO CURRICULAR?

Para algunos autores, el concepto de objetivos educativos debería ser dejado de lado, para dar paso a las competencias profesionales, en especial en los casos de enseñanza de posgrado. Para otros, es posible diseñar un currículo combinando objetivos y competencias.

Así, por ejemplo, Lafuente y colaboradores¹⁷ sostienen que en el diseño del planeamiento se establecen las competencias, y también se pueden definir los objetivos de aprendizaje y las actividades a realizar. Se formulan las metas y se describen los cursos de acción. Estas acciones orientan la organización de los contenidos en unidades de aprendizaje y ayudan a seleccionar las estrategias, el diseño de las actividades y la determinación de los recursos.

Un diseño curricular por competencias propone que la evaluación se realice mediante observación en actuaciones reales

4.4. OBJETIVOS Y COMPETENCIAS COMO POTENCIACIÓN RECÍPROCA

La pregunta sigue siendo: ¿Currículo por objetivos o competencias?

El diseño curricular por competencias no se contraponen con el modelo técnico de objetivos, sino que ambos pueden combinarse. El primero aporta la descripción de diversas conductas y componentes detallados, desarrollables en tiempo real, y el segundo ordena de manera secuencial los comportamientos observables y por lo tanto evaluables¹⁵.

Como síntesis, se puede concluir en que una competencia supone una combinación 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?

A manera de síntesis 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.

5. CONTENIDOS EDUCATIVOS

5.1. CONCEPTOS

Son los temas que los educandos, en este caso los residentes, concurrentes programáticos y otros profesionales, deben estudiar para lograr sus objetivos educativos y/o competencias, propuestos en el planeamiento previo. Son los datos, principios y generalizaciones que debe emplear cada educando, en su proceso de formación.

Los contenidos se ordenan de manera selectiva para que sean útiles al proceso de enseñanza aprendizaje, en concordancia con los siguientes pasos del planeamiento educativo propuesto^{3,8,14}.

5.2. RELACIÓN CON OBJETIVOS Y COMPETENCIAS

Los objetivos se definieron como las conductas que se esperan que los alumnos adquieran o modifiquen al finalizar determinado entrenamiento.

Asimismo, las competencias se definieron como un constructo complejo, multifacético, multivariado y multidimensional, a menudo en relación con una situación multidisciplinaria, como se da en el campo de la medicina. El concepto implica la capacidad de tomar decisiones para resolver problemas, ante situaciones reales.

Los contenidos están al servicio del logro de los objetivos y competencias, pero no deben considerarse como los ejes de la actividad docente. No es a partir del “qué enseñar” (contenido) sino del “para qué enseñar” (propósito) y “qué aprender” (objetivo) que se pone en marcha el proceso de enseñanza y aprendizaje¹⁴.

En el momento de la elaboración de los planes de estudio, siguiendo los pasos del planeamiento educativo a seguir, se establecen las prioridades que van a determinar la manera de articulación del currículo². Una vez determinados los objetivos y/o competencias a adquirir por parte de los educandos de la población destinataria, es necesario considerar los contenidos a incluir.

Es importante destacar que, si bien es evidente que cada etapa es consecuencia de la anterior, todavía persisten modelos antiguos en los que una simple lista de temas sigue siendo considerada como todo el plan de estudios de una asignatura y hasta de varias carreras de posgrado.

Es conveniente insistir en la diferencia de ambos conceptos, ya que muchas veces se confunden, bajo un supuesto planeamiento. Es frecuente ver una larga lista de temas aislados en cursos y hasta carreras de grado y posgrado, que no mencionan objetivos ni competencias, sino que simplemente se habla de contenidos mínimos. Los contenidos deben tener coherencia con los objetivos y/o competencias, insistiendo en dar más importancia a “quien aprende” y no a “quien enseña”^{9,14,15}.

5.3. SELECCIÓN DE CONTENIDOS

Existen tres criterios para la selección: validez, significación y adecuación.

5.3.1. Criterio de validez

Un contenido es válido cuando responde al objetivo educativo o a la competencia enunciada. Este criterio otorga confiabilidad al contenido, al tener coherencia.

5.3.2. Criterio de significación

Un contenido es significativo cuando se relaciona con las realidades interior y exterior del sujeto que aprende y se adapta a ellas. Un contenido debe significar algo importante para quien se está capacitando.

5.3.3. Criterio de adecuación

Un contenido es adecuado cuando su aprendizaje acompaña el desarrollo del individuo, ya que no se puede aprender cualquier tema o concepto a cualquier edad, sin conocimientos previos. Es imprescindible tener presentes los tres criterios, es decir que sea válido, significativo y confiable. De esta manera, el alumno podrá “aprender a aprender”.

5.4. ORGANIZACIÓN DE LOS CONTENIDOS

La organización lógica sigue el punto de vista de la ciencia, de acuerdo con los principios de complejidad creciente, y de esta manera ordena desde lo simple a lo complejo. La organización psicológica agrupa los contenidos de acuerdo con los intereses y capacidades del estudiante, sea de grado o posgrado. La organización social contempla la interacción con la sociedad de manera permanente.

Los criterios de organización descritos no son contradictorios sino complementarios. Se deben organizar de la siguiente manera:

- De lo cercano a lo lejano.
- De lo concreto a lo abstracto.
- De lo conocido a lo desconocido.
- De la acción a la reflexión.

Los criterios citados permiten ordenar los contenidos seleccionados de la siguiente manera:

- Ejes temáticos.
- Unidades didácticas.
- Clases y trabajos prácticos.

5.4.1. Ejes temáticos

Son las divisiones de los contenidos en los grandes lineamientos de una experiencia de aprendizaje: asignatura, residencia, carrera de especialista, congreso o curso específico, entre otras.

Un ejemplo de organización de los ejes temáticos para las carreras de especialistas en cirugía plástica contempla las siguientes asignaturas o módulos, a cumplir en tres años.

- Conceptos generales de la especialidad.
- Cirugía plástica de los miembros.
- Quemaduras y cirugía plástica de sus secuelas.
- Cirugía plástica maxilofacial.
- Cirugía plástica de malformaciones congénitas.
- Cirugía plástica oncológica.
- Cirugía plástica estética.

5.4.2. Unidades didácticas

Consisten en la agrupación de los contenidos previamente seleccionados por su relevancia y con autonomía didáctica, en los cuales exista una relación de pertenencia. Cada eje temático se divide en varias unidades didácticas para su mejor ordenamiento y aprovechamiento de la enseñanza. Siguiendo los ejemplos anteriores, se presentan las unidades correspondientes.

En el ejemplo de una carrera, el módulo “Conceptos generales de la especialidad” incluye las siguientes unidades didácticas:

- Cirugía plástica como especialidad y subespecialidades.
- Aspectos médico legales y sus alcances.
- Aspectos éticos.
- Relación médico-paciente.

Un ejemplo más detallado de la organización del módulo “Quemaduras y cirugía plástica de sus secuelas” sugiere las siguientes unidades didácticas:

- Concepto de quemaduras.
- Principales causas.
- Clasificación de quemaduras de Benaim.
- Determinación de grupos de gravedad.
- Criterios para definir internación o tratamiento ambulatorio.
- Tipos de tratamiento general y local.
- Injertos y otras coberturas.
- Aspectos médico legales y laborales.

BIBLIOGRAFÍA

1. Acevedo G, Battafarano MN. *Desde Víctor Frankl: hacia un enfoque transdisciplinario del enfermar humano*. Buenos Aires. Fundación Argentina de Logoterapia, 2003.
2. Araujo S. *Docencia y enseñanza. Una introducción a la didáctica*. Bernal. Universidad Nacional de Quilmes Editorial, 2014.
3. Avolio de Cols S. *Planeamiento del proceso de enseñanza – aprendizaje*. Buenos Aires. Marymar, 1976.

4. Bloom BS. *Taxonomía de los objetivos de la educación*. Buenos Aires. El Ateneo, 1986.
5. Brailovsky CA. *Educación médica: evaluación de competencias*. En *Aportes para un cambio curricular en Argentina 2001*. Buenos Aires. Organización Mundial de la Salud y Facultad de Medicina. 2001:103. www.fmv.uba.org.ar/proaps/9. (Acceso junio 2024).
6. Bunk GP. La transmisión de las competencias de la formación y perfeccionamiento profesionales. *Revista Europea de Formación Profesional*. 1994; 1: 8 – 14.
7. Cherjosvki RM. Las competencias como núcleo de diseño curricular. *Rev Argent Educ Med*. 2008; 2:1-2.
8. D'Hainaut L, Lawton D. Las fuentes de una reforma de los contenidos centrada en la educación permanente. En D'Hainaut L, Lawton D, Ochs R et al. *Programas de estudio y educación permanente*. París. Organización de las Naciones Unidas para la Educación, la Ciencia y la Cultura (UNESCO), 1980: pp 30-45.
9. Díaz Barriga A. *Didáctica y curriculum*. México. Nuevomar, 1983
10. Durante E. Algunos métodos de evaluación de las competencias: escalando la pirámide de Miller. *Rev Hosp Ital Buenos Aires*. 2006; 26: 55-61.
11. Escudero Muñoz JM. *Como formular objetivos operativos*. Madrid. Cincel Kepelusz, 1986.
12. Goleman D. *Working with emotional intelligence*. New York. Bantam, 2000.
13. Gutiérrez LV. Planeamiento y organización de la educación. En *Educación médica continuada y recertificación*. *Rev Argent Cirug*, 1986; número extraordinario. XI: 121-12
14. Jacovella PF. *Contenidos educativos*. En *Dirección Asociada de Docencia e Investigación del Hospital de Clínicas*. Buenos Aires. Akadia, 2022; 5: 45-50
15. Jacovella PF. *Objetivos y competencias*. En *Jacovella PF. Cirugía plástica: enseñanza y aprendizaje*. Buenos Aires. Akadia, 2022; 5: 41-62
16. Lafourcade P. *Planeamiento, conducción y evaluación en la enseñanza superior*. Buenos Aires. Kapelusz, 1974.
17. Lafuente JV, Escanero JF, Manso JM et al. *El diseño curricular por competencias en educación médica: impacto en la formación profesional*. *Educ Med*, 2007; 10 (2): 86 -92.
18. Lineweaver WV. *Professionalism: the end product of the medical profession*. *Plast Reconstr Surg*. 2008; 121:320-327.
19. Mager RF. *Formulación operativa de objetivos didácticos*. Madrid. Morova, 1982.
20. Martínez González A, López Barcena J, Herrero Saint Leu et al. *Modelo de competencias del profesor de medicina*. *Educ Med*. 2008; 11 (3): 157 -167.
21. Materi LE, Colabello MC, Hopital MT et al. *Cómo evaluar por objetivos*. Buenos Aires. El Ateneo, 1986.
22. Millán Nuñez-Cortés J. *Contenidos curriculares*. En *Millán Nuñez-Cortés J y Palés Argullós JL: Principios de educación médica*. Madrid. Panamericana. 2015;10. 1: 133-145.
23. Miller GA. *The assessment of Clinical Skills, Competence and Performance*. *Academic Medicine*. 1990; 65 (Suppl 9): S 63- S 67.
24. Palés Argullós JL. *Objetivos educativos, resultados del aprendizaje y competencias*. En *Millán Nuñez-Cortés J y Palés Argullós JL: Principios de educación médica*. Madrid. Panamericana. 2015; 9.2: 88-95.
25. Palés Argullós JL. *Planificación curricular*. En *Millán Nuñez-Cortés J y Palés Argullós JL: Principios de educación médica*. Madrid. Panamericana. 2015; 9: 81-81.
26. Parra Acosta H, Benavidez Olivera J, García Acosta VM et al. *Las competencias del docente de medicina y sus implicancias en el desempeño académico del médico en formación*. México. Pearson, 2015.
27. Reta de Rosas AM, López MJ, Montbrun M, Ortiz A, Vargas AL. *Competencias médicas y su evaluación al egreso de la carrera de medicina en la Universidad Nacional de Cuyo (Argentina)*. *Educ Med*. 2006, 9: 75-83.
28. Sacristán Sacristán JG. *La pedagogía por objetivos: obsesión por la eficacia*. Madrid. Morata, 1982.
29. Von Bertalanffy L. *Teoría general de los sistemas*. México. Fondo de cultura económica, 1984.
30. Zarzar Charur CA. *Planeación didáctica por competencias*. México. Didaxis, 2010.

Recuerdos y anécdotas del doctor Héctor Marino: cuarta parte

Memories and anecdotes of Dr. Héctor Marino: Part 4

Dr. Ricardo J. Losardo

RESUMEN

Se relata la participación del Dr. Héctor Marino en la Academia Argentina de Cirugía, la Sociedad Argentina de Cirugía Plástica y la Facultad de Medicina de la Universidad del Salvador. Se mencionan algunas referencias históricas de estas tres instituciones médicas y algunos médicos de la época.

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

ABSTRACT

This article describes Dr. Héctor Marino's involvement with the Argentine Academy of Surgery, the Argentine Society of Plastic Surgery, and the Faculty of Medicine of the University of Salvador. Some historical references to these three medical institutions are mentioned and some doctors of that time.

Key words: biography, history of medicine, plastic surgery.

REVISTA ARGENTINA DE CIRUGÍA PLÁSTICA 2025;31(3):143-146. [HTTPS://DOI.ORG/10.32825/RACP/202503/0143-0146](https://doi.org/10.32825/RACP/202503/0143-0146)

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, tres de ellas que llevan los títulos "Academia Argentina de Cirugía", "Sociedad Argentina de Cirugía Plástica" y "Facultad de Medicina de la Universidad del Salvador".

En la primera anécdota recuerda su actuación en la Academia Argentina de Cirugía y menciona a grandes figuras de la cirugía de aquella época, el Dr. José Arce (del Hospital de Clínicas), su discípulo el Dr. Oscar Ivanissevich y los herma-

nos Enrique y Ricardo Finochietto (del Hospital Rawson). Eran las dos escuelas quirúrgicas más importantes y competían entre sí. En cuanto a Oscar Ivanissevich (1895-1976) fue uno de los iniciadores de la cirugía plástica en Argentina y uno de sus discípulos fue el Dr. Miguel Correa Iturraspe. En su juventud fue futbolista en Alumni Athletic Club, luego médico y además un político importante (Figura 1).

En la segunda anécdota se refiere a su actuación en la Sociedad Argentina de Cirugía Plástica y menciona a los Dres. Ernesto Malbec y Aníbal Tambella. Recordemos que también había una rivalidad entre ambos grupos de colegas, los seguidores de Marino y los de Malbec. Señalemos que Ernesto Malbec (1903-1991) nació en Avellaneda, provincia de Buenos Aires y se recibió de médico en la Universidad de La Plata. Fue un apasionado del fútbol, primero jugador y luego dirigente de Racing Club de Avellaneda. Además, fue presidente de la Asociación de Fútbol Argentino (AFA), elegido por unanimidad en 1935. Tenía una personalidad polifacética y de gran liderazgo. Se inició en el Hospital Fiorito de Avellaneda y finalizó su carrera en el Hospital Ramos Mejía de la ciudad de Buenos Aires (Figura 2).

En la tercera anécdota cuenta sobre su actuación en la Facultad de Medicina de la Universidad del Salvador y menciona la participación de los Dres. Benaim, Fernández-Humble, Gandolfo, Mallo, Maquieira y Sturla, en cada uno de sus hospitales donde enseñaban la especialidad⁷⁻⁹. Señalemos que la carrera de especialización en cirugía plástica fue la segunda en implementarse en el posgrado de esta universidad, la primera en el país y pionera en Latinoamérica.

1. Presidente de la Academia Panamericana de Historia de la Medicina. Vicepresidente de la Sociedad Internacional de Historia de la Medicina. Ex Presidente de la Sociedad de Cirugía Plástica de Buenos Aires. Presidente del 48º Congreso Argentino de Cirugía Plástica (SACPER).

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

El autor no declara conflictos de intereses

Recibido: 23/06/2025 | Aceptado: 15/07/2025

ACADEMIA ARGENTINA DE CIRUGÍA

Esa fue una institución a la cual estuve ligado desde que me recibí de médico por vínculos familiares, pues mi padre, Don **Salvador**, era su tesorero permanente. No llegó a ser presidente de ella porque se le exigía na-



Figura 1. Dr. Oscar Ivanissevich, iniciador de la cirugía plástica en Argentina.

turalizarse argentino y él no quiso renunciar a su nacionalidad italiana. En verdad, desde que empecé mi carrera, concurría fielmente a las reuniones de los miércoles –en la Asociación Médica Argentina (AMA)– por dos razones: para instruirme y también para no perder las feroces peleas entre sus miembros más conspicuos que, en ciertos casos, llegaba a prometerse ir a las manos (recuerdo una vez que **Ivanissevich** (**Figura 1**) desafió a un colega miembro de la Academia a salir de la AMA, a pelearse a la calle Santa Fe).

En la Academia era patente y permanente la animadversión entre las Escuelas, por ejemplo, la de **Arce** y la de **Finochietto**, basadas en antiguas injurias o en acusaciones sin mucho fundamento, pero sobre todo en el terreno político. Por ejemplo, un tema que suscitó terribles discusiones fue cuál de las dos escuelas había descubierto la conveniencia de provocar la adhesión de las pleuras parietal y visceral para abordar a través de dicha adherencia quistes hidatídicos o abscesos de pulmón.

Finalmente, entré en un concurso de miembro de la Academia contra cirujanos generales –era la primera vez que lo hacía un cirujano plástico– y continué con mi fidelidad llevando a ese ambiente todos los trabajos que publiqué en lo sucesivo, para culminar como Presidente de la Academia Argentina de Cirugía en los años 1968 y 1969.



Figura 2. Dr. Ernesto Malbec, uno de los pioneros de la cirugía plástica argentina.

Vale recordar que la Academia Argentina de Cirugía se inició como Sociedad de Cirugía de Buenos Aires en 1911, imitando a la antigua y prestigiosa Sociedad de Cirugía de París. Luego, en 1939, pasó a denominarse Academia Argentina de Cirugía (igual fenómeno ocurrió mucho antes con la mencionada Sociedad de París). En 1954, por razones políticas, volvía a llamarse Sociedad de Cirugía de Buenos Aires. Y finalmente, en 1968, durante mi presidencia, recuperó su denominación de Academia, que continúa en la actualidad.

SOCIEDAD ARGENTINA DE CIRUGÍA PLÁSTICA

En ese tiempo se estaba pensando en la necesidad de crear un organismo rector de la misma, bajo forma de una asociación de especialistas en cirugía plástica. Acá vale señalar que en los principios fueron reuniones de intercambio de observaciones, casos y enfermos que terminaban con ágapes, que luego se fueron complicando en tal forma que resultaban banquetes onerosos. En todo este proceso, la acción de **Ernesto Malbec** (**Figura 2**) se unió a los de otros especialistas que perseguían los mismos fines y en la cual indudablemente tuvo acción preponderante y, al fin, se concretó en la idea de la fundación de la Sociedad Argentina de Cirugía Plástica en el año 1952. Al año siguiente fue la elección de autoridades, que se hizo honestamente y fui elegido primer presidente de la Comisión Directiva. Esto dio lugar a la ira del colega **Malbec** quien inme-

diatamente empezó a organizar su propia Asociación de Cirugía Plástica Argentina. Yo me di cuenta del peligro futuro de dos Sociedades Argentinas en el ámbito internacional y, por lo tanto, renuncié inmediatamente con lo cual **Malbec** consiguió su anhelo de ocupar la presidencia con una comisión de seguidores y la promesa de que yo sería el segundo presidente. De esa forma nació la actual Sociedad Argentina de Cirugía Plástica, que luego, a partir de Buenos Aires, se extendería con filiales a todo el país. Esta es en verdad la historia de la Sociedad en la cual no sólo **Malbec** sino muchos más pusieron su acción para constituirla.

En la década del '50 se iniciaron las primeras jornadas que reunían a los cirujanos plásticos del país. Unas, eran las Jornadas Rioplatenses de Cirugía Plástica; y otras, las Jornadas de Cirugía Plástica del Interior. Finalmente, en noviembre de 1971, se realizó el primer Congreso Argentino de Cirugía Plástica, en Bariloche, bajo la presidencia del doctor **Aníbal Tambella**; y así se sucedieron en forma anual y en distintas ciudades del país. Durante varios años nos distinguieron a **Malbec** y a mí, como Presidentes de Honor de estos congresos. En 1970, la Sociedad Argentina de Cirugía Plástica me nombró Cirujano Plástico Maestro.

FACULTAD DE MEDICINA DE LA UNIVERSIDAD DEL SALVADOR

Si bien durante mi vida yo había hecho mucha docencia, principalmente en la Escuela Quirúrgica Municipal para Graduados, no tenía, propiamente dicho, experiencia universitaria. Cuando, en 1974, un grupo de discípulos liderado por **Maquieira**, que hacía tiempo se reunían por inquietudes y proyectos científicos relacionados con la especialidad, me vino a ver con la intención de crear una Carrera de Postgrado de Cirugía Plástica en la Facultad de Medicina de la Universidad del Salvador, recibí la propuesta muy complacido e interesado. Esto coincidía, más o menos, con mi jubilación y se complementaba con mis otras actividades.

Al principio las autoridades universitarias me nombraron, como jefe de este grupo de cirujanos, con el título de Profesor Titular, lo que fue aceptado sin inconvenientes dado que a ellos se les otorgaba el puesto de profesores adjuntos, pero, me di cuenta, que lo justo y conveniente era incentivar esas voluntades mediante un sistema que no disminuía en forma alguna mi autoridad, pero acrecentara su responsabilidad. Con ese fin, pedí al Decano, el Dr. **Julio César Ortiz de Zárate** que se nombrara profesores titulares a cada uno de los integrantes del grupo, yo renuncié como Profesor Titular y pasé a ser Profesor Consulto y quedé como Director de la Carrera.

El sistema ha dado excelentes resultados pues esos profesores titulares han creado toda la organización, reglamentos, sistemas de admisión, de exámenes y promoción que han hecho de esta institución el modelo de

otras similares. Actualmente, la Carrera dura tres años y está dividida en dos períodos anuales que toman, cada uno, una sub-especialización.

Y se inició así: el profesor titular **Fortunato Benaim**, naturalmente a cargo de la sub-especialización Tratamiento del Quemado y se ocupa de esos aspectos de la cirugía plástica; el profesor titular **Enrique Gandolfo**, a cargo de la Cirugía Plástica Oncológica; el profesor titular **Flavio Sturla**, en la Cirugía Plástica Máxilo-facial; el profesor titular **Raúl Fernández Humble**, se ocupa de la Cirugía Estética; el profesor titular **Oscar Mallo**, enseña Cirugía Plástica Pediátrica; y el profesor titular **Néstor Maquieira**, se ocupa de la Cirugía Plástica Ortopédica, de miembros.

Cada uno de estos cirujanos plásticos ejercía su Cátedra: **Benaím** en la Fundación del Quemado, **Gandolfo** en el Hospital Oncológico, **Sturla** en el Hospital Aróz Alfaro, **Fernández Humble** en el Hospital Pirovano, **Mallo** en el Hospital Gutiérrez, y **Maquieira** en el Hospital Castex. Este último actualmente me ha sucedido en el Hospital Naval. **Maquieira** al jubilarse en el Castex y por su eficaz acción con los heridos de la Guerra de las Malvinas en el Hospital de Campo de Mayo, conquistó este merecido puesto en el Hospital Naval, sustituyéndome a mí en la preparación de ese aspecto en la educación de los Oficiales Médicos Navales.

A mí, durante toda mi gestión, me quedaron funciones de relaciones públicas y de inspección, mediante visitas mensuales a las diferentes Cátedras para asegurar la homogeneidad de la enseñanza. En esta tarea me acompañaba como secretario el dinámico **Flavio Sturla**. Esto lo realicé hasta que me retiré en 1990, dejando en mi cargo, como Director de la Carrera al Dr. **Maquieira**, persona inquieta y dedicada, que aún se desempeña a mi entera satisfacción.

En resumen: puedo decir que se ha creado una Carrera seriamente organizada, que otorga un título de Especialista que tiene importancia preferencial, especialmente para los médicos extranjeros, a la cual no se pueden inscribir advenedizos pues se les exige a los candidatos por lo menos tres años previos de Cirugía General y preferentemente, de Residencia en esa materia.

En 1977, **Maquieira** duplicó el exitoso proyecto de la Universidad, en la Sociedad Argentina de Cirugía Plástica y se llamó Curso Superior de Especialización en Cirugía Plástica (trienal), con los mismos profesores y hospitales; y que continúa en la actualidad.

CONCLUSIÓN

En esta cuarta parte de nuestra publicación sobre recuerdos y anécdotas del Dr. Héctor Marino, destacamos su trayectoria en la Academia Argentina de Cirugía, la Sociedad Argentina de Cirugía Plástica y en la Escuela de Posgrado de la Facultad de Medicina de la Universidad del Salvador, donde tuvo una activa participación y en

dos de ellas fue de tipo fundacional. La actividad en estas instituciones, al final de su trayectoria profesional, llegó a ser simultánea. Alcanzó en las tres su máximo grado, siendo presidente en las dos primeras y Profesor Titular y Director en la tercera.

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 estos tiempos actuales¹⁰⁻¹².

BIBLIOGRAFÍA

1. Losardo, R.J.: *Semblanza del Académico Profesor Doctor Héctor Marino*. Revista de la Asociación Médica Argentina, 2018; 131 (2): 4-6.
2. Losardo, R.J. & Marino, H.S.: *Héctor Marino. Pionero de la Cirugía Plástica Latinoamericana*. La Prensa Médica Argentina, 2023; 109 (2): 64-74.
3. Losardo, R.J.: *Dr. Héctor Marino. Crónica de viaje: Alemania e Inglaterra, 1935*. Revista ALMA Cultura & Medicina, 2019; 5 (1): 51-57.
4. Losardo, R.J.: *Dr. Héctor Marino. Crónica de viaje: Estados Unidos, 1938*. Revista ALMA Cultura & Medicina, 2019; 5 (2): 8-16.
5. Losardo, R.J.: *Dr. Héctor Marino. Crónica de viaje: La Segunda Guerra Mundial*. Revista ALMA Cultura & Medicina, 2019; 5 (3): 6-12.
6. Losardo, R.J.: *Dr. Héctor Marino. Recuerdos de los Congresos Internacionales de Cirugía Plástica*. Revista ALMA Cultura & Medicina, 2022; 8 (1): 48-61.
7. Losardo, R.J.: *Dr. Miguel Correa-Iturraspe: La cirugía plástica que ha vivido*. La Prensa Médica Argentina, 2023; 109 (3): 101-120.
8. Losardo, R.J.: *Semblanza del Académico Profesor Doctor Fortunato Benaim*. Revista de la Asociación Médica Argentina, 2021; 134 (4): 6-8.
9. Losardo, R.J.: *Oscar V. Mallo. Pionero de la cirugía plástica infantil argentina*. La Prensa Médica Argentina, 2024; 110 (3): 123-130.
10. Losardo, R.J.: *Recuerdos y anécdotas del doctor Héctor Marino: primera parte*. Revista Argentina de Cirugía Plástica, 2024; 30 (4): 343-345.
11. Losardo, R.J.: *Recuerdos y anécdotas del doctor Héctor Marino: segunda parte*. Revista Argentina de Cirugía Plástica, 2025; 31 (1): 26-28.
12. Losardo, R.J.: *Recuerdos y anécdotas del doctor Héctor Marino: tercera parte*. Revista Argentina de Cirugía Plástica, 2025; 31 (2): 78-81.

Mi vocación de cirujano plástico

My vocation as a plastic surgeon

Dr. Manuel Alberto Sarrabayrouse

RESUMEN

En este artículo cuento brevemente cómo llegué a la cirugía plástica, cómo fui desarrollando mi vocación de cirujano plástico y los profesionales que influyeron en mi carrera profesional.

Palabras clave: Cirugía plástica, Hospital Italiano de Buenos Aires, vocación.

ABSTRACT

In this article, I briefly describe how I came to plastic surgery, how I developed my vocation as a plastic surgeon, and which professionals influenced my career.

Key words: Plastic surgery, Italian Hospital of Buenos Aires, vocation.

REVISTA ARGENTINA DE CIRUGÍA PLÁSTICA 2025;31(3):147-148. [HTTPS://DOI.ORG/10.32825/RACP/202503/0147-0148](https://doi.org/10.32825/RACP/202503/0147-0148)

Nunca pensé que, así como había elegido la cirugía para volcar mi vocación de médico, con el correr de los años, y luego de haber finalizado mi residencia en el Servicio de Cirugía General del Hospital Italiano, me iba a encontrar ayudado de la mano de otro maestro el Dr. **Enrique Beveraggi**, al cual le debo mi dedicación al estudio, la perseverancia para encontrar los éxi-

tos y la abnegación hacia el ser humano sufriente, mi verdadera y real vocación hacia la Cirugía Plástica (**Figura 1**).

Una mañana, mientras lo acompañaba en sus recorridos habituales, que como Jefe de Servicio realizaba prolijamente, me tomó del hombro y con la responsabilidad y el ojo del que ve más allá del hoy me dijo con



Figura 1. Los fundadores de la Escuela Quirúrgica del Hospital Italiano. De izquierda a derecha los Doctores: Héctor Marchitelli, Enrique Sívori, Enrique Beveraggi, Francisco Loyúdice, Jorge Sívori, Enrique Caruso, Eduardo de Santibañes, Manuel Sarrabayrouse y Fernando Bonadeo (Ausentes: Casardo, Rizzo, Vasallo, Benatti y Corrao). Foto tomada de la página web del Hospital Italiano.

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

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

El autor no declara conflictos de intereses

Recibido: 23/06/2025 | Aceptado: 15/07/2025



Figura 2. Dr. José Norberto Spera, presidente de la SACPER 1965-1966 y jefe fundador de Servicio de Cirugía Plástica del Hospital Italiano.

voz paternal: “Manuel yo creo que ha llegado el momento para que te vuelques a lo que más te guste en esta profesión tan difícil de proyectarse”.

Sabiendo de mis escapadas al Servicio de Cirugía Plástica, que por ese entonces dirigía el Dr. **José Norberto Spera**, un prestigioso cirujano plástico, que se distinguía por sus excelentes resultados en Cirugía Reparadora, y consciente de mis obsesivas suturas que según mis propias palabras “eran el broche final para un buen concierto”, me empujó hacia lo que hasta hoy fue

una importante parte de mi vida (**Figura 2**). Al mismo tiempo recuerdo allí a los Dres. **Pablo Bellino**, **Luis Diodato** y **Pedro Mugaburu**, que fueron amigos e influyeron en mi crecimiento personal.

Sé que es difícil empezar algo nuevo, pero aquel desafío sería a la postre el mejor regalo que me podía hacer a mí mismo.

Hoy a muchos años de aquel episodio, maduran las palabras de aquel querido maestro que, como un gran visionario, proyectó en mí la confianza requerida para ser exitoso en este mundo.

Ingresé muy prontamente al Servicio de Cirugía Plástica en donde como “el último orejón del tarro” comencé a aprender la difícil y digna tarea de la reconstrucción. Seres sufrientes, deformados, por una mala jugada de la naturaleza, o por un accidente fortuito, en donde los genes, el fuego, o simplemente esos accidentes que nos depara el destino, se transforman en verdaderos verdugos de sus vidas, separándolos de la sociedad, haciéndolos deambular escondiendo sus rostros.

Es entonces cuando gracias a esta noble especialidad, ese individuo al recuperar sus rasgos, al encontrar un equilibrio armónico entre su cara y su cuerpo, al aceptarse frente al espejo, consigue estimular su autoestima perdida.

Por otra parte, la belleza de las formas, esa inalcanzable meta del perfeccionamiento, sería para mí el gran desafío del mañana.

Pero no debemos olvidar que vivimos en una era del trauma, una era de la destrucción que requiere reparación.

De nosotros será la responsabilidad para conseguir, mediante nuestras manos, y apoyados en Dios, remediar defectos, incluso leves, para quienes tienen toda su vida por delante.

Esta es mi historia donde me he dedicado con pasión a esta hermosa especialidad que me permitió no solamente curar físicamente y psicológicamente al ser humano y comprenderlo en su integridad, sino también otorgar esa dosis de felicidad para aquellos que depositaron su confianza en nosotros.

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.

Todos los artículos son revisados por pares, quienes los rechazan, sugieren modificaciones o los aceptan para su publicación. Sin embargo, la Dirección de la revista no se hace responsable de las opiniones emitidas por los autores de los artículos.