

Revista Argentina de Cirugía Plástica

REVISTA ARGENTINA DE CIRUGÍA PLÁSTICA (ARGENTINE JOURNAL OF PLASTIC SURGERY)
ENERO - MARZO DE 2026 | AÑO 32 | NÚMERO 1

Editorial

Dr. Jorge Ricardo Wetzel

Mama tuberosa: análisis de nuestra experiencia

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

Melanoma en la infancia: un caso

Dra. Susana Ruiz, Dr. Juan José Cúculo,
Dra. María T. García de Dávila

Reconstrucción facial en paciente añoso con carcinoma escamoso: importancia de la estrategia quirúrgica en la elección del colgajo

Dra. Julieta Czarnitzki, Dra. Margarita Castro, Dr. Guillermo Calderan

Matrices dérmicas acelulares y suturas barbadas: impacto combinado en la reducción de cicatrices hipertróficas después de una mastectomía radical

Dr. Manuel Cabrera Charleston, Dra. Daniela Guadalupe Oscura Paredes, Dr. Carlos Guillermo Oaxaca Escobar

Complicación abdominal tras lipoabdominoplastia: obstrucción intestinal secundaria a bridas pélvicas.

Reporte de caso

Dr. Jorge Andrés Hernández Navas, Dr. Luis Andrés Dulcey Sarmiento, Dr. Juan Sebastián Therán León, Dr. Jaime Alberto Gómez Ayala, Dr. Jaime Andrés Gómez González, Dra. Kelie Emperatriz Higuera Angulo, Dra. Yeimi Natalia Hernández

Recuerdos y anécdotas del doctor Héctor Marino: sexta parte

Dr. Ricardo J. Losardo

Mi camino

Dr. Manuel Alberto Sarrabayrouse



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 Prociakievicz
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 2026;32(1):005

EDITORIAL | EDITORIAL

EDITORIAL

Editorial

Dr. Jorge Ricardo Wetzel

010

ARTÍCULO ORIGINAL | ORIGINAL ARTICLE

MAMA TUBEROSA: ANÁLISIS DE NUESTRA EXPERIENCIA

Tuberous breast: analysis of our experience

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

011

CASOS CLÍNICOS | CLINICAL CASES

MELANOMA EN LA INFANCIA: UN CASO

Melanoma in childhood: a case

Dra. Susana Ruiz, Dr. Juan José Cúculo, Dra. María T. García de Dávila

023

RECONSTRUCCIÓN FACIAL EN PACIENTE AÑOSO CON CARCINOMA ESCAMOSO: IMPORTANCIA DE LA ESTRATEGIA QUIRÚRGICA EN LA ELECCIÓN DEL COLGAJO

Facial reconstruction in an elderly patient with squamous cell carcinoma: importance of the surgical strategy in the choice of flap

Dra. Julieta Czarnitzki, Dra. Margarita Castro, Dr. Guillermo Calderan

026

ARTÍCULO ORIGINAL | ORIGINAL ARTICLE

MATRICES DÉRMICAS ACELULARES Y SUTURAS BARBADAS: IMPACTO COMBINADO EN LA REDUCCIÓN DE CICATRICES HIPERTRÓFICAS DESPUÉS DE UNA MASTECTOMÍA RADICAL

Acellular dermal matrices and barbed sutures: combined impact on the reduction of hypertrophic scars after radical mastectomy

Dr. Manuel Cabrera Charleston, Dra. Daniela Guadalupe Oscura Paredes, Dr. Carlos Guillermo Oaxaca Escobar

030

CASO CLÍNICO | CLINICAL CASE

COMPLICACIÓN ABDOMINAL TRAS LIPOABDOMINOPLASTIA: OBSTRUCCIÓN INTESTINAL SECUNDARIA A BRIDAS PÉLVICAS. REPORTE DE CASO

Abdominal complication after lipoabdominoplasty: intestinal obstruction secondary to pelvic bridles. Case report

Dr. Jorge Andrés Hernández Navas, Dr. Luis Andrés Dulcey Sarmiento, Dr. Juan Sebastián Therán León, Dr. Jaime Alberto Gómez Ayala, Dr. Jaime Andrés Gómez González, Dra. Kelie Emperatriz Higuera Angulo, Dra. Yeimi Natalia Hernández

033

HISTORIA DE LA CIRUGÍA PLÁSTICA / HISTORY OF PLASTIC SURGERY

037

RECUERDOS Y ANÉCDOTAS DEL DOCTOR HÉCTOR MARINO: SEXTA PARTE

Memories and anecdotes of Dr. Héctor Marino: Part 6
Dr. Ricardo J. Losardo

ARTÍCULO ESPECIAL | SPECIAL ARTICLE

MI CAMINO

My path
Dr. Manuel Alberto Sarabayrouse

041

REGLAMENTO DE PUBLICACIONES

Publishing regulations

043

Sumario

REVISTA ARGENTINA DE CIRUGÍA PLÁSTICA 2026;32(1):XXX. [HTTPS://DOI.ORG/10.32825/RACP/202601/XXX](https://doi.org/10.32825/RACP/202601/XXX)

MAMA TUBEROSA: ANÁLISIS DE NUESTRA EXPERIENCIA

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

La mama tuberosa es una malformación caracterizada por base mamaria contraída y herniación glandular, con impacto estético y psicológico. Su diagnóstico suele hacerse durante consultas por mamoplastia. La clasificación de Grolleau (Tipos I-III) guía el tratamiento quirúrgico. Este trabajo evalúa prevalencia, clasificación y resultados quirúrgicos en pacientes de nuestro centro. Se analizaron pacientes intervenidas de mamoplastia de aumento entre noviembre de 2019 y noviembre de 2024 en el Servicio de Cirugía Plástica del Hospital Privado de Rosario. Se incluyeron casos con criterios de mama tuberosa según Grolleau. La técnica quirúrgica incluyó incisión en surco submamario o por incisión periareolar inferior, liberación del anillo de constricción, colocación de implantes redondos en biplano (subpectoral mayor y subfascial en el tercio inferior de la glándula mamaria). En casos seleccionados se redujo la areola con *round block*.

Resultados: De 240 pacientes que presentaron criterios de inclusión, 28 presentaron mama tuberosa (11,7%). El 78,6% tuvo compromiso bilateral y 21,4% unilateral. En bilateralidad, 63,6% fueron simétricas y 36,4% asimétricas. En unilateralidad predominó el tipo I (50%). En bilateralidad simétrica, el tipo I fue el más frecuente (71,4%), seguido de tipo II (21,4%) y III (7,2%). En asimétricas, se observaron combinaciones I+II (75%) y III+I (25%). El 53,6% de las pacientes tenían entre 25 y 29 años al momento de realizarse el procedimiento quirúrgico.

Conclusión: La mama tuberosa se presentó en 11,7% de las pacientes candidatas a mamoplastia, con predominio bilateral tipo I. El diagnóstico adecuado es esencial para planificar cirugía y evitar resultados insatisfactorios. La técnica utilizada permite una corrección segura y estética, resaltando la importancia de protocolos estandarizados y experiencia quirúrgica para optimizar resultados.

MELANOMA EN LA INFANCIA: UN CASO

Dra. Susana Ruiz, Dr. Juan José Cúculo, Dra. María T. García de Dávila

Se presenta el caso de una paciente femenina de 9 años que consulta por nevus de dorso del dedo de pie derecho, extirpado con diagnóstico de nevus melanocítico. El estudio patológico informa melanoma maligno, Clark III, Breslow 1,2. Por lo cual a los 20 días se amplía la resección con margen de 2 cm. El estudio anatomopatológico de ganglio centinela fue negativo y los márgenes de resección libres de tumor. Seguimiento 10 años: curada.

RECONSTRUCCIÓN FACIAL EN PACIENTE AÑOSO CON CARCINOMA ESCAMOSO: IMPORTANCIA DE LA ESTRATEGIA QUIRÚRGICA EN LA ELECCIÓN DEL COLGAJO

Dra. Julieta Czarnitzki, Dra. Margarita Castro, Dr. Guillermo Calderan

El carcinoma escamoso cutáneo es el segundo tumor maligno de piel más frecuente y afecta predominantemente áreas fotoexpuestas, en particular la región facial. Su tratamiento quirúrgico implica el desafío de lograr márgenes oncológicos

adecuados sin comprometer la función ni la estética. Los colgajos locales constituyen una herramienta fundamental para la reconstrucción facial, permitiendo resultados confiables con bajo índice de complicaciones. Se presenta el caso de una paciente añosa con carcinoma escamoso de mejilla tratado mediante resección completa y reconstrucción inmediata con colgajo de avance.

MATRICES DÉRMICAS ACELULARES Y SUTURAS BARBADAS: IMPACTO COMBINADO EN LA REDUCCIÓN DE CICATRICES HIPERTRÓFICAS DESPUÉS DE UNA MASTECTOMÍA RADICAL

Dr. Manuel Cabrera Charleston, Dra. Daniela Guadalupe Oscura Paredes, Dr. Carlos Guillermo Oaxaca Escobar

Antecedentes: La formación de cicatrices hipertróficas (CH) ocurre en el 25-40% de los pacientes que recibieron mastectomía radical, con consecuencias funcionales y psicosociales significativas. Las matrices dérmicas acelulares (MDA) modulan la remodelación dérmica, mientras que las suturas barbadas distribuyen la tensión del cierre de manera uniforme. Su integración podría reducir la incidencia de CH.

Objetivo: Sintetizar la evidencia publicada entre 2014–2024 respecto al uso combinado de MDA y suturas barbadas (MDA-B) para prevenir la formación de CH después de mastectomía radical.

Métodos: Revisión sistemática siguiendo PRISMA-2020. Se consultaron PubMed, Scopus y Web of Science (enero 2014 – abril 2024). Se incluyeron estudios comparativos con ≥ 40 pacientes, ≥ 6 meses de seguimiento y datos de cicatriz (*Vancouver Scar Scale* [VSS] o POSAS). El riesgo relativo (RR) y la diferencia media ponderada (DMP) se agruparon mediante modelo de efectos aleatorios.

Resultados: Se incluyeron catorce estudios (4 ECA, 10 cohortes; $n = 2,386$). El uso de MDA-B redujo la incidencia de CH (VSS ≥ 6) de 28% a 12% (RR 0.43; IC 95% 0.32–0.59; $I^2 = 26\%$). La puntuación global de POSAS mejoró en -6.9 puntos (IC 95% $-8.4/-5.4$). No se observó incremento en seroma (RR 1.05) ni en infección (RR 0.94). El dominio “bienestar torácico” del cuestionario BREAST-Q mejoró en $+9.1 \pm 3.7$.

Conclusiones: El cierre con MDA más suturas barbadas después de mastectomía radical disminuye significativamente la incidencia y severidad de las CH sin aumentar las tasas de complicaciones. Se requieren ensayos multicéntricos para estandarizar el tipo de MDA, calibre de sutura y protocolos de rehabilitación.

COMPLICACIÓN ABDOMINAL TRAS LIPOABDOMINOPLASTIA: OBSTRUCCIÓN INTESTINAL SECUNDARIA A BRIDAS PÉLVICAS. REPORTE DE CASO

Dr. Jorge Andrés Hernández Navas, Dr. Luis Andrés Dulcey Sarmiento, Dr. Juan Sebastián Therán León, Dr. Jaime Alberto Gómez Ayala, Dr. Jaime Andrés Gómez González, Dra. Kelie Emperatriz Higueta Angulo, Dra. Yeimi Natalia Hernández

Introducción: La obstrucción intestinal secundaria a bridas postoperatorias es una complicación quirúrgica relevante, cuya incidencia se incrementa en pacientes que recibieron cirugías abdominales estéticas múltiples. El reconocimiento

temprano es crucial para evitar desenlaces adversos.

Presentación del caso: Paciente femenina de 31 años, previamente sana, consultó por dolor abdominal difuso, distensión, vómitos y ausencia de tránsito intestinal, con antecedente de lipoescultura, abdominoplastia, gluteoplastia y mamoplastia de aumento realizada 15 días antes. La tomografía contrastada evidenció asas de intestino delgado distendidas con punto de transición en pelvis, sin signos de isquemia ni perforación. **Intervención:** Se realizó laparotomía exploratoria urgente, identificando brida fibrosa densa pélvica que ocasiona angulación y obstrucción yeyunal. Se practicó lisis adhesional sin resección intestinal ni ostomía. Se empleó cierre por planos y sistema de presión negativa tipo VAC para control avanzado del sitio quirúrgico.

Evolución: La paciente presentó recuperación satisfactoria con restitución del tránsito intestinal, adecuada tolerancia oral y parámetros inflamatorios en descenso. Fue dada de alta al quinto día posoperatorio, con seguimiento ambulatorio.

Conclusión: Este caso resalta la importancia de considerar la obstrucción intestinal por bridas como diagnóstico diferencial en pacientes jóvenes con antecedente de cirugía estética reciente. La intervención quirúrgica oportuna y el uso de sistemas avanzados de cierre como el VAC contribuyen significativamente a la recuperación favorable y a la prevención de complicaciones infecciosas.

RECUERDOS Y ANÉCDOTAS DEL DOCTOR HÉCTOR MARINO: SEXTA PARTE

Dr. Ricardo J. Losardo

Se relata la relación del Dr. Héctor Marino con el cirujano plástico Dr. Roberto Dellepiane-Rawson y los últimos tiempos del Servicio de Cirugía Plástica del Hospital Rawson, antes de su cierre. Se mencionan también algunos médicos de esa época, entre ellos cuatro expresidentes de la Sociedad Argentina de Cirugía Plástica (SACPER).

MI CAMINO

Dr. Manuel Alberto Sarra bayrouse

En estas líneas un cirujano plástico al final de su larga trayectoria profesional esboza algunas reflexiones sobre su camino de vida. Luego describe un episodio vivido en la atención médica con una paciente muy particular.

Summary

REVISTA ARGENTINA DE CIRUGÍA PLÁSTICA 2026;32(1):XXX. [HTTPS://DOI.ORG/10.32825/RACP/202601/XXX](https://doi.org/10.32825/RACP/202601/XXX)

TUBEROUS BREAST: ANALYSIS OF OUR EXPERIENCE

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

Tuberous breast is a malformation characterized by a contracted breast base and glandular herniation, with aesthetic and psychological impact. Its diagnosis is usually made during mammoplasty consultations. The Grolleau classification (types I-III) guides surgical treatment. This study evaluates prevalence, classification, and surgical outcomes in patients at our center. Patients who underwent breast augmentation between November 2019 and November 2024 at the Plastic Surgery Department of the Hospital Privado de Rosario were analyzed. Cases meeting Grolleau criteria for tuberous breast were included. The surgical technique included an incision in the inframammary fold or a lower periareolar incision, release of the constricting ring, and placement of round implants in a biplane configuration (subpectoralis major and subfascial in the lower third of the mammary gland). In selected cases, the areola was reduced with a round block.

Results: Of 240 patients met the criteria; Twenty-eight patients presented with tuberous breasts (11.7%). 78.6% had bilateral involvement and 21.4% unilateral. In bilateral cases, 63.6% were symmetrical and 36.4% asymmetrical. Type I predominated in unilateral cases (50%). In symmetrical bilateral cases, type I was the most frequent (71.4%), followed by type II (21.4%) and type III (7.2%). In asymmetrical cases, combinations of types I and II (75%) and III and I (25%) were observed. Most patients were between 25 and 29 years old (53.6%).

Conclusion: Tuberous breasts were present in 11.7% of patients eligible for mammoplasty, with type I being the predominant bilateral presentation. Accurate diagnosis is essential for surgical planning and avoiding unsatisfactory results. The technique used allows for safe and aesthetic correction, highlighting the importance of standardized protocols and surgical experience to optimize results.

MELANOMA IN CHILDHOOD: A CASE

Dra. Susana Ruiz, Dr. Juan José Cúculo, Dra. María T. García de Dávila

Case of a 9-year-old female patient who presented with a nevus on the dorsum of her right toe, which was removed and diagnosed as a melanocytic nevus. The pathology study revealed malignant melanoma, Clark III, Breslow 1, 2. Therefore, 20 days later, the resection was extended with a 2-cm margin. The sentinel lymph node pathology study was negative, and the resection margins were free of tumor. The follow-up was 10 years. Cured.

FACIAL RECONSTRUCTION IN AN ELDERLY PATIENT WITH SQUAMOUS CELL CARCINOMA: IMPORTANCE OF THE SURGICAL STRATEGY IN THE CHOICE OF FLAP

Dra. Julieta Czarnitzki, Dra. Margarita Castro, Dr. Guillermo Calderan

Cutaneous squamous cell carcinoma is the second most common skin malignancy and predominantly affects sun-exposed

areas, particularly the face. Surgical management requires achieving adequate oncologic margins while preserving both function and aesthetics. Local flaps play a central role in facial reconstruction, providing reliable coverage with favorable cosmetic outcomes. We report the case of an elderly patient with cheek squamous cell carcinoma treated with complete excision and immediate reconstruction using an advancement flap.

ACELLULAR DERMAL MATRICES AND BARBED SUTURES: COMBINED IMPACT ON THE REDUCTION OF HYPERTROPHIC SCARS AFTER RADICAL MASTECTOMY

Dr. Manuel Cabrera Charleston, Dra. Daniela Guadalupe Oscura Paredes, Dr. Carlos Guillermo Oaxaca Escobar

Background: Hypertrophic scarring (HS) occurs in 25–40% of patients undergoing radical mastectomy, with significant functional and psychosocial consequences. 1. Acellular dermal matrices (ADM) modulate dermal remodeling, while barbed sutures distribute closure tension evenly. Their integration may reduce HS.

Objective: To synthesize evidence published between 2014–2024 regarding the combined use of ADM and barbed sutures (ADM-B) to prevent HS after radical mastectomy.

Methods: Systematic review following PRISMA-2020. PubMed, Scopus, and Web of Science (January 2014 – April 2024). Comparative studies with ≥ 40 patients, ≥ 6 months' follow-up, and scar data (Vancouver Scar Scale [VSS] or POSAS) were included. Relative risk (RR) and weighted mean difference (WMD) were pooled using a random-effects model.

Results: Fourteen studies were included (4 RCTs, 10 cohorts; $n = 2,386$). ADM-B reduced HS incidence (VSS ≥ 6) from 28% to 12% (RR 0.43; 95% CI 0.32–0.59; $I^2 = 26\%$). The overall POSAS score improved by -6.9 points (95% CI $-8.4/-5.4$). No increase was observed in seroma (RR 1.05) or infection (RR 0.94). The BREAST-Q "chest well-being" domain improved by $+9.1 \pm 3.7$.

Conclusions: Closure with ADM plus barbed sutures after radical mastectomy significantly decreases the incidence and severity of HS without raising complication rates. Multicenter trials are warranted to standardize ADM type, suture caliber, and rehabilitation protocols.

ABDOMINAL COMPLICATION AFTER LIPOABDOMINOPLASTY: INTESTINAL OBSTRUCTION SECONDARY TO PELVIC BRIDLES. CASE REPORT

Dr. Jorge Andrés Hernández Navas, Dr. Luis Andrés Dulcey Sarmiento, Dr. Juan Sebastián Therán León, Dr. Jaime Alberto Gómez Ayala, Dr. Jaime Andrés Gómez González, Dra. Kelie Emperatriz Higuera Angulo, Dra. Yeimi Natalia Hernández

Introduction: Postoperative adhesive small bowel obstruction is a significant surgical complication, with increased incidence in patients undergoing multiple aesthetic abdominal procedures. Early recognition is crucial to prevent adverse outcomes.

Case presentation: A previously healthy 31-year-old female presented with diffuse abdominal pain, distension, vomiting, and absence of bowel movements. She had undergone

multiple cosmetic surgeries (liposculpture, abdominoplasty, gluteoplasty, and breast augmentation) 15 days prior. A contrast-enhanced CT scan revealed distended small bowel loops with a transition point in the pelvis, without signs of ischemia or perforation.

Intervention: An urgent exploratory laparotomy was performed, identifying a dense pelvic fibrous band causing angulation and obstruction of the distal jejunum. Adhesiolysis was carried out without the need for bowel resection or stoma. The abdominal wall was closed in layers, and a vacuum-assisted closure (VAC) system was employed for advanced wound management.

Outcome: The patient had a favorable postoperative course with early return of bowel function, progressive oral tolerance, and decreasing inflammatory markers. She was discharged on postoperative day five with outpatient follow-up.

Conclusion: This case highlights the importance of including adhesive small bowel obstruction in the differential diagnosis of young patients with recent cosmetic abdominal surgery. Timely surgical intervention and the use of advanced wound management systems such as VAC contribute significantly to favorable recovery and infection prevention.

MEMORIES AND ANECDOTES OF DR. HÉCTOR MARINO: PART 6

Dr. Ricardo J. Losardo

The book recounts the relationship between Dr. Héctor Marino and the plastic surgeon Dr. Roberto Dellepiane-Rawson, and the final days of the Plastic Surgery Department at Rawson Hospital before its closure. It also mentions several doctors from that era, including four former presidents of the Argentine Society of Plastic Surgery (SACPER).

MY PATH

Dr. Manuel Alberto Sarabayrouse

In these lines, a plastic surgeon at the end of his long career offers some reflections on his life's journey. He then describes an episode he experienced in medical care with a very unusual patient.

Editorial

Editorial

REVISTA ARGENTINA DE CIRUGÍA PLÁSTICA 2026;32(1):010. [HTTPS://DOI.ORG/10.32825/RACP/202601/0010-0010](https://doi.org/10.32825/RACP/202601/0010-0010)

Este editorial corresponde al período de enero-marzo, que coincide con la finalización de mi presidencia de la SACPER (abril de 2025 – abril de 2026). Durante la misma, en la *Revista Argentina de Cirugía Plástica* se han publicado los cuatro números de manera trimestral como establece el reglamento, bajo la dirección editorial del Dr. Ricardo Losardo, demostrando compromiso, capacidad y liderazgo.

En estos cuatro números se publicaron 34 trabajos de distintos temas, con las categorías de: artículos originales, de investigación, casos clínicos, educación médica, historia de la cirugía plástica, entre otros.

Participaron 34 autores de Argentina (de distintas provincias) y 27 de otros países (Colombia, Cuba, Chile, México y Venezuela). Se publicaron artículos en castellano y en portugués.

Esto demuestra la gran tarea realizada por el equipo editorial y el acompañamiento entusiasta de nuestros socios de distintas categorías al publicar en nuestra revista. Felicitaciones a todos ellos, que hacen posible que esta publicación, iniciada en 1953, se mantenga vigente.

Les recordamos a nuestros socios que este medio “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 quienes va dirigida la revista”, tal como indica el reglamento de publicaciones.

Dr. Jorge Ricardo Wetzel
Presidente SACPER (2025-2026)

Mama tuberosa: análisis de nuestra experiencia

Tuberous breast: analysis of our experience

Dr. Ernesto Moretti¹, Dra. Micaela Clerici², Dr. Sebastián Corona³,
Dr. Facundo Cáceres³, Dr. César Cordero³, Dra. Bianca Moretti⁴

RESUMEN

La mama tuberosa es una malformación caracterizada por base mamaria contraída y herniación glandular, con impacto estético y psicológico. Su diagnóstico suele hacerse durante consultas por mamoplastia. La clasificación de Grolleau (tipos I-III) guía el tratamiento quirúrgico. Este trabajo evalúa prevalencia, clasificación y resultados quirúrgicos en pacientes de nuestro centro. Se analizaron pacientes intervenidas de mamoplastia de aumento entre noviembre de 2019 y noviembre de 2024 en el Servicio de Cirugía Plástica del Hospital Privado de Rosario. Se incluyeron casos con criterios de mama tuberosa según Grolleau. La técnica quirúrgica incluyó incisión en surco submamario o por incisión periareolar inferior, liberación del anillo de constricción, colocación de implantes redondos en biplano (subpectoral mayor y subfascial en el tercio inferior de la glándula mamaria). En casos seleccionados se redujo la areola con round block.

Resultados: De 240 pacientes que presentaron criterios de inclusión, 28 presentaron mama tuberosa (11,7%). El 78,6% tuvo compromiso bilateral y 21,4% unilateral. En bilateralidad, 63,6% fueron simétricas y 36,4% asimétricas. En unilateralidad predominó el tipo I (50%). En bilateralidad simétrica, el tipo I fue el más frecuente (71,4%), seguido de tipo II (21,4%) y III (7,2%). En asimétricas, se observaron combinaciones I-II (75%) y III-I (25%). El 53,6% de las pacientes tenían entre 25 y 29 años al momento de realizarse el procedimiento quirúrgico.

Conclusión: La mama tuberosa se presentó en 11,7% de las pacientes candidatas a mamoplastia, con predominio bilateral tipo I. El diagnóstico adecuado es esencial para planificar la cirugía y evitar resultados insatisfactorios. La técnica utilizada permite una corrección segura y estética, resaltando la importancia de protocolos estandarizados y experiencia quirúrgica para optimizar resultados.

Palabras clave: mama tuberosa, deformidad congénita, mamoplastia, implantes, cirugía plástica.

ABSTRACT

Tuberous breast is a malformation characterized by a contracted breast base and glandular herniation, with aesthetic and psychological impact. Its diagnosis is usually made during mammoplasty consultations. The Grolleau classification (types I-III) guides surgical treatment. This study evaluates prevalence, classification, and surgical outcomes in patients at our center. Patients who underwent breast augmentation between November 2019 and November 2024 at the Plastic Surgery Department of the Hospital Privado de Rosario were analyzed. Cases meeting Grolleau criteria for tuberous breast were included. The surgical technique included an incision in the inframammary fold or a lower periareolar incision, release of the constricting ring, and placement of round implants in a biplane configuration (subpectoralis major and subfascial in the lower third of the mammary gland). In selected cases, the areola was reduced with a round block.

Results: Of 240 patients met the criteria; Twenty-eight patients presented with tuberous breasts (11.7%). 78.6% had bilateral involvement and 21.4% unilateral. In bilateral cases, 63.6% were symmetrical and 36.4% asymmetrical. Type I predominated in unilateral cases (50%). In symmetrical bilateral cases, type I was the most frequent (71.4%), followed by type II (21.4%) and type III (7.2%). In asymmetrical cases, combinations of types I and II (75%) and III and I (25%) were observed. Most patients were between 25 and 29 years old (53.6%).

Conclusion: Tuberous breasts were present in 11.7% of patients eligible for mammoplasty, with type I being the predominant bilateral presentation. Accurate diagnosis is essential for surgical planning and avoiding unsatisfactory results. The technique used allows for safe and aesthetic correction, highlighting the importance of standardized protocols and surgical experience to optimize results.

Keywords: tuberous breast, congenital deformity, mammoplasty, implants, plastic surgery.

REVISTA ARGENTINA DE CIRUGÍA PLÁSTICA 2026;32(1):011-022. [HTTPS://DOI.ORG/10.32825/RACP/202601/0011-0022](https://doi.org/10.32825/RACP/202601/0011-0022)

INTRODUCCIÓN

La mama tuberosa es una afección que habitualmente se diagnostica en la consulta médica, ante la planifica-

ción de una mamoplastia, sin que la paciente lo manifieste o acuda a consulta por esto. Es fundamental realizar el diagnóstico y un abordaje quirúrgico específico para que el resultado quirúrgico sea satisfactorio. De

1. Cirujano Plástico, Jefe del Servicio de Cirugía Plástica Hospital Privado Rosario. Profesor Titular de la Cátedra de Anatomía I y II, Facultad de Medicina, Universidad Abierta Interamericana (UAI), Sede Rosario, Argentina
2. Médico Residente del Servicio de Cirugía Plástica Hospital Privado Rosario. Docente de la Cátedra de Anatomía I y II, Facultad de Medicina, UAI, Sede Rosario, Argentina
3. Médico Residente del Servicio de Cirugía Plástica Hospital Privado Rosario, Argentina
4. Médico Residente del Servicio de Cirugía General Hospital Privado Rosario. Docente de la Cátedra de Anatomía I y II, Facultad de Medicina, UAI, Sede Rosario, Argentina

Lugar de realización: Hospital Privado Rosario, Roca 2440, Rosario, Argentina. Cátedra de Anatomía Humana I y II, Facultad de Medicina, UAI, sede Rosario, Argentina.

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

Los autores no declaran conflictos de intereses

Recibido: 17/11/2025 | Aceptado: 18/12/2025

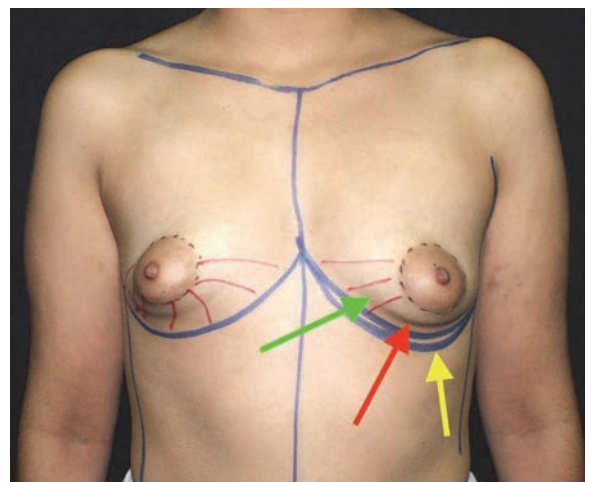


Foto 1. Paciente de 28 años con mama tuberosa grado II bilateral. Flecha amarilla: marcación del neosurco. Flecha roja: anillo constrictor de la mama tuberosa. Flecha verde: marcación de radiación de la mama para expandir el polo inferior.



Fotos 2, 3 y 4. Paciente de 26 años que presenta mama tuberosa izquierda grado II. Imagen intraoperatoria donde se observa el expansor transitorio (diseño personal: expansor sin válvula con tubuladura amplia de 3,3 mm en su interior y 5,5 mm en el exterior, lo cual facilita el llenado). Procedimiento finalizado con la colocación del implante definitivo.

hecho, esta malformación empezó a tenerse en cuenta debido a que cirujanos con experiencia referían que ciertas configuraciones anatómicas de la mama poseen dificultad a la hora de su corrección quirúrgica y provocan resultados poco predecibles¹.

Esta patología es estudiada por muchos autores y posee diferentes grados de deformidad. Varios han creado sus propias clasificaciones, pero la mayoría de los expertos utilizan la clasificación creada por Grolleau et al.² (clasificación en 3 tipos) que toma como referencia la clasificación de von Heimbrug et al.³ pero unifica los tipos II y III de dicha clasificación como tipo II al ser muy similares entre sí. Esto hace que sea una de las más sencillas y entendibles, y permite indicar rápidamente cuál es la técnica quirúrgica recomendable para cada grado.

Usualmente, las pacientes que se presentan en la consulta desconocen que poseen esta deformidad y simplemente desean tener las mamas más estéticas y/o simé-

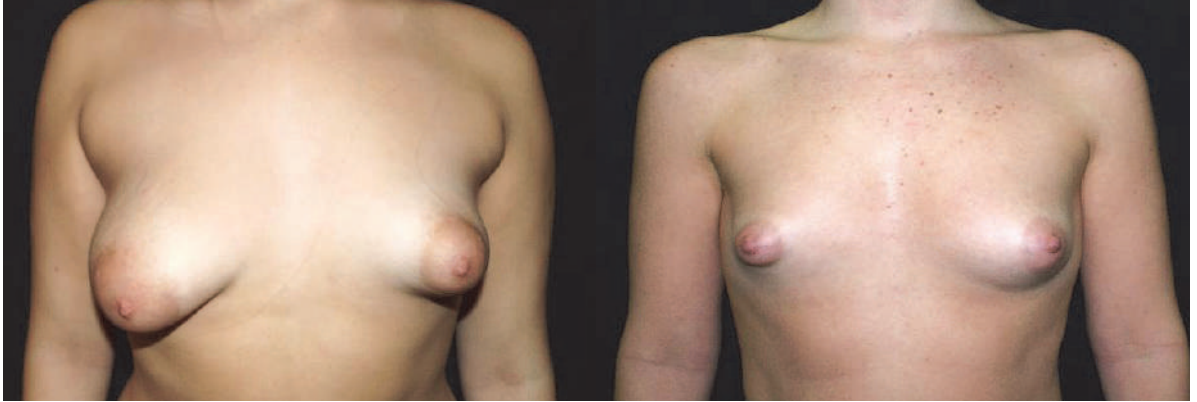


Fotos 5, 6 y 7. Mamas tuberosas bilaterales simétricas. Foto 5: Tipo I. Foto 6: Tipo II. Foto 7: Tipo III.

tricas. Es habitual que la consulta se dé a raíz de que las pacientes no se sientan cómodas consigo mismas, afectadas física y psicológicamente, y deseen consultar a un cirujano plástico⁴.

La prevalencia de esta patología no es tan conocida, ya que, como fue mencionado anteriormente, la forma de presentación es muy variable. Klinger et al. demostraron que el 48,5% (194 pacientes)⁴ de aquellas que consultaban para mamoplastia presentaban mama tuberosa, aunque en su estudio incluían a pacientes con hipertrofias mamarias. Además, destacaron que notaron un aumento en la incidencia en los últimos años⁵.

En nuestro trabajo nos proponemos estudiar la prevalencia, estandarizar la forma de realizar diagnóstico y evaluar resultados obtenidos con el objetivo de transmitir nuestra experiencia en el manejo de esta malformación.



Fotos 8 y 9. Mamas tuberosas bilaterales asimétricas.

Foto 8: Tipo I + Tipo II. Foto 9: Tipo I + Tipo III.

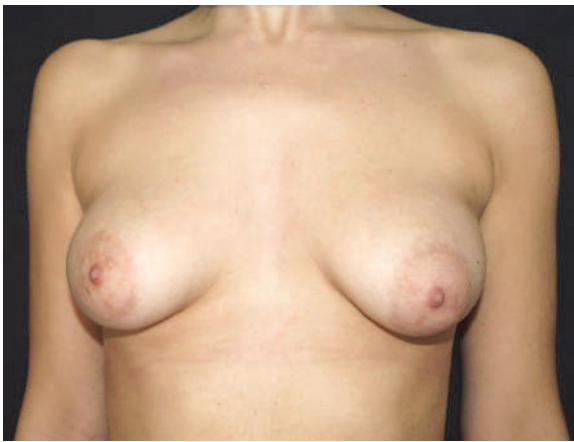


Foto 10. Mama tuberosa unilateral. Mama derecha Tipo I; mama izquierda normal.



Foto 11. Mama tuberosa unilateral. Mama derecha Tipo II; mama izquierda normal.



Foto 12. Mama tuberosa unilateral. Mama derecha Tipo III; mama izquierda normal.

ANATOMÍA Y CLASIFICACIÓN

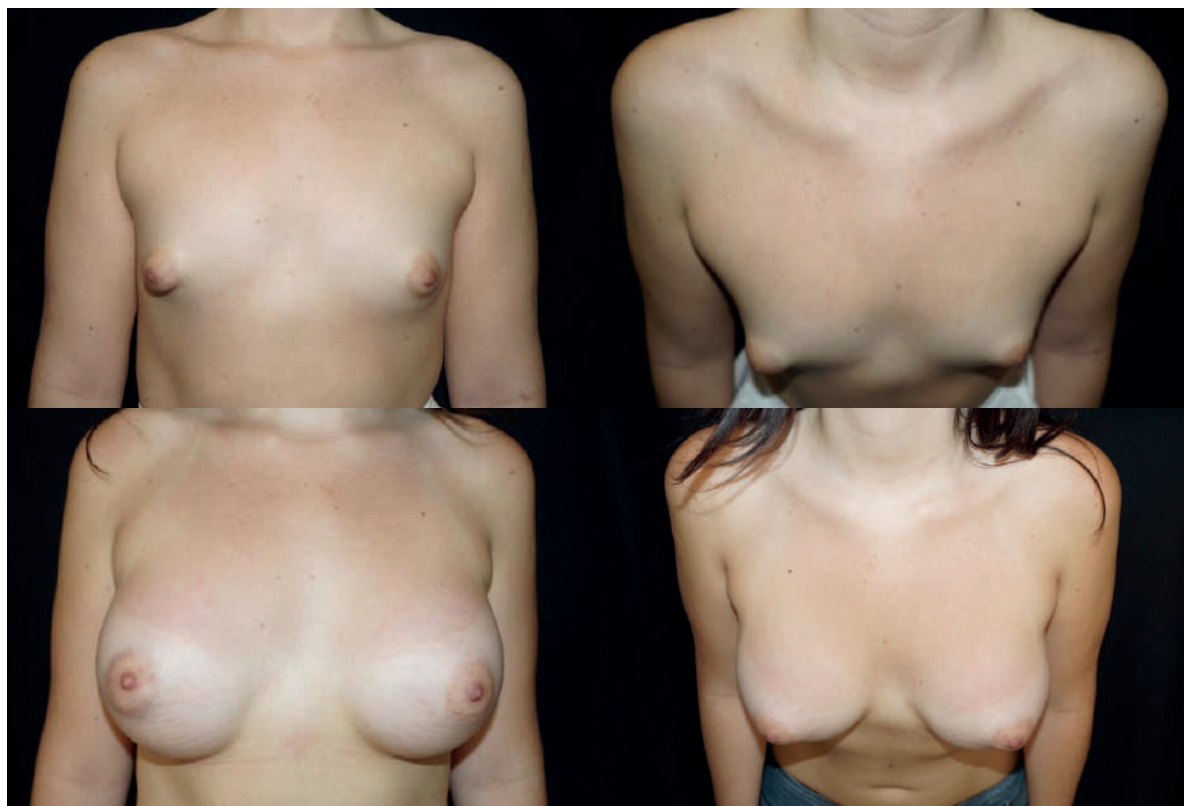
La mama tuberosa es descrita por primera vez en 1976 por Rees & Aston¹. Ellos informan sobre esta anom-

lía porque comenzaron a notar un aumento en los reportes de complicaciones y resultados poco predecibles en algunas configuraciones mamarias complejas. Esta deformidad se describe como difícil de tratar y su nombre proviene de la similitud con la raíz de un tubérculo.

Es fundamental conocer la anatomía normal de la mama, la disposición de la glándula mamaria (*glándula mammaria*, *TA*), el tejido subcutáneo, su relación con los músculos pectoral mayor (*m. pectoralis major*, *TA*) y pectoral menor (*m. pectoralis minor*, *TA*)⁶ así como la extensión o *foot print*, para poder comprender e identificar las malformaciones como la presencia de mama tuberosa.

Su etiología es desconocida hasta la fecha, pero algunos autores⁷ sospechan que es debida a la formación de un anillo fibroso en la periferia del complejo areola-pezones que no permite el desarrollo normal de la mama. También se ha podido observar que puede haber una relación genética⁸.

Los estigmas permiten dividir la alteración en 2 tipos anatómicos:



Fotos 13, 14, 15 y 16. Paciente de 31 años con mamas tuberosas simétricas Tipo I. Abordaje por surco submamario e implantes simétricos subpectorales. Control postoperatorio a los 3 meses.

1. Deficiencia de ambas dimensiones verticales y horizontales, produciendo una base concéntrica pequeña dando una mama con forma de tubérculo con un complejo areola y pezón grande con herniación del tejido mamario.
2. Una mayor deficiencia en la dimensión vertical que en la horizontal. Se describe como ptótica con el pezón apuntando hacia abajo, pero sin herniación aparente del complejo.

Existen múltiples clasificaciones. Grolleau et al.² en 1999, basándose en la clasificación de von Heimbürg, propone clasificar la mama tuberosa en 3 tipos, y es la clasificación utilizada en nuestro servicio.

- Tipo I: Deficiencia del cuadrante inferior medial. Sin importar el volumen mamario, el ángulo inferior medial en forma de S itálica y su lado contralateral parece mayor en comparación.
- Tipo II: Ambos cuadrantes inferiores son deficientes. La areola apunta hacia abajo y el segmento cutáneo subareolar es corto.
- Tipo III: Los 4 cuadrantes son deficientes y la base mamaria esta contraída horizontal y verticalmente. En formas típicas, la mama tiene la forma característica de un tubérculo, pero la glándula puede llegar a estar tan poco desarrollada que aparenta una hipoplasia severa y se hace evidente cuando la mama contralateral es típicamente tuberosa.

MATERIALES Y MÉTODOS

Se llevó a cabo un estudio tipo descriptivo de corte temporal tipo transversal, cuantitativo, observacional y retrospectivo. Se evaluaron 240 pacientes intervenidas de mamoplastia en el período comprendido entre noviembre del 2019 y noviembre del 2024 (5 años) en el Hospital Privado de Rosario. Las mismas fueron evaluadas retrospectivamente con registro fotográfico, incluyendo en el trabajo aquellas que tuvieran criterios para mama tuberosa según clasificación de Grolleau. Se evaluó técnica quirúrgica aplicada y la fotografía postoperatoria.

Existen múltiples técnicas quirúrgicas posibles, incluso variaciones entre la resolución quirúrgica de los diferentes tipos de mamas tuberosas⁹. La intervención comienza con la marcación de la paciente (**Foto 1**), que se realiza de pie, considerando el nuevo surco submamario que se planifica a 6 cm del borde areolar inferior o evaluado con el surco contralateral y la sexta costilla, línea media, línea claviclar, horquilla esternal. Además, se identifica el anillo constrictor y la zona que se va a radiar con incisiones internas para expandir el polo inferior mamario.

Siempre se realiza en primera instancia infiltración local con solución de Klein modificada (solución fisiológica NaCl 9% 300 cc, xilocaína con epinefrina 2%, ácido tranexámico 500 mg y 1 ampolla de adrenalina 1:1000) junto a la anestesia general. La incisión,



Fotos 17, 18, 19 y 20. Paciente de 25 años con mamas tuberosas simétricas Tipo I. Abordaje periareolar inferior con implantes simétricos subpectoriales. Control postoperatorio a los 2 meses.

en caso de no requerir cambiar la altura del complejo areola-pezones por tratarse de una mama ptósica, se ejecuta por el surco submamario. Esta además nos permite corregir la altura del surco submamario.

En algunos casos, debido a la hiperproyección de la areola o a diferencias de tamaño, el abordaje se realiza por vía periareolar inferior. Disecamos por planos hasta llegar a la fascia del músculo pectoral mayor y continuamos superiormente hasta alcanzar el nivel del complejo areola-pezones. Desde este punto continuamos la disección por detrás de la glándula, sobre la fascia del pectoral mayor hasta llegar a la altura del complejo areola-pezones donde se comienza a conformar un bolsillo subpectoral mayor. Por lo tanto, el bolsillo programado es biplanar.

Exteriorizamos la mitad inferior de la glándula a través de la incisión, y realizamos tres a cinco incisiones radiales, con lo que rompemos el anillo de constricción y creamos varios pilares glandulares. Esta técnica nos permitirá extender la glándula redistribuyéndola y permitiendo que se expanda sobre el implante, para lograr una forma más natural de la mama. Con el objeto de controlar esta radiación y completa liberación del anillo se coloca un expansor sin válvula de diseño personal (*sizer*)^{9,10} que permite evaluar estos cortes del anillo fibroso (también permite evaluar la posición del neosurco submamario creado (**Fotos 2, 3 y 4**).

Una vez finalizada la expansión intraoperatoria y evaluada la sección completa del anillo interno, se coloca el implante definitivo. La simetría y la ubicación del implante se logra al colocar previamente el expansor, disminuyendo el error al elegir el tamaño del implante. Se termina el procedimiento creando un nuevo surco evaluando la altura y la distancia del mismo al complejo areola-pezones con el contralateral con sutura irreabsorbible 3-0 de poliéster trenzado (Ethibond 3.0). Estos puntos se anclan al periostio costal. En caso de pacientes con megaareola, se realiza una resección periareolar y se corrige con *round block*; de esta manera, no solo reducimos la areola sin invadir el tejido mamario, sino que además genera una compresión sobre los tejidos que mejora el resultado. El *round block* se realiza con prolene 4.0. No colocamos drenajes rutinariamente. Se realiza cierre por planos con poliglecaprone (Monocryl 3.0 y 4.0). Se realiza curación compresiva y se coloca faja. La externación con frecuencia es entre 8 a 12 hs.

RESULTADOS

Se estudiaron 240 casos de pacientes que consultaron por mamoplastia de aumento, que serán analizados a continuación. En cuanto a la frecuencia de presentación, de las 240 pacientes que han consultado por mamoplastia de aumento, 28 presentaron mama tubero-

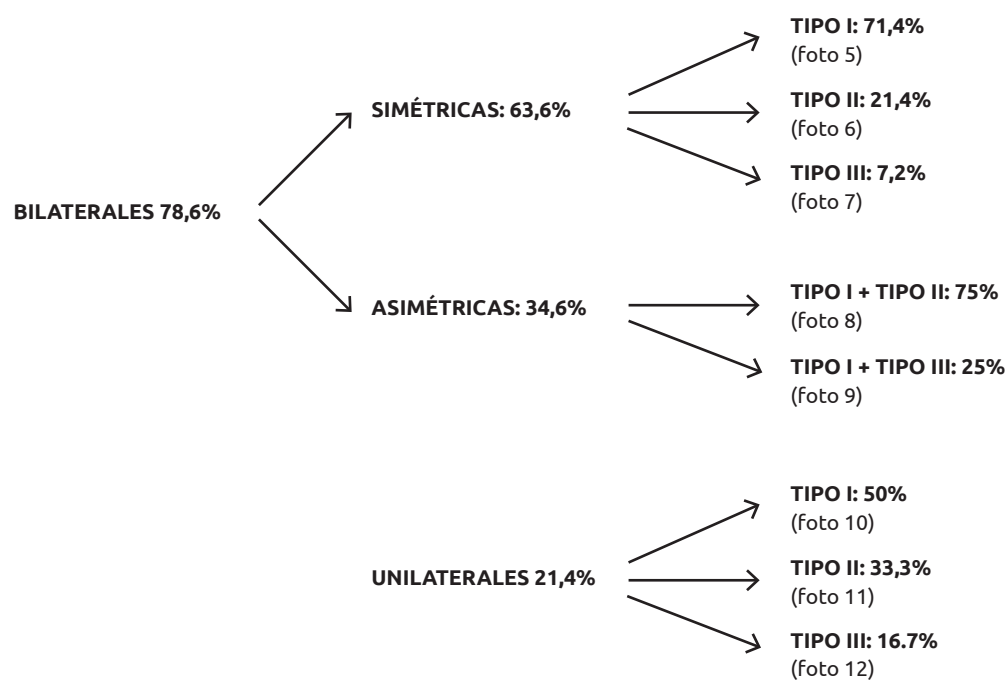
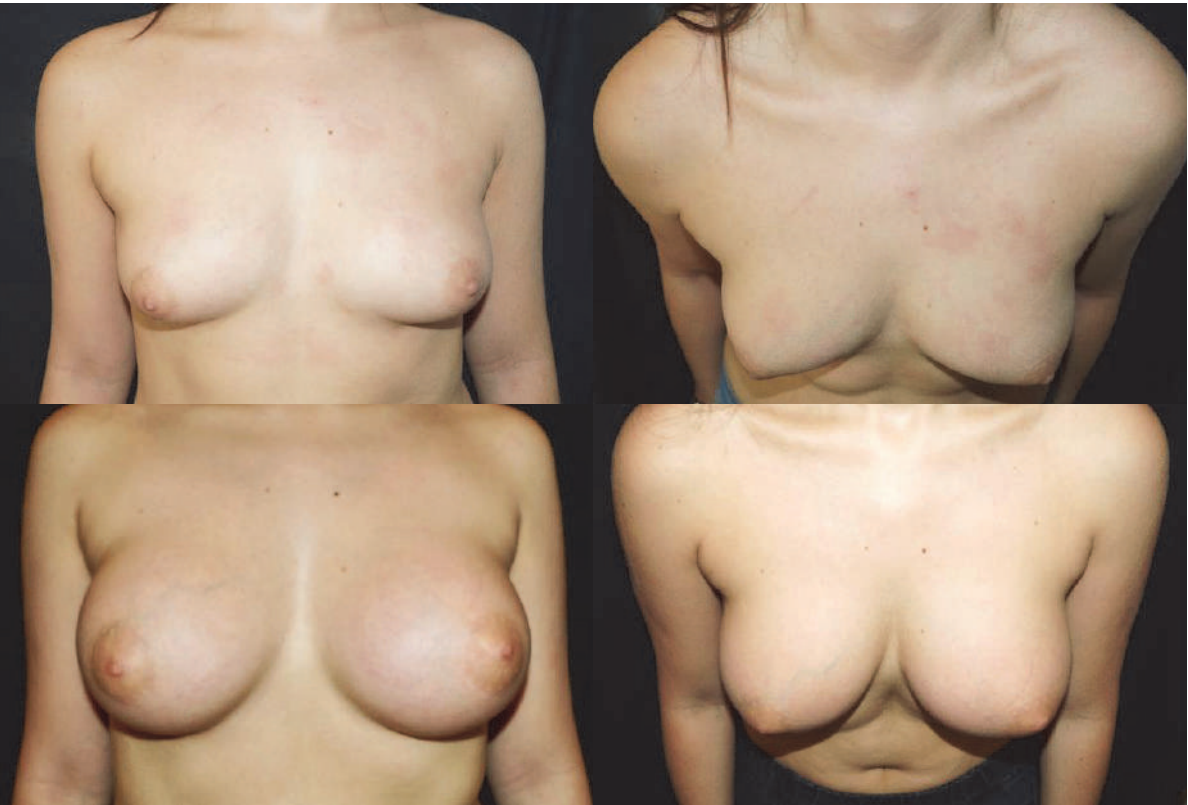


Gráfico. Resultados obtenidos. Período de la muestra: 5 años (2019-2024)
Mastoplastias de aumento: 240 pacientes.
Mamas tuberosas: 28 pacientes (11,7%).



Fotos 21, 22, 23 y 24. Paciente de 27 años con mamas tuberosas simétricas Tipo I. Abordaje por surco submamario, implantes simétricos subfasciales. Control postoperatorio a los 6 meses.



Fotos 25, 26, 27 y 28. Paciente de 28 años con mamas tuberosas simétricas Tipo II. Abordaje periareolar inferior e implantes simétricos subpectoriales. Control postoperatorio a los 3 meses.

sa. Esto equivale al 11,7% del total de las que consultan por mamoplastia de aumento. De esas 28, 22 presentaron mama tuberosa bilateral (78,6%) y 8 mama tuberosa unilateral (21,4%).

En el caso de la mama tuberosa bilateral, se debe destacar que puede ser simétrica o asimétrica, según presente el mismo o diferentes tipos de deformidad de acuerdo con la clasificación de Grolleau. Se registraron 14 casos de presentación simétrica, correspondiente al 63,6%, y 8 casos de asimetría, que representan el 36,4% del total. En 24 casos (85%) los implantes se colocaron en un doble plano (submuscular pectoral en ambos polos superiores y subfascial en los polos inferiores).

En la mama tuberosa bilateral simétrica, sobre los 14 casos, 10 presentaron el tipo I, es decir el 71,4% (**Foto 5**); 3 casos, el tipo II (21,4%) (**Foto 6**); y 1 caso, el tipo III, que representa el 7,2% (**Foto 7**). Con mama tuberosa bilateral asimétrica se registraron 8 casos. Los más frecuentes fueron los tipos I+II, con 6 casos (75%) (**Foto 8**); y 2 casos con los tipos III+I, correspondientes al 25% (**Foto 9**). No se presentaron casos con los tipos II+III.

Al momento de analizar a las pacientes que se le diagnosticó mama tuberosa, los resultados mostraron que el grupo etario con mayor frecuencia corresponde al rango de edad de 25 a 29 años, con un 53,6% del total de la muestra analizada.

En cuanto la clasificación de Grolleau para la mama tuberosa unilateral, de los 6 casos, el tipo más frecuen-

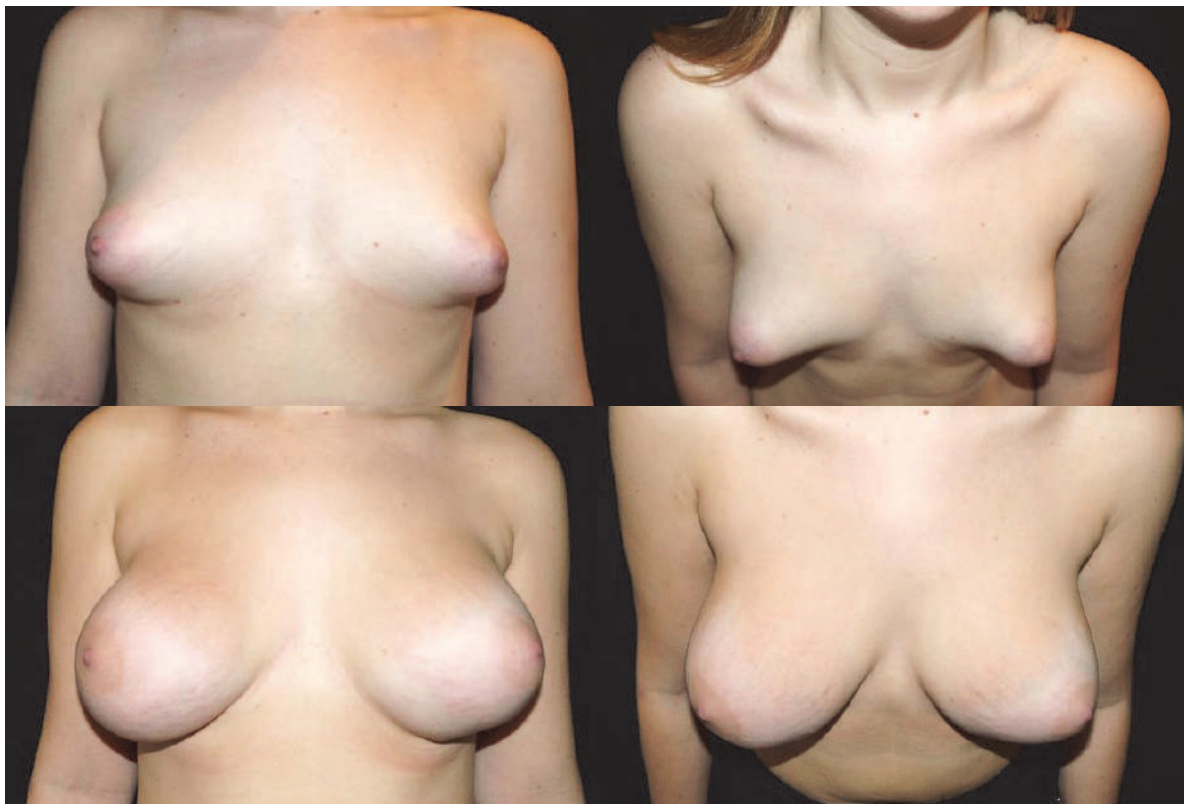
te fue el tipo I con 3 casos (50%) (**Foto 10**); le siguió tipo II con 2 casos (33,3%) (**Foto 11**), y el menos frecuente, el tipo III con 1 solo caso (16,7%) (**Foto 12**).

En cuanto a los resultados postoperatorios, podemos observar (incluso de inmediato) la corrección total de la restricción del polo inferior del tejido mamario, el reposicionamiento del surco y la restitución del tamaño del complejo areola-pezones con la consecuente simetrización en casos asimétricos.

El control se realizó a los 5 días de postoperatorio, a los 10 días y al mes. En 10 pacientes pudimos evaluar un postoperatorio más alejado (entre 6 y 18 meses) donde se observaba la mama sin estigmas de la malformación. Ninguna paciente presentó complicaciones postoperatorias inmediatas. Entre las complicaciones tardías es de notar que en algunas oportunidades en los cuadrantes inferomediales se han producido estrías. Su aparición se debe a la expansión intraoperatoria brusca. Tres de las pacientes amamantaron posterior a la cirugía sin inconvenientes. Los resultados han sido muy satisfactorios y en la consulta se ha observado conformidad completa por parte de las pacientes.

DISCUSIÓN

La mama tuberosa es una deformidad congénita del desarrollo mamario que ha sido objeto de estudio desde su descripción por Rees & Aston¹ en 1976, sobre



Fotos 29, 30, 31 y 32. Paciente de 25 años con mamas tuberosas simétricas Tipo III. Abordaje surco submamario con colocación de implantes subfasciales. Control postoperatorio a los 6 meses. Notar la presencia de estrías en los cuadrantes inferomediales debido a la expansión brusca intraoperatoria.



Fotos 33, 34, 35 y 36. Paciente de 29 años con mamas tuberosas bilaterales asimétricas Tipo II derecha y Tipo I izquierda. Abordaje periareolar round block e implantes asimétricos subpectoriales. Control postoperatorio a los 2 meses.



Fotos 37, 38, 39 y 40. Paciente de 24 años con mamas tuberosas bilaterales asimétricas Tipo III derecha y Tipo I izquierda. Abordaje periareolar inferior e implantes asimétricos subpectoriales. Control postoperatorio a los 3 meses.

todo debido a la complejidad de su tratamiento. Sin embargo, su incidencia y frecuencia no son objeto de investigación en muchos trabajos y más aún en nuestra población. Además, varían ampliamente según los distintos estudios y metodologías empleadas para su diagnóstico y tratamiento en probable relación con esto último.

La comparación de los resultados con los de otros estudios se torna dificultosa, ya que se evaluaron 41 trabajos de los últimos 48 años sobre el tema y no se hallaron publicaciones que abarquen la temática de esta forma.

Para este estudio se utilizó la clasificación de Grolleau debido a su simplicidad y amplia aceptación entre cirujanos plásticos. Esta clasificación permite diferenciar claramente los grados de deformidad y facilita la selección de la técnica quirúrgica más adecuada. En estudios previos ha demostrado ser confiable y reproducible y tiene la ventaja de que permite establecer comparaciones con otras investigaciones de manera más precisa.

En forma comparativa, nuestra investigación y casuística obtenida en 28 pacientes con mamas tuberosas coincide con la mayoría de la literatura mundial: Tipo I en un 62%, Tipo II en un 28% y Tipo III en un 10%. Con respecto al compromiso unilateral o bilateral, el trabajo de Mandrekas y Zambacos¹² menciona que en el 86% de los casos la presentación es bilateral y solo en el 13,6% es unilateral. El trabajo original de Grolleau

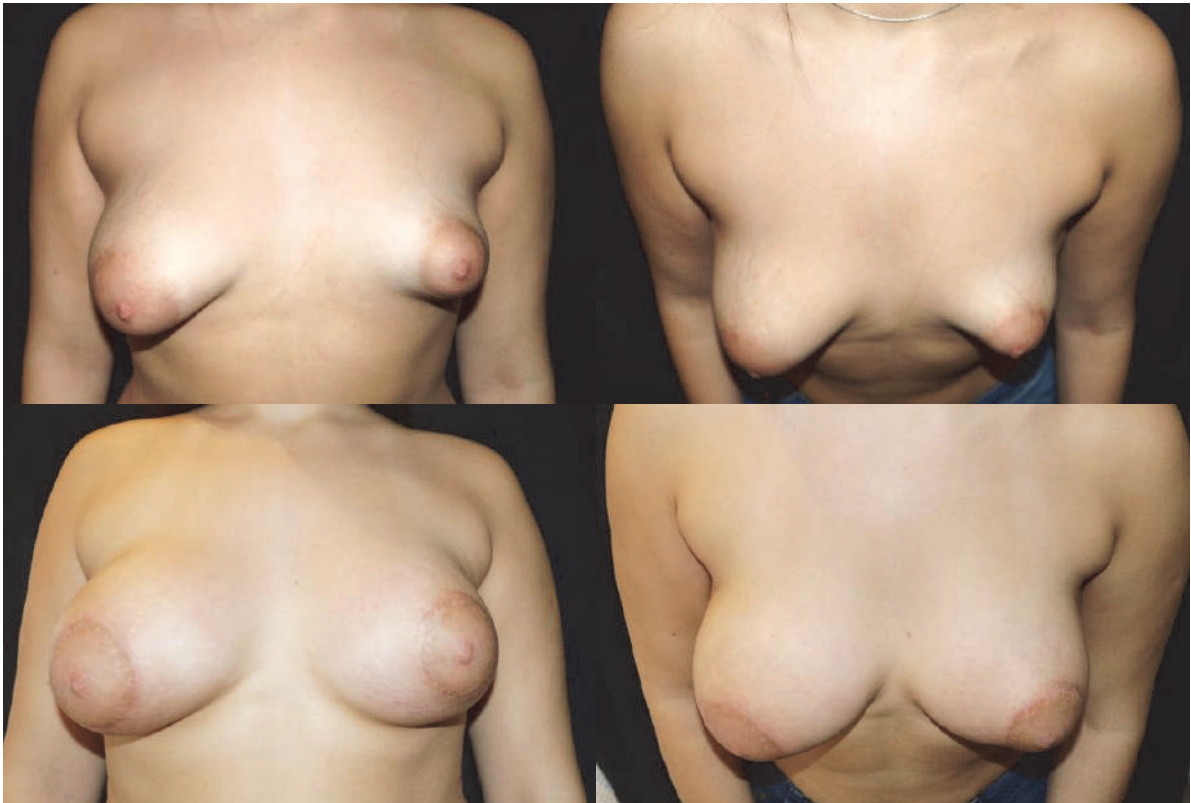
et al.² informa que en el 81% de las pacientes la afectación era bilateral. En nuestro estudio se encontró que la frecuencia de bilateralidad es de 78,6% y la unilateral es del 21,4%. Estos valores no presentan diferencias significativas desde el punto de vista estadístico con los trabajos publicados por otros autores.

Grolleau et al.² comparan los tipos de afectación por cada mama y expresan la simetría o asimetría: en el 40,5% la presentación fue simétrica y en el 59,5%, asimétrica; esto difiere de lo obtenido en nuestro estudio, en el que la simetría era del 63,6% y la asimetría correspondía al 36,4%.

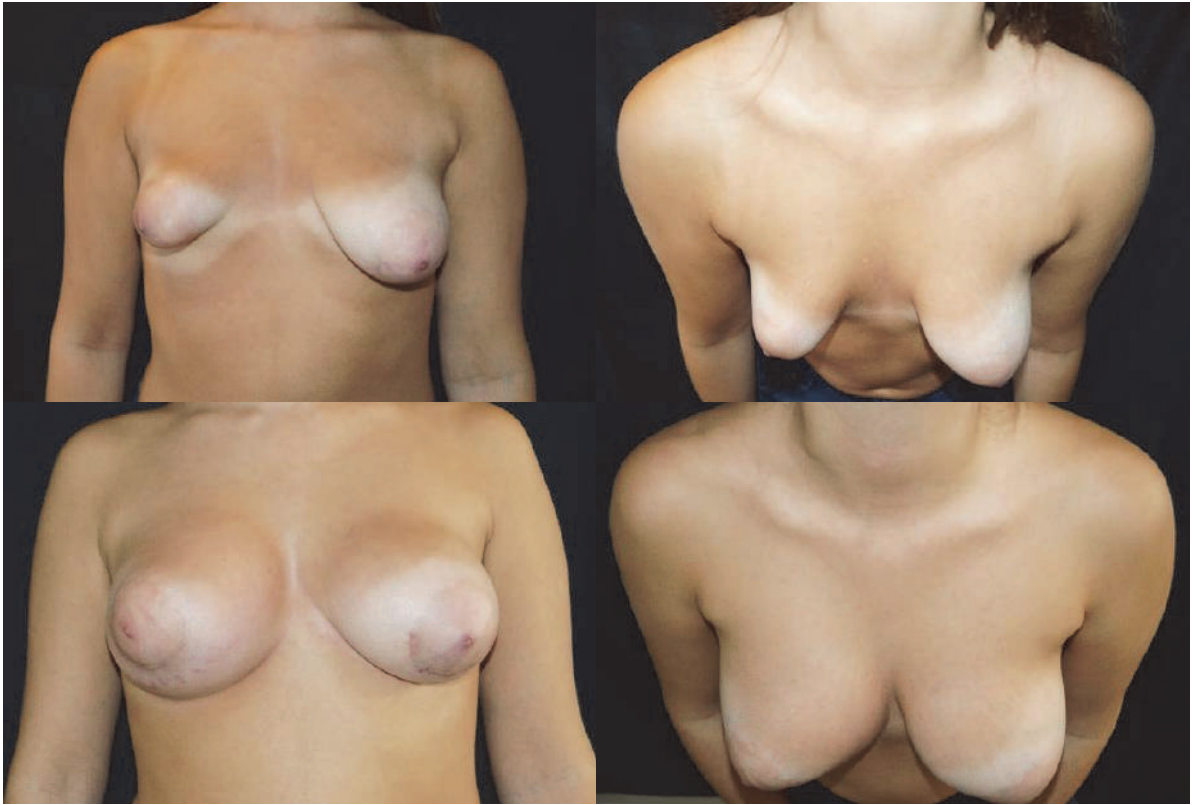
Con respecto a la prevalencia de la mama tuberosa, es importante comentar que no hay estudios al respecto en los últimos 5 años. El único trabajo publicado sobre este tema fue realizado en 2016 por Klinger et al.⁵, donde mencionan que sobre un grupo de pacientes que consultaron sobre aumento mamario primario, el 48,5% mostraba alguna característica de mama tuberosa, y la base contraída fue la presentación más frecuente. En este análisis, discrepamos de ese autor y concluimos que la mama tuberosa se presentó en el 11,7% (28 de 240 casos) de las pacientes que consultaban por mamoplastia de aumento. Esta disparidad podría explicarse por diferencias en la selección de la muestra, los criterios diagnósticos empleados o el origen geográfico de la población estudiada. Además, el estudio de Klinger incluyó pacientes con diversas cirugías mamarias, mientras que en este trabajo se analizan



Fotos 41, 42, 43 y 44. Paciente de 28 años con mama tuberosa unilateral (Tipo I derecha). Abordaje periareolar superior e implantes asimétricos subpectorales. Control postoperatorio a los 2 meses. Nótese la presencia de estrías en los cuadrantes inferomediales debido a la expansión brusca intraoperatoria.



Fotos 45, 46, 47 y 48. Paciente de 30 años con mama tuberosa unilateral (Tipo II izquierda). Abordaje periareolar round block y colocación de implantes asimétricos subfasciales. Control postoperatorio a los 6 meses.



Fotos 49, 50, 51 y 52. Paciente de 23 años con mama tuberosa unilateral Tipo III derecha. Abordaje periareolar inferior con colocación de implantes asimétricos subfasciales. Control postoperatorio a los 6 meses.

exclusivamente pacientes con indicación de mamoplastia de aumento, lo que podría generar un sesgo en los resultados.

En cuanto a la técnica quirúrgica, la simple colocación de un implante detrás de la mama malformada puede generar un defecto mayor, ya que se marca el nivel hasta donde llega la glándula por su surco más alto, dando como resultado el signo de doble burbuja, o se marca aún más el anillo constrictor. Diferentes autores han propuesto técnicas diversas para la corrección de esta malformación. Algunos utilizan técnicas simples y tradicionales, con secciones radiadas de la mama¹¹⁻¹³, incluyendo o no la utilización de implantes anatómicos; otros en ocasiones acuden a técnicas más complejas, secciones menos tradicionales, e incluso colgajos de tejido mamario para corrección de volumen¹⁴.

En nuestro caso, consideramos que la técnica seleccionada debe ofrecer la posibilidad de corrección de la malformación, con la menor complejidad, disminuyendo así las complicaciones posibles. Lo fundamental en términos generales es realizar sección de la banda de constricción, lo que mejora en muchos casos la herniación del tejido glandular, en combinación con la corrección quirúrgica de la areola cuando sea necesario y el descenso del surco mamario. El uso de expansores intraoperatorios diseñados permite la ubicación correcta del implante cuando los surcos son asimétricos. Además, permite controlar la sección del anillo de constricción disminuyendo las complicaciones o ma-

los resultados. El abordaje para la cirugía ha de ser elegido en base a cada caso particular, proyección de los complejos, tendencia a la ptosis o ubicación del neosurco proyectado. Lo mismo ocurre con la ubicación submuscular pectoral o subfascial. En nuestra experiencia hemos empleado de preferencia la ubicación del implante en biplano (subpectoral superior y subfascial inferior) con buenos resultados. El motivo de elección de dicho plano es una mejor presión del implante sobre el nuevo surco submamario, disminución de la posibilidad de contractura capsular y disminución de la proyección del polo superior por compresión muscular. Además, permite un mejor control mamográfico a largo plazo. Así todo, cada cirujano se debe basar en su experiencia previa, así como la planificación con el objeto de llegar al mejor resultado posible.

CONCLUSIÓN

La mama tuberosa es una deformidad con una frecuencia relativamente alta en las pacientes que consultan por mamoplastia de aumento (11,7%). El tipo bilateral simétrico es el más frecuente. En nuestro ambiente se observó que, en cada mama tuberosa, el tipo I es el más frecuente con el 62%. Con estos datos podemos evidenciar que, con su frecuencia alta, el menor grado de deformidad es el más frecuente.

Es fundamental en la consulta advertir la presencia de esta característica, para planificar correctamente la ci-

rugía y poner en conocimiento a la paciente. De modo contrario puede fracasar la cirugía, ya sea por falta de corrección o por decepción por parte de la paciente. Finalmente, es fundamental tener las herramientas quirúrgicas para poder resolver la cirugía de la mejor

manera. El uso de expansores intraoperatorios evita la elección apresurada del implante, logrando disminuir la asimetría, así como también permite un mayor control sobre el anillo constructor de esta malformación.

BIBLIOGRAFÍA

1. Rees TD, Aston SJ. The Tuberous Breast. *Clin. Plast. Surg.* 1976 April;3(2):339-47. doi: 10.1016/S0094-1298(20)30232-7.
2. Grolleau JL, Lanfrey E, Lavigne B, Chavoin JP, Costagliola M. Breast base anomalies: treatment strategy for tuberous breasts, minor deformities, and asymmetry. *Plast. Reconstr. Surg.* 1999 Dec;104(7):2040-8. doi: 10.1097/00006534199912000-00014.
3. Von Heimburg D, Exner K, Krufft S, Lemperle G. The tuberous breast deformity: classification and treatment. *Br. J. Plast. Surg.* 1996 Sep;49(6):339-45. doi: 10.1016/S0007-1226(96)90000-4.
4. Donnenfeld JL, Nuzzi LC, McNamara CT, White AG, Labow BI. The Impact of Tuberous Breast on Adolescents: A Cross-sectional Study. *Plast. Reconstr. Surg. Glob. Open.* 2024 Jan;12(1):e5530 doi: 10.1097/GOX.0000000000005530.
5. Klinger M, Caviggioli F, Giannasi S, Bandi V, Banzatti B, Veronesi A, et al. The Prevalence of Tuberous/Constricted Breast Deformity in Population and in Breast Augmentation and Reduction Mammoplasty Patients. *Aesthetic Plast. Surg.* 2016 Aug;40(4):492-6. doi: 10.1007/s00266-016-0650-9.
6. International Federation of Associations of Anatomist, Federative Committee of anatomical Technology, Sociedad Anatómica Española. Terminología Anatómica. Buenos Aires, Argentina. Editorial Médica Panamericana; 2001.
7. Mandrekas AD, Zambacos GJ, Anastasopoulos A, Hapsas D, Lambri-naki N, Ioannidou-Mouzaka L. Aesthetic reconstruction of the tuberous breast deformity. *Plast. Reconstr. Surg.* 2003 Sep;112(4):1099-109. doi: 10.1097/01.PRS.0000076502.37081.28.
8. Dessy LA, De Santo L, Onesti MG, Fallico N, Mazzocchi M. Tuberous breast and predisposition to breast deformity in consanguineous. *Breast J.* 2017 May;24(1):51-4. doi: 10.1111/tbj.12834.
9. Moretti E. Uso de expansores tisulares a modo de soporte cutáneo. Presentación de un nuevo dispositivo. *Cir. Plast. Iberolatinoam.* Vol 41 – n1 pag 21-32, 2015.
10. Moretti E. Breast Reconstruction - Conceptual Evolution. Capítulo: Toracoabdominal Flaps for Breast Reconstruction: Different Types and classification. Editorial: D01: 10.5772/intechopen.112912. Londres, Inglaterra. 2023.
11. Di Pietro, c. Mama tuberosa: clasificación y alternativas quirúrgicas en los últimos años. *Revista Argentina De Cirugía Plástica* 2018;24(2):88-94. DOI/10.32825/RACP/201802/0088-0094.
12. Mandrekas AD, Zambacos GJ. Aesthetic reconstruction of the tuberous breast deformity: a 10-year experience. *Aesthet. Surg. J.* 2010 Sep;30(5):680-92. doi: 10.1177/1090820X10383397.
13. Oroz Torres J. Reconstrucción de la mama tuberosa. Servicio de Cirugía Plástica y Reparadora Hospital Virgen del Camino. *An. Sist. Sanit. Navar.* 2005 Vol. 28, Suplemento 2.
14. Palacin Casal, J.M.. Mamoplastia transversal en mamas tuberosas. *Cir. Plást. Iberolatinoam.* 2011, vol.37, n.3 [citado 2025-08-24], pp.205-214. doi: 10.4321/S0376-78922011000300001.

Melanoma en la infancia: un caso

Melanoma in childhood: a case

Dra. Susana Ruiz¹, Dr. Juan José Cúculo², Dra. María T. García de Dávila³

RESUMEN

Se presenta el caso de una paciente femenina de 9 años que consulta por nevus de dorso del dedo de pie derecho, extirpado con diagnóstico de nevus melanocítico. El estudio patológico informa melanoma maligno, Clark III, Breslow 1,2. Por lo cual a los 20 días se amplía la resección con margen de 2 cm. El estudio anatomopatológico de ganglio centinela fue negativo y los márgenes de resección libres de tumor. Seguimiento a los 10 años: curada.

Palabras clave: melanoma, cirugía plástica oncológica, cirugía plástica infantil.

ABSTRACT

Case of a 9-year-old female patient who presented with a nevus on the dorsum of her right toe, which was removed and diagnosed as a melanocytic nevus. The pathology study revealed malignant melanoma, Clark III, Breslow 1.2. Therefore, 20 days later, the resection was extended with a 2-cm margin. The sentinel lymph node pathology study was negative, and the resection margins were free of tumor. The follow-up was 10 years. Cured.

Keywords: melanoma, oncologic plastic surgery, pediatric plastic surgery.

REVISTA ARGENTINA DE CIRUGÍA PLÁSTICA 2026;32(1):023-025. [HTTPS://DOI.ORG/10.32825/RACP/202601/0023-0025](https://doi.org/10.32825/RACP/202601/0023-0025)

INTRODUCCIÓN

Los tumores primarios malignos de piel son extremadamente raros en la población pediátrica¹.

Dentro de ellos, el más común es el melanoma, que puede aparecer sobre un nevus previo congénito o adquirido, nevus melanocítico gigante, o en un paciente con inmunosupresión.

En el grupo de entre 1-19 años, el melanoma es más frecuente en las edades de 10-19 años².

Los melanomas cutáneos congénitos son de elevada mortalidad.

La incidencia de melanoma ha aumentado en los adultos en las últimas décadas y también en los adolescentes^{3,4}.

CASO CLÍNICO

Paciente de 9 años, sin antecedentes patológicos, que consulta por nevus melanocítico en dorso de 4to dedo del pie derecho (**Foto 1**) al servicio de Cirugía Plástica en Fundación Hospitalaria. Se extirpa en block con

margen de 3 mm, se envía a estudio anatomopatológico y se reconstruye con injerto de piel total (**Foto 2**).

Diagnóstico presuntivo: nevo melanocítico.

La histología informó: melanoma maligno en fase de crecimiento vertical, Clark III, Breslow 1,2 mm., sin ulceración, tamaño tumoral 1,5 cm por 0,9 cm. Margen de resección 0,3 cm de la lesión.

Veinte días después se realizó ampliación de los márgenes quirúrgicos, resección con margen oncológico de 2 cm alrededor del injerto colocado sobre área del nevus, amputación de 4to dedo y resección de dorso del 3ero y área interdigital del 3ero y 5to dedo (**Fotos 3 y 4**).

Injerto con piel total del área cruenta (**Foto 5**).

Además, exéresis del ganglio centinela por inguinotomía y mapeo con gamma probe. La histología del ganglio linfático no evidenció neoplasia con técnicas convencionales ni con anticuerpos monoclonales

1. Médica especialista en Cirugía Plástica. Miembro titular SACPER. Ex Jefa del Servicio de Cirugía Plástica y de la División de Cirugía del Hospital de Niños "Ricardo Gutiérrez" de Buenos Aires. Profesora Consultora de la carrera de postgrado en Cirugía Plástica de la Universidad del Salvador (USAL).
2. Médico especialista en Cirugía Plástica. Miembro titular SACPER.
3. Médica especialista en Anatomía Patológica.

Trabajo del equipo quirúrgico-anatomopatológico de Fundación Hospitalaria (Hospital Privado de Niños, años 2006-2014), Buenos Aires.

✉ **Correspondencia:** Dra. Susana Ruiz. sruiz@intramed.net; Dr. Juan José Cúculo. jotacplast@gmail.com

Los autores no declaran conflictos de intereses

Recibido: 23/06/2025 | Aceptado: 18/12/2025



Foto 1. Preoperatorio con diagnóstico de nevus melanocítico del 4to dedo del pie derecho. Edad 9 años. Sexo femenino.



Foto 2. Postoperatorio a los 20 días de la resección del nevus melanocítico del 4to dedo del pie derecho con injerto de piel total, prendido 100%. Edad 9 años. Sexo femenino.



Foto 3. Preoperatorio del 2do tiempo quirúrgico, ampliación de resección por melanoma Breslow 1,2 y Clark III, marcado del lado dorsal con margen de 2 cm. Edad 9 años. Sexo femenino.



Foto 4. Intraoperatorio de la resección ampliada con diagnóstico de melanoma, marcado plantar. Edad 9 años. Sexo femenino.

(HMB45 y Melan A). Los márgenes de la resección ampliada estaban libres de lesión.

Evolución: control quirúrgico 30 días, sin complicaciones.

Oncología pediátrica: Control durante 10 años, sin otro tratamiento (Dra. Blanca Diez) en Sanatorio Bazzterrica.

DISCUSIÓN

El estudio del *National Cancer Data Base* sobre 3.158 pacientes de entre 1 y 19 años con melanoma maligno efectuado por Lange concluyó que el 96,3% tenía melanomas cutáneos que eran, según edades, de 1-4 años, 3,8%; de 5-9 años, 5,7%; de 10-14 años, 17,3%; y de 15-19 años, 73,2%. Asimismo, la sobrevida en todos los estadios de melanoma maligno era peor en los niños de 1-9 años que los de 10-24 años.



Foto 5. Postoperatorio inmediato, de ampliación por diagnóstico de melanoma. Resección del 4to dedo y preparación de injerto de piel total fenestrada y del apósito atado. Edad 9 años. Sexo femenino.

En los casos de melanoma invasivo local, la sobrevida entre los 1-19 años no estaba afectada por el grosor del tumor (>1,5 mm), a diferencia de los adultos jóvenes.

Algunas lesiones melánicas son atípicas.

En los 14 casos del Hospital de Niños de Toronto, estos tenían más afectados los miembros inferiores y la cara. En 11 de ellos, fue estudiado el ganglio centinela por tener más de 0,75 mm de espesor, y 63% resultaron positivos.

CONCLUSIÓN

El diagnóstico tardío en los niños obedece a su rareza y baja sospecha.

La forma más común de la presentación de un melanoma cutáneo (35,7%) es el cambio de las características de la lesión de un nevus preexistente, ABCD (asimetría, bordes, color y diámetro).

El tratamiento desde el estadio 0-III es la cirugía. Con iguales parámetros que el adulto.
La biopsia del ganglio centinela ha sido integrada al tratamiento primario del melanoma como en los adultos.

Agradecimiento: al personal del Archivo de Historias Clínicas de la Fundación Hospitalaria (Hospital Privado de Niños).

BIBLIOGRAFÍA

1. Naasan A, Al Nafussi AD, Quaba A. Cutaneous malignant melanoma in children and adolescent in Scotland. *Plast. Reconstr. Surg.* Vol 98(3), Sept 1996,442-446.
2. Bader JLO, Li FP, Olmstead PM, Strickman N, Green DM. Childhood malignant melanoma: incidence and etiology. *Am. J. Pediatr. Hemato. Oncol.* 7:341, 1985.
3. Slade AD, Austin MT. Childhood melanoma: an increasingly important health problem in the U.S.A. *Current Opinion. Pediatr.* 2014 Jun; 26 (3): 356-361
4. *Epidemiology skin cancer. Adv. Exp. Med. Biol.* 2014.810. 120-140.
5. Lu C, Zhang J, Nagahawatte P, Easton J, et al. *Journal Invest. Dermatol.* 2015Mar; 135 (3); 816-23. The genomic landscape of children and adolescent melanoma.
6. Drwierzynski, W.W. Management malignant melanoma. *Plast. Reconstr. Surg.* 2013 Sept, 132 (3); 446-60E. Erratum in *Plast. Reconstr. Surg.* 2014 Mar.; 133 (3): 762.

Reconstrucción facial en paciente añoso con carcinoma escamoso: importancia de la estrategia quirúrgica en la elección del colgajo

Facial reconstruction in an elderly patient with squamous cell carcinoma: importance of the surgical strategy in the choice of flap

Dra. Julieta Czarnitzki^{1,4}, Dra. Margarita Castro^{2,4}, Dr. Guillermo Calderan^{2,3,4}

RESUMEN

El carcinoma escamoso cutáneo es el segundo tumor maligno de piel más frecuente y afecta predominantemente áreas foto expuestas, en particular la región facial. Su tratamiento quirúrgico implica el desafío de lograr márgenes oncológicos adecuados sin comprometer la función ni la estética. Los colgajos locales constituyen una herramienta fundamental para la reconstrucción facial, permitiendo resultados confiables con bajo índice de complicaciones. Se presenta el caso de una paciente añosa con carcinoma escamoso de mejilla tratado mediante resección completa y reconstrucción inmediata con colgajo de avance.

Palabras clave: carcinoma escamoso cutáneo, reconstrucción facial, márgenes oncológicos, colgajo de avance.

ABSTRACT

Cutaneous squamous cell carcinoma is the second most common skin malignancy and predominantly affects sun-exposed areas, particularly the face. Surgical management requires achieving adequate oncologic margins while preserving both function and aesthetics. Local flaps play a central role in facial reconstruction, providing reliable coverage with favorable cosmetic outcomes. We report the case of an elderly patient with cheek squamous cell carcinoma treated with complete excision and immediate reconstruction using an advancement flap.

Keywords: Cutaneous squamous cell carcinoma; facial reconstruction; oncologic margins; advancement flap.

REVISTA ARGENTINA DE CIRUGÍA PLÁSTICA 2026;32(1):026-029. [HTTPS://DOI.ORG/10.32825/RACP/202601/0026-0029](https://doi.org/10.32825/RACP/202601/0026-0029)

INTRODUCCIÓN

El carcinoma escamoso cutáneo es el segundo tumor maligno de piel más frecuente y presenta una marcada predilección por las áreas fotoexpuestas, especialmente la cara, lo que lo convierte en una patología de alta relevancia en la práctica quirúrgica diaria¹. Su localización facial representa un desafío, ya que requiere obtener márgenes oncológicos adecuados sin comprometer la función ni la estética.

La cara se divide en unidades estéticas bien definidas, cuyo conocimiento resulta fundamental al planificar la reconstrucción, permitiendo disimular cicatrices y preservar la armonía facial². Dentro de estas unidades, la mejilla constituye una de las regiones más extensas y frecuentemente comprometidas por neoplasias cutáneas, por lo que la elección del colgajo debe individualizarse según el tamaño y la localización del defecto².

Asimismo, la laxitud cutánea y el contorno facial varían de acuerdo con la edad y el sexo, otorgando diferentes posibilidades de movilización tisular. Este aspecto es particularmente relevante en las subunidades infraorbitaria y cigomática, donde la cercanía al párpado inferior obliga a extremar los recaudos para evitar complicaciones como el ectropión y preservar la simetría facial².

DESCRIPCIÓN DEL CASO

Paciente femenina de 94 años, con lesión ulcerada, granular y sangrante en región malar izquierda de aproximadamente 2 cm de diámetro, de seis meses de evolución (**Figura 1**). La biopsia incisional informó carcinoma escamoso cutáneo.

Se realizó resección amplia de la lesión con márgenes oncológicos, los cuales fueron confirmados intraoperatoriamente mediante estudio por congelación, obteniéndose un defecto cutáneo de aproximadamente 4 cm de diámetro (**Figuras 3 y 4**). Para la reconstrucción se diseñó un colgajo de avance local, respetando las líneas de tensión cutánea. Se efectuó disección en plano subcutáneo, avance del colgajo hacia el defecto y cierre por planos (**Figuras 4, 5 y 6**).

La evolución postoperatoria fue favorable, con adecuada vitalidad del colgajo y resultado estético-funcional satisfactorio (**Figuras 7, 8, 9 y 10**). El informe anatómopatológico definitivo confirmó carcinoma escamo-

1. Residente de Cirugía General.

2. Cirujana Plástica.

3. Miembro adherente SACPER y Jefe de Servicio de Cirugía Plástica Policlínico del Docente.

4. Servicio de Cirugía Plástica, Policlínico del Docente – CABA, Argentina.

✉ **Correspondencia:** Dra. Julieta Czarnitzki. julietaczarnitzki@gmail.com



Figura 1. Carcinoma escamoso en mejilla.



Figura 2. Esquema preoperatorio y marcación de margen de seguridad.



Figura 3. Carcinoma escamoso exofítico. Marcación en hora 12. Lodge quirúrgica previa a resección de lesión.



Figura 4. Carcinoma resecao previa confección de colgajo de avance. La anatomía patológica por congelación confirmó la resección total de la lesión con márgenes libres.

so acantolítico de 2,2×1,7×1,6 cm, con lesión central ulcerada de 1,3 cm de diámetro, márgenes laterales y profundo libres.

DISCUSIÓN

La resección de carcinomas escamosos en la cara plantea el desafío de alcanzar un adecuado control oncológico sin alterar la armonía facial. En este contexto, los colgajos locales constituyen una herramienta reconstructiva fundamental, ya que permiten utilizar tejidos adyacentes con características similares de color, textura y espesor³. Los colgajos de avance representan una técnica sencilla, versátil y confiable para la reconstrucción de defectos pequeños a medianos en la región facial, ofreciendo una excelente vascularización y resultados estéticos satisfactorios, con un bajo índice de complicaciones cuando se respetan los principios anatómicos^{3,4}.

El conocimiento detallado de la anatomía facial resulta imprescindible para una adecuada planificación reconstructiva. Entre los principales factores a considerar en la elección del colgajo se incluyen el tamaño del defecto, su localización y la laxitud tisular disponible. Los colgajos de avance suelen presentar una relación largo-ancho de 2:1 o incluso 1:1; sin embargo, pueden generar excesos cutáneos conocidos como “orejas de perro”, los cuales deben ser previstos y corregidos mediante técnicas complementarias como la escisión de triángulos de Burow^{3,5}.

En el caso presentado, el colgajo de avance permitió una adecuada cobertura cutánea, con una cicatriz alineada a las líneas de tensión natural de la piel, aprovechando la laxitud tisular adyacente y preservando la simetría facial. A pesar del compromiso inicial del párpado inferior, la paciente evolucionó favorablemente con manejo conservador, sin presentar complicaciones mayores.

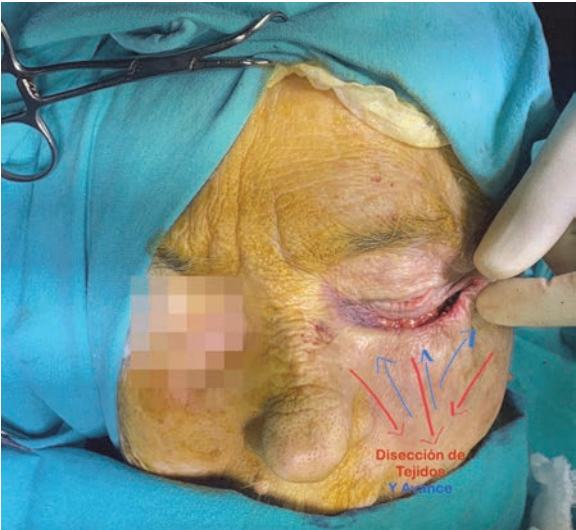


Figura 5. Dissección y diseño del colgajo de avance.



Figura 6. Confección de colgajo de avance.



Figura 7. Primera semana postoperatoria. Edema, hematoma y ectropión.



Figura 8. Segunda semana postoperatoria. Resolución del hematoma. Edema y ectropión en mejoría.

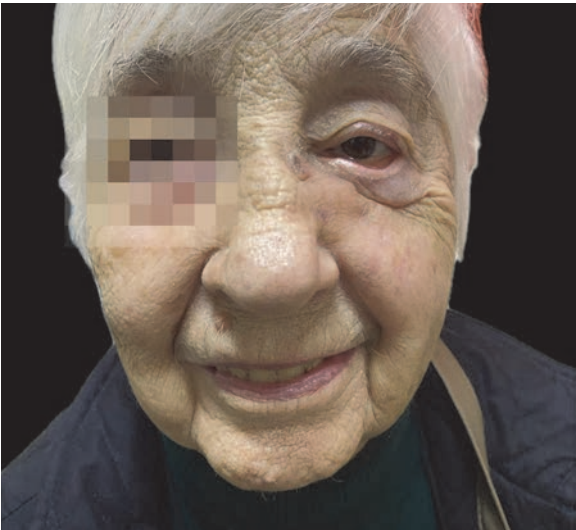


Figura 9. Tercera semana postoperatoria.

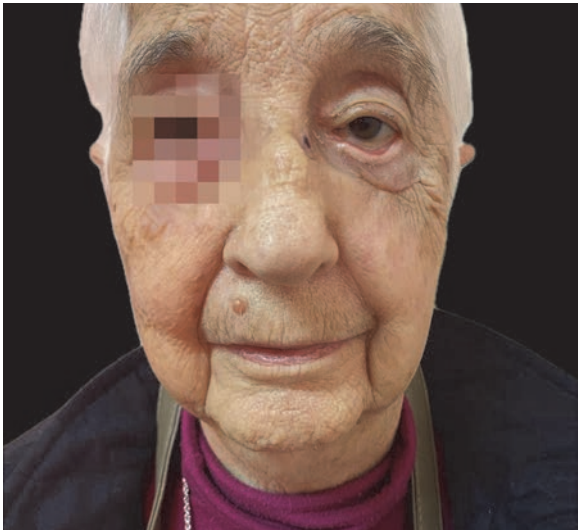


Figura 10. Resultado satisfactorio.

CONCLUSIÓN

El colgajo de avance constituye una alternativa reconstructiva eficaz y confiable para la reparación de defectos en la mejilla posteriores a la resección oncológica,

permitiendo un adecuado control tumoral y resultados estéticos y funcionales satisfactorios. Su simplicidad técnica, reproducibilidad y bajo índice de complicaciones lo posicionan como una opción de primera línea en pacientes añosos con carcinoma escamoso facial^{3,4}.

BIBLIOGRAFÍA

1. Alam M, Armstrong A, Baum C, Bordeaux JS, Brown M, Busam KJ, et al. Guidelines of care for the management of cutaneous squamous cell carcinoma. *J Am Acad Dermatol*. 2018;78(3):560-578.
2. Unidad estética de la mejilla: retos en su reconstrucción. *Piel (Barc)*. 2024.
3. Baker SR. *Local flaps in facial reconstruction*. 3rd ed. Elsevier; 2014.
4. Park SS. Flap techniques for facial reconstruction. *Facial Plast Surg Clin North Am*. 2017;25(3):347-356.
5. Cortés A, Cartes-Velásquez R, Ramírez V. Uso de colgajos locales en cirugía bucal. *Int J Odontostomat*. 2021;15(2):285-293.

Matrices dérmicas acelulares y suturas barbadas: impacto combinado en la reducción de cicatrices hipertróficas después de una mastectomía radical

Acellular dermal matrices and barbed sutures: combined impact on the reduction of hypertrophic scars after radical mastectomy

Dr. Manuel Cabrera Charleston¹, Dra. Daniela Guadalupe Oscura Paredes², Dr. Carlos Guillermo Oaxaca Escobar³

RESUMEN

Antecedentes: La formación de cicatrices hipertróficas (CH) ocurre en el 25-40% de los pacientes intervenidos de mastectomía radical, con consecuencias funcionales y psicosociales significativas. Las matrices dérmicas acelulares (MDA) modulan la remodelación dérmica, mientras que las suturas barbadas distribuyen la tensión del cierre de manera uniforme. Su integración podría reducir la incidencia de CH.

Objetivo: Sintetizar la evidencia publicada entre 2014–2024 respecto al uso combinado de MDA y suturas barbadas (MDA-B) para prevenir la formación de CH después de mastectomía radical.

Métodos: Revisión sistemática siguiendo PRISMA-2020. Se consultaron PubMed, Scopus y Web of Science (enero 2014 – abril 2024). Se incluyeron estudios comparativos con ≥ 40 pacientes, ≥ 6 meses de seguimiento y datos de cicatriz (Vancouver Scar Scale [VSS] o POSAS). El riesgo relativo (RR) y la diferencia media ponderada (DMP) se agruparon mediante modelo de efectos aleatorios.

Resultados: Se incluyeron catorce estudios (4 ECA, 10 cohortes; $n=2.386$). El uso de MDA-B redujo la incidencia de CH (VSS ≥ 6) de 28% a 12% (RR=0,43; IC95%: 0,32-0,59; $I^2=26\%$). La puntuación global de POSAS mejoró en $-6,9$ puntos (IC95%: $-8,4/-5,4$). No se observó incremento en seroma (RR=1,05) ni en infección (RR=0,94). El dominio "bienestar torácico" del cuestionario BREAST-Q mejoró en $+9,1 \pm 3,7$.

Conclusiones: El cierre con MDA más suturas barbadas después de mastectomía radical disminuye significativamente la incidencia y severidad de las CH sin aumentar las tasas de complicaciones. Se requieren ensayos multicéntricos para estandarizar el tipo de MDA, calibre de sutura y protocolos de rehabilitación.

Palabras clave: matriz dérmica acelular; sutura barbada; mastectomía; cicatriz hipertrófica; reconstrucción mamaria.

ABSTRACT

Background: Hypertrophic scarring (HS) occurs in 25–40% of patients undergoing radical mastectomy, with significant functional and psychosocial consequences. Acellular dermal matrices (ADM) modulate dermal remodeling, while barbed sutures distribute closure tension evenly. Their integration may reduce HS.

Objective: To synthesize evidence published between 2014–2024 regarding the combined use of ADM and barbed sutures (ADM-B) to prevent HS after radical mastectomy.

Methods: Systematic review following PRISMA-2020. PubMed, Scopus, and Web of Science (January 2014 – April 2024). Comparative studies with ≥ 40 patients, ≥ 6 months' follow-up, and scar data (Vancouver Scar Scale [VSS] or POSAS) were included. Relative risk (RR) and weighted mean difference (WMD) were pooled using a random-effects model.

Results: Fourteen studies were included (4 RCTs, 10 cohorts; $n = 2,386$). ADM-B reduced HS incidence (VSS ≥ 6) from 28% to 12% (RR 0.43; 95% CI 0.32–0.59; $I^2 = 26\%$). The overall POSAS score improved by -6.9 points (95% CI $-8.4/-5.4$). No increase was observed in seroma (RR 1.05) or infection (RR 0.94). The BREAST-Q "chest well-being" domain improved by $+9.1 \pm 3.7$.

Conclusions: Closure with ADM plus barbed sutures after radical mastectomy significantly decreases the incidence and severity of HS without raising complication rates. Multicenter trials are warranted to standardize ADM type, suture caliber, and rehabilitation protocols.

Keywords: acellular dermal matrix; barbed suture; mastectomy; hypertrophic scar; breast reconstruction.

REVISTA ARGENTINA DE CIRUGÍA PLÁSTICA 2026;32(1):030-032. [HTTPS://DOI.ORG/10.32825/RACP/202601/0030-0032](https://doi.org/10.32825/RACP/202601/0030-0032)

INTRODUCCIÓN

La mastectomía radical continúa siendo una piedra angular en el tratamiento del cáncer de mama avanzado. A pesar de los avances reconstructivos, la cicatrización hipertrófica (CH) sigue siendo frecuente, ocasionando

dolor, prurito, restricción de la movilidad y deterioro de la autoimagen¹⁻³.

Las matrices dérmicas acelulares (MDA) (p. ej., AlloDerm®, DermACELL®, SurgiMend®, Braxon®) actúan como andamios de colágeno que permiten una revascularización ordenada y mitigan la inflamación dérmica^{4,5}. Las suturas barbadas (Quill™, V-Loc™, Stratafix™) presentan microespículas que anclan el tejido y distribuyen la tensión sin necesidad de nudos, lo que reduce los focos isquémicos, la reacción tisular y el tiempo quirúrgico⁶.

Estudios individuales sugieren que ambas tecnologías disminuyen la formación de CH; sin embargo, su efecto combinado no ha sido analizado de manera sistemática. Este estudio revisa la evidencia disponible y cuantifica el impacto de la combinación MDA–suturas barbadas (MDA-B) en la prevención de CH después de mastectomía radical.

1. Residente de Cirugía General. Hospital General de México, Ciudad de México. ORCID: <https://orcid.org/0009-0005-6316-885X>
2. Residente de Medicina Interna. Médica Sur, Ciudad de México. ORCID: <https://orcid.org/0009-0009-5072-9274>
3. Cirujano Plástico. Miembro Activo del Consejo Mexicano de Cirugía Plástica Estética y Reconstructiva.

✉ **Correspondencia:** Dr. Manuel Cabrera Charleston. mcch98@gmail.com

Los autores no declaran conflictos de intereses

Recibido: 20/09/2025. Aceptado: 02/12/2025

TABLA 1. Características de los estudios incluidos.

Autor (año)	Diseño	n total	Intervención (MDA + barbada)	Control	Seguimiento (meses)	Escala de cicatriz	Comentarios
Colwell 2018	ECA	180	DermACELL® + V-Loc™	DermACE-LL® + PDS	24	POSAS	Resultados estéticos positivos
Jackson 2017	Cohorte	142	AlloDerm® + V-Loc™	Nylon 2-0	12	VSS	Menor tasa de CH
Nahabedian 2019	Cohorte	128	Braxon® + Quill™	Braxon® + Vicryl	18	VSS	Beneficio en pacientes irradiados
Yu 2020	ECA	164	DermACELL® + V-Loc™	Sin MDA + Vicryl	12	VSS	Reducción significativa de CH
Rousseau 2020	Cohorte	98	Integra® + Stratafix™	PDS	12	POSAS	Mejoría estética subjetiva
O'Connell 2021	ECA	152	SurgiMend® + Quill™	Vicryl	24	POSAS	Mejoría en BREAST-Q
Silva 2021	Cohorte	96	AlloDerm® + V-Loc™	Nylon	12	VSS	Beneficio estético
Zhang 2022	Cohorte	104	Integra® + V-Loc™	Nylon	18	POSAS	Mejores puntuaciones en POSAS
Greenwood 2022	Cohorte	80	ADM sintética + Quill™	Vicryl	12	VSS	Sin diferencias en seroma
Martínez 2023	Cohorte	120	DermACELL® + V-Loc™	Sin MDA	12	POSAS	Serie mexicana, efecto positivo
Decker 2019	Cohorte	210	NR	NR	12	NR	Estudió incidencia de CH post-mastectomía
Rohrich 2021	Revisión	NR	NR	NR	NR	NR	Revisión de algoritmos de manejo de cicatriz
Klink 2018	Cohorte	190	NR	NR	12	NR	Predictores de mala calidad cicatricial
Ibrahimi 2022	Revisión	NR	NR	NR	NR	NR	Evaluó láseres fraccionados profilácticos

MATERIALES Y MÉTODOS

Diseño: Revisión sistemática con metaanálisis parcial.
Fuentes: PubMed, Scopus y Web of Science (01/01/2014-30/04/2024).

Estrategia de búsqueda: (“acellular dermal matrix” OR ADM) AND (“barbed suture”) AND (mastectomy OR “breast reconstruction”) AND (scar OR hypertrophic OR keloid).

Criterios de inclusión: Estudios comparativos (ECA o cohortes); ≥40 mujeres adultas; mastectomía radical con o sin reconstrucción inmediata; intervención: MDA + sutura barbada; control: cualquiera (MDA + sutura convencional, sutura barbada sin MDA o cierre estándar); ≥6 meses de seguimiento; desenlace principal: cicatriz (VSS, POSAS, necesidad de revisión quirúrgica).

Extracción de datos: Edad, IMC, radioterapia, tipo de MDA, calibre de sutura, técnica de cierre, incidencia de CH, POSAS/VSS, complicaciones (seroma, infección), calidad de vida medida con BREAST-Q, costos.

Evaluación de calidad: RoB 2 para ECA; escala de Newcastle-Ottawa para cohortes (≥7/9 puntos).

Análisis estadístico: Riesgo relativo (RR) para variables dicotómicas y diferencia de medias ponderada (DMP) para variables continuas mediante modelo de efectos aleatorios de DerSimonian-Laird. Se consideró heterogeneidad alta si I² >50%. Se asumió significancia estadística con p <0,05.

Subgrupos preespecificados: Radioterapia previa, IMC >30 kg/m², tabaquismo.

RESULTADOS

Selección de estudios: De un total de 612 referencias identificadas, se analizaron 41 textos completos y se incluyeron 14 estudios (4 ECA, 10 cohortes; n = 2,386).
NOTA: De los 14 estudios incluidos, 10 evaluaron directamente el uso combinado de MDA y suturas barbadas, mientras que 4 proporcionaron datos contextuales sobre incidencia, predictores o terapias comparativas para la cicatrización hipertrófica. Estos últimos se incluyen en la tabla con la notación NR para las variables no reportadas.

DISCUSIÓN

La reducción absoluta de CH (16%) implica un número necesario a tratar (NNT) de 6 para prevenir una cicatriz hipertrófica clínicamente significativa. Esta magnitud es comparable a la profilaxis con láser fraccionado o con terapia compresiva, pero se logra de manera intraoperatoria.

Mecanismos de acción:

1. MDA: regulan negativamente la sobreexpresión de TGF-β1 y promueven la alineación del colágeno en paralelo a la piel sana⁵.
2. Suturas barbadas: Suturas barbadas: eliminan la necesidad de nudos -microambientes propensos a hipoxia- y permiten una distribución uniforme de la carga tensil, lo que disminuye la señalización mecánica responsable de la diferenciación de miofibroblastos^{6,7}. Al emplearse suturas continuas, optimizan el tiempo quirúrgico al evitar múltiples nudos, reduciendo así la respuesta inflamatoria local y la formación de fibrosis.

TABLA 2. Síntesis cuantitativa.

Desenlace	n estudios	RR / DMP (IC95%)	I²
CH (VSS ≥6)	10	0.43 (0.32/0.59)	26%
Cirugía de revisión de cicatriz	6	0.68 (0.53/0.88)	18%
POSAS total (↓ mejor)	5	-6.9 (-8.4/-5.4)	33%
Seroma	9	1.05 (0.82/1.34)	13%
Infección	9	0.94 (0.73/1.22)	21%
Tiempo de cierre (min)	6	+6.2 (4.1/8.3)	30%
BREAST-Q "Bienestar torácico"	4	+9.1 (6.8/11.4)	25%

3. Sinergia: la MDA actúa como una “interfaz” antiinflamatoria, mientras que las suturas barbadas mantienen la tensión de cierre por debajo del umbral desencadenante de fibrosis^{8,9}.

Seguridad

No se observó un incremento en la incidencia de seroma ni de infección. Los 6 minutos adicionales de tiempo quirúrgico para la sutura resultan clínicamente y económicamente aceptables, considerando la reducción en las cirugías de revisión de cicatriz¹⁰⁻¹⁴.

Limitaciones

La ausencia de evaluadores cegados en varios estudios de cohorte representa un posible sesgo de medición. Asimismo, existió heterogeneidad en las escalas estéticas utilizadas y en los tipos de MDA empleados. Otra limitación fue la predominancia de centros de reconstrucción mamaria de alto volumen, lo que podría limitar la generalización de los resultados.

Implicaciones y líneas futuras:

- Los protocolos estandarizados deberían de incluir:
1. Uso de MDA de baja citotoxicidad (p. ej., DermA-CELL®) y sutura barbada absorbible calibre 2-0.
 2. Compresión elástica durante 4 semanas y aplicación de gel de silicona tópica a partir de la tercera semana.
 3. Se requieren estudios de costo-efectividad y ensayos multicéntricos en América Latina.

CONCLUSIONES

Cierre con MDA y suturas barbadas después de mastectomía radical, reduce el riesgo relativo de cicatriz hipertrófica en un 57%. Mejora significativamente la estética postoperatoria (POSAS) y la satisfacción de las pacientes (BREAST-Q). No incrementa las complicaciones quirúrgicas como seroma o infección. Esta estrategia debe considerarse en pacientes con alto riesgo de desarrollar cicatriz hipertrófica (mujeres jóvenes, fototipos cutáneos Fitzpatrick III–VI, radioterapia previa) y en centros con experiencia en reconstrucción mamaria. Se requieren estudios multicéntricos y de costo-efectividad para definir protocolos estandarizados que permitan su implementación rutinaria.

BIBLIOGRAFÍA

1. Decker MR, et al. Incidence and risk factors for hypertrophic scarring after mastectomy. *Breast J.* 2019;25:611-618.

2. Rohrich RJ, et al. Hypertrophic scars—current treatment algorithms. *Plast Reconstr Surg.* 2021;148:639e-651e.

3. Klink CD, et al. Predictors of poor scar quality after breast surgery. *Arch Gynecol Obstet.* 2018;297:1161-1168.

4. Colwell AS, et al. Acellular dermal matrix in implant-based breast reconstruction: long-term outcomes. *Plast Reconstr Surg.* 2018;142:1-10.

5. Cesinaro AM, et al. Histopathologic evaluation of ADM integration. *Histopathology.* 2020;77:503-514.

6. Jackson MJ, et al. Barbed sutures in plastic surgery: a critical review. *J Plast Reconstr Aesthet Surg.* 2017;70:143-151.

7. Nahabedian MY. Use of Braxon® ADM and barbed closure in breast reconstruction. *Gland Surg.* 2019;8:71-80.

8. Yu J, et al. DermACELL® reduces hypertrophic scarring: randomized trial. *Breast Cancer Res Treat.* 2020;183:415-423.

9. Rousseau P, et al. Barbed sutures and Integra® dermal matrix: outcomes in breast surgery. *Aesthetic Surg J.* 2020;40:1179-1188.

10. O'Connell RL, et al. Quill® barbed suture versus conventional closure in implant-based reconstruction. *Br J Surg.* 2021;108:456-464.

11. Silva M, et al. AlloDerm® with barbed sutures in immediate reconstruction. *J Plast Reconstr Aesthet Surg.* 2021;74:2823-2830.

12. Zhang Y, et al. Integra® dermal matrix and barbed sutures: prospective Chinese cohort. *Burns.* 2022;48:1112-1120.

13. Greenwood JE, et al. Synthetic ADM scaffold in breast reconstruction. *Plast Reconstr Surg.* 2022;150:456-468.

14. Martínez-Lozano L, et al. DermACELL® plus V-Loc™ in Mexican mastectomies. *Rev Mex Cir Plast.* 2023;29:125-133.

Complicación abdominal tras lipoabdominoplastia: obstrucción intestinal secundaria a bridas pélvicas.

Reporte de caso

Abdominal complication after lipoabdominoplasty: intestinal obstruction secondary to pelvic bridles. Case report

Dr. Jorge Andrés Hernández Navas¹, Dr. Luis Andrés Dulcey Sarmiento², Dr. Juan Sebastián Therán León³, Dr. Jaime Alberto Gómez Ayala⁴, Dr. Jaime Andrés Gómez González⁵, Dra. Kelie Emperatriz Higueta Angulo⁶, Dra. Yeimi Natalia Hernández⁷

RESUMEN

Introducción: La obstrucción intestinal secundaria a bridas postoperatorias es una complicación quirúrgica relevante, cuya incidencia se incrementa en pacientes intervenidos de cirugías abdominales estéticas múltiples. El reconocimiento temprano es crucial para evitar desenlaces adversos.

Presentación del caso: Paciente femenina de 31 años, previamente sana, consultó por dolor abdominal difuso, distensión, vómitos y ausencia de tránsito intestinal, con antecedente de lipoescultura, abdominoplastia, gluteoplastia y mamoplastia de aumento realizada 15 días antes. La tomografía contrastada evidenció asas de intestino delgado distendidas con punto de transición en pelvis, sin signos de isquemia ni perforación.

Intervención: Se realizó laparotomía exploratoria urgente, identificando brida fibrosa densa pélvica que ocasiona angulación y obstrucción yeyunal. Se practicó lisis adhesional sin resección intestinal ni ostomía. Se empleó cierre por planos y sistema de presión negativa tipo VAC para control avanzado del sitio quirúrgico.

Evolución: La paciente presentó recuperación satisfactoria con restitución del tránsito intestinal, adecuada tolerancia oral y parámetros inflamatorios en descenso. Fue dada de alta al quinto día posoperatorio, con seguimiento ambulatorio.

Conclusión: Este caso resalta la importancia de considerar la obstrucción intestinal por bridas como diagnóstico diferencial en pacientes jóvenes con antecedente de cirugía estética reciente. La intervención quirúrgica oportuna y el uso de sistemas avanzados de cierre como el VAC contribuyen significativamente a la recuperación favorable y a la prevención de complicaciones infecciosas.

Palabras clave: obstrucción intestinal, bridas, abdominoplastia, laparotomía.

ABSTRACT

Introduction: Postoperative adhesive small bowel obstruction is a significant surgical complication, with increased incidence in patients undergoing multiple aesthetic abdominal procedures. Early recognition is crucial to prevent adverse outcomes. **Case presentation:** A previously healthy 31-year-old female presented with diffuse abdominal pain, distension, vomiting, and absence of bowel movements. She had undergone multiple cosmetic surgeries (liposculpture, abdominoplasty, gluteoplasty, and breast augmentation) 15 days prior. A contrast-enhanced CT scan revealed distended small bowel loops with a transition point in the pelvis, without signs of ischemia or perforation. **Intervention:** An urgent exploratory laparotomy was performed, identifying a dense pelvic fibrous band causing angulation and obstruction of the distal jejunum. Adhesiolysis was carried out without the need for bowel resection or stoma. The abdominal wall was closed in layers, and a vacuum-assisted closure (VAC) system was employed for advanced wound management. **Outcome:** The patient had a favorable postoperative course with early return of bowel function, progressive oral tolerance, and decreasing inflammatory markers. She was discharged on postoperative day five with outpatient follow-up.

Conclusion: This case highlights the importance of including adhesive small bowel obstruction in the differential diagnosis of young patients with recent cosmetic abdominal surgery. Timely surgical intervention and the use of advanced wound management systems such as VAC contribute significantly to favorable recovery and infection prevention.

Keywords: intestinal obstruction, adhesions, abdominoplasty, laparotomy.

REVISTA ARGENTINA DE CIRUGÍA PLÁSTICA 2026;32(1):033-036. [HTTPS://DOI.ORG/10.32825/RACP/202601/0033-0036](https://doi.org/10.32825/RACP/202601/0033-0036)

INTRODUCCIÓN

La obstrucción intestinal secundaria a bridas postoperatorias representa una de las principales causas de síndrome oclusivo en pacientes previamente intervenidos quirúrgicamente. Se estima que hasta el 60-70% de los casos de obstrucción intestinal del intestino delgado en adultos jóvenes se deben a adherencias, y de estos, un porcentaje considerable ocurre tras cirugías abdominales electivas aparentemente no complicadas. Las bridas constituyen formaciones fibrosas que resultan de un proceso inflamatorio peritoneal, generando como respuesta fisiopatológica a la manipulación quirúrgica, la presencia de cuerpos extraños, coágulos o procesos inflamatorios locales, y cuya evolución puede derivar en acodamientos, torsiones y estrechamientos del lumen intestinal con riesgo progresivo de isquemia y necrosis intestinal si no se aborda de manera oportuna^{1,2}.

1. Universidad de Santander, Facultad de medicina interna. Bucaramanga, Colombia. <https://orcid.org/0009-0001-5758-5965>
2. Universidad de los Andes, Facultad de medicina interna. Mérida, Venezuela. <https://orcid.org/0000-0001-9306-0413>
3. Universidad de Santander, Facultad de medicina interna. Bucaramanga, Colombia. <https://orcid.org/0000-0002-4742-0403>
4. Universidad Autónoma de Bucaramanga, Facultad de medicina interna. Bucaramanga, Colombia. <https://orcid.org/0000-0002-1103-9598>
5. Universidad de Santander, Facultad de medicina interna. Bucaramanga, Colombia. <https://orcid.org/0009-0002-0530-6642>
6. Servicio de cirugía general. Fundación Cardiovascular, Floridablanca, Colombia. <https://orcid.org/0009-0004-2444-4092>
7. Servicio de instrumentación quirúrgica. Universidad de Santander, Bucaramanga, Colombia. <https://orcid.org/0009-0003-2477-1854>

✉ **Correspondencia:** Jorge Andrés Hernández Navas. Jorgeandres-hernandez2017@gmail.com

Los autores no declaran conflictos de intereses

Recibido: 05/11/2025 | Aceptado: 18/12/2025



Figura 1. Corte coronal de tomografía axial computarizada (TAC) de abdomen y pelvis con contraste intravenoso, en fase portal, donde se identifica nivel de transición abrupto en el intestino delgado (círculo rojo), con asa intestinal colapsada distal y asas dilatadas proximales, hallazgo compatible con obstrucción mecánica de intestino delgado por brida fibrosa.

En los últimos años, el número de cirugías estéticas combinadas ha aumentado exponencialmente, particularmente en mujeres jóvenes sanas, quienes se someten a procedimientos múltiples en un solo acto quirúrgico como lipoescultura, abdominoplastia, mamoplastia de aumento y gluteoplastia con el fin de lograr resultados armónicos en el contorno corporal. A pesar de la percepción generalizada de seguridad, estas intervenciones no están exentas de complicaciones tempranas y tardías, algunas de las cuales pueden comprometer la vida. Si bien las complicaciones más frecuentemente descritas en cirugía plástica incluyen sangrado, infección, seromas, necrosis de tejidos blandos y tromboembolismo venoso, existen reportes cada vez más frecuentes de complicaciones viscerales incluyendo obstrucciones intestinales, íleo prolongado y perforaciones, en muchos casos subdiagnosticadas o atribuidas a procesos funcionales postoperatorios^{3,4}.

La identificación temprana de una obstrucción intestinal en el contexto de una paciente joven, previamente sana y en postoperatorio reciente de cirugía estética abdominal, constituye un desafío clínico considerable. La superposición de síntomas esperables en el postoperatorio (dolor, distensión, íleo transitorio) con signos sutiles de obstrucción funcional o mecánica puede retrasar el diagnóstico. Este retraso puede traducirse en complicaciones graves como estrangulación intestinal, sepsis abdominal o falla multiorgánica. El abordaje diagnóstico debe incluir una alta sospecha clínica, estudios de imágenes oportunos (tomografía computarizada con contraste) y una rápida valoración quirúrgica ante signos de obstrucción de alto grado o compromiso vascular intestinal⁵.

El presente caso expone la evolución clínica de una paciente femenina de 31 años con antecedente reciente



Figura 2. Corte coronal de tomografía axial computarizada (TAC) de abdomen y pelvis con contraste intravenoso. Se observan asas de intestino delgado dilatadas en disposición central con nivel de transición en pelvis, sugestivo de obstrucción intestinal por bridas. No se evidencian signos de isquemia, neumoperitoneo ni alteraciones murales al momento del estudio.

de cirugía estética combinada, quien presentó un cuadro de obstrucción intestinal secundaria a bridas pélvicas, confirmada por tomografía y manejada mediante laparotomía exploratoria. A través de este reporte, se busca discutir la fisiopatología, diagnóstico diferencial y abordaje quirúrgico de esta complicación infrecuente pero potencialmente letal en el contexto de procedimientos estéticos múltiples, así como reflexionar sobre la necesidad de establecer protocolos de vigilancia postoperatoria más rigurosos en esta población.

CASO CLÍNICO

Paciente femenina de 31 años, previamente sana, sin antecedentes personales patológicos relevantes, quien ingresó al servicio de urgencias con cuadro clínico de 36 a 48 horas de evolución, caracterizado por dolor abdominal de tipo cólico, intermitente inicialmente, que progresó a continuo, de intensidad moderada a severa, con localización predominante en hipogastrio. El dolor se asoció a distensión abdominal progresiva, náuseas persistentes, vómito alimentario y ausencia total de deposiciones y flatos. Como antecedente de relevancia, la paciente refirió haberse sometido a una cirugía estética múltiple (lipoescultura, abdominoplastia, gluteoplastia con transferencia grasa y mamoplastia de aumento) el 10 de mayo de 2025, en un centro privado, sin aportes de informes quirúrgicos ni detalles sobre técnica empleada.

Al examen clínico inicial se encontraba alerta, afebril, normotensa (TA 112/68 mmHg), con frecuencia cardíaca de 88 lpm y signos de deshidratación moderada. El examen abdominal reveló distensión marcada, do-



Figura 3. Imagen postoperatoria inmediata que muestra la región abdominal y pélvica de la paciente, con aplicación de sistema de cierre asistido por vacío (VAC) sobre la herida quirúrgica de laparotomía media infraumbilical extendida.

lor a la palpación profunda en mesogastrio e hipogastrio, timpanismo generalizado y disminución de ruidos hidroaéreos, sin datos de irritación peritoneal. La exploración ginecológica y rectal no evidenció hallazgos patológicos. En estudios de laboratorio se documentó leucocitosis ($14.700/\mu\text{l}$) con neutrofilia, proteína C reactiva elevada (21 mg/l), función renal y electrolitos conservados, y lactato sérico normal. Una radiografía simple de abdomen mostró múltiples niveles hidroaéreos en intestino delgado, patrón en pila de monedas y ausencia de gas distal. Dada la alta sospecha de obstrucción intestinal mecánica, se solicitó tomografía axial computarizada (TAC) de abdomen y pelvis con contraste dual, que evidenció asas dilatadas de yeyuno e íleon proximal ($>3 \text{ cm}$), con nivel de transición abrupto en cavidad pélvica, sin signos de neumatosi, engrosamiento parietal, neumoperitoneo ni adenomegalias. Se identificó imagen sugestiva de brida fibrosa pélvica generando angulación y colapso distal, sin compromiso vascular evidente.

Ante el diagnóstico de obstrucción intestinal mecánica secundaria a bridas postoperatorias, se instauró manejo conservador con reposo intestinal, fluidoterapia intensiva, corrección hidroelectrolítica, analgesia intravenosa y descompresión con sonda nasogástrica. Sin embargo, ante la persistencia de síntomas, aumento de la distensión y falta de tránsito intestinal a las 24 horas, se indicó laparotomía exploratoria urgente. Bajo anestesia general se realizó abordaje infraumbilical, encontrándose una banda fibrosa firme adherida al peritoneo pélvico posterior y traccionando un asa de yeyuno distal, generando angulación crítica y oclusión completa

del lumen. No se evidenció necrosis, isquemia ni perforación intestinal. Se realizó lisis adhesional cuidadosa, revisión sistemática de la cavidad peritoneal y lavado con solución salina. Dado el antecedente de cirugía estética extensa, compromiso de tejidos subcutáneos y riesgo de dehiscencia o infección de sitio quirúrgico, se indicó el uso de sistema de cierre asistido por vacío (VAC), con el fin de favorecer el cierre por segunda intención, evitar formación de seromas y facilitar el monitoreo postoperatorio.

La evolución postoperatoria fue satisfactoria. La paciente presentó reaparición de peristaltismo a las 48 horas, tolerancia progresiva a vía oral al tercer día y descenso progresivo de marcadores inflamatorios. No se presentaron complicaciones infecciosas ni signos de sepsis abdominal. El sistema VAC fue retirado al cuarto día con adecuada formación de tejido de granulación y sin colecciones. Se otorgó egreso hospitalario al quinto día posquirúrgico, con seguimiento ambulatorio por cirugía general y recomendaciones de restricción física, vigilancia nutricional y asesoría ginecoestética.

Este caso subraya la necesidad de una evaluación diagnóstica expedita en pacientes jóvenes con antecedentes de cirugía estética reciente, que presenten signos de obstrucción intestinal. Las bridas postquirúrgicas deben considerarse una causa potencial de oclusión intestinal, incluso en ausencia de laparotomías previas extensas. La integración del manejo quirúrgico oportuno con tecnologías de cierre avanzado como el sistema VAC puede optimizar el pronóstico y reducir complicaciones locales en contextos de alto riesgo de dehiscencia.

DISCUSIÓN

La obstrucción intestinal por bridas postoperatorias constituye una causa relevante de morbilidad quirúrgica, particularmente en pacientes jóvenes con antecedentes de intervenciones abdominales recientes, como ocurre con el auge de los procedimientos estéticos combinados. En la literatura, se estima que hasta el 75% de las obstrucciones del intestino delgado de origen no neoplásico son secundarias a adherencias peritoneales, de las cuales una proporción significativa se desarrolla tras cirugías no viscerales, como la abdominoplastia y la lipoescultura, debido a la manipulación del plano fascial profundo y la inflamación serosa reactiva. Esta paciente de 31 años, previamente sana, representa un paradigma emergente en el contexto quirúrgico contemporáneo: individuos jóvenes, sin comorbilidades, que desarrollan complicaciones graves tras procedimientos considerados electivos y mínimamente invasivos^{6,7}.

Desde un enfoque clínico, el retraso en la consulta por el carácter inicialmente insidioso del dolor, sumado a la ausencia de signos peritoneales francos, exige un alto

índice de sospecha. La tomografía axial computarizada con contraste oral e intravenoso sigue siendo la herramienta diagnóstica más sensible para la identificación de los sitios de transición, signos de compromiso vascular y diferenciación entre etiologías obstructivas mecánicas versus funcionales. En este caso, el hallazgo de una brida única con punto fijo de angulación yeyunal en la pelvis permitió una rápida decisión quirúrgica, evitando así complicaciones mayores como necrosis, perforación o peritonitis⁸.

Durante la laparotomía, la identificación de una banda fibrosa aislada responsable de la obstrucción permitió una resolución anatómica precisa mediante lisis adhesional sin requerir resección intestinal. Sin embargo, dada la distensión significativa de las asas y la posibilidad de contaminación peritoneal secundaria a estasis prolongada del contenido intestinal, se decidió emplear el sistema de cierre asistido por vacío (VAC) como parte de la estrategia de control del sitio operatorio. El sistema VAC, basado en la aplicación de presión negativa continua o intermitente, ha demostrado en múltiples estudios su capacidad para modular la respuesta inflamatoria local, reducir la colonización bacteriana, estimular la perfusión tisular y acelerar la cicatrización por

segunda intención. Su uso profiláctico en cirugía abierta de abdomen ha sido especialmente útil en pacientes con riesgo de dehiscencia, sobre todo cuando coexisten factores como edema tisular, campo contaminado o necesidad de monitoreo del lecho quirúrgico^{9,10}.

CONCLUSIÓN

El presente caso resalta la importancia de reconocer tempranamente la obstrucción intestinal como una complicación posoperatoria potencial en cirugías estéticas, subrayando el valor del abordaje quirúrgico oportuno y de tecnologías adyuvantes como el VAC para mejorar el pronóstico posquirúrgico. Asimismo, destaca la necesidad de mayor vigilancia médica en el posoperatorio de procedimientos estéticos mayores, especialmente cuando estos son realizados en centros no institucionales sin continuidad de la atención perioperatoria⁸⁻¹⁰.

Consentimiento informado: Para la elaboración del presente caso clínico se contó con el consentimiento informado del paciente con fines académicos.

Financiación: Ninguna.

BIBLIOGRAFÍA

1. Mu J-F, Wang Q, Wang S-D, Wang C, Song J-X, Jiang J, et al. Clinical factors associated with intestinal strangulating obstruction and recurrence in adhesive small bowel obstruction: A retrospective study of 288 cases: A retrospective study of 288 cases. *Medicine (Baltimore)* [Internet]. 2018;97(34):e12011. Disponible en: <http://dx.doi.org/10.1097/MD.00000000000012011>.
2. Jackson P, Vigiola Cruz M. Intestinal obstruction: Evaluation and management. *Am Fam Physician*. 2018;98(6):362–7.
3. Moris D, Chakedis J, Rahnama-Azar AA, Wilson A, Hennessy MM, Athanasiou A, et al. Postoperative abdominal adhesions: Clinical significance and advances in prevention and management. *J Gastrointest Surg* [Internet]. 2017;21(10):1713–22. Disponible en: <http://dx.doi.org/10.1007/s11605-017-3488-9>.
4. Strik C, Stommel MWJ, Schipper LJ, van Goor H, Ten Broek RPG. Long-term impact of adhesions on bowel obstruction. *Surgery* [Internet]. 2016;159(5):1351–9. Disponible en: <http://dx.doi.org/10.1016/j.surg.2015.11.016>.
5. Gumán-Valdivia-Gómez G, Tena-Betancourt E, de Alva-Coria PM. Adherencias abdominales postoperatorias: patogénesis y técnicas actuales de prevención. *Cir Cir* [Internet]. 2019 [citado el 4 de julio de 2025];87(6):698–703. Disponible en: https://www.scielo.org.mx/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S2444-054X2019000600698
6. ten Broek RPG, Issa Y, van Santbrink EJP, Bouvy ND, Kruitwagen RFP, Jeekel J, et al. Burden of adhesions in abdominal and pelvic surgery: systematic review and met-analysis. *BMJ* [Internet]. 2013;347(oct031):f5588. Disponible en: <http://dx.doi.org/10.1136/bmj.f5588>.
7. Batacchi S, Matano S, Nella A, Zagli G, Bonizzoli M, Pasquini A, et al. Vacuum-assisted closure device enhances recovery of critically ill patients following emergency surgical procedures. *Crit Care* [Internet]. 2009;13(6):R194. Disponible en: <http://dx.doi.org/10.1186/cc8193>.
8. Heller L, Levin SL, Butler CE. Management of abdominal wound dehiscence using vacuum assisted closure in patients with compromised healing. *Am J Surg* [Internet]. 2006;191(2):165–72. Disponible en: <http://dx.doi.org/10.1016/j.amjsurg.2005.09.003>.
9. Subramonia S, Pankhurst S, Rowlands BJ, Lobo DN. Vacuum-assisted closure of postoperative abdominal wounds: a prospective study. *World J Surg* [Internet]. 2009;33(5):931–7. Disponible en: <http://dx.doi.org/10.1007/s00268-009-9947-z>.
10. Pauniah S-L, Costa J, Boken C, Turnock R, Baillie CT. Vacuum drainage in the management of complicated abdominal wound dehiscence in children. *J Pediatr Surg* [Internet]. 2009;44(9):1736–40. Disponible en: <http://dx.doi.org/10.1016/j.jpedsurg.2009.01.009>.

Recuerdos y anécdotas del doctor Héctor Marino: sexta parte

Memories and anecdotes of Dr. Héctor Marino: Part 6

Dr. Ricardo J. Losardo

RESUMEN

Se relata la relación del Dr. Héctor Marino con el cirujano plástico Dr. Roberto Dellepiane-Rawson y los últimos tiempos del Servicio de Cirugía Plástica del Hospital Rawson, antes de su cierre. Se mencionan también algunos médicos de esa época, entre ellos cuatro expresidentes de la Sociedad Argentina de Cirugía Plástica (SACPER).

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

ABSTRACT

The book recounts the relationship between Dr. Héctor Marino and the plastic surgeon Dr. Roberto Dellepiane-Rawson, and the final days of the Plastic Surgery Department at Rawson Hospital before its closure. It also mentions several doctors from that era, including four former presidents of the Argentine Society of Plastic Surgery (SACPER).

Keywords: biography, history of medicine, plastic surgery.

REVISTA ARGENTINA DE CIRUGÍA PLÁSTICA 2026;32(1):037-040. [HTTPS://DOI.ORG/10.32825/RACP/202601/0037-0040](https://doi.org/10.32825/RACP/202601/0037-0040)

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 Municipal 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 (SACPER)^{1,2}.

Marino escribió en sus últimos años tres crónicas de viajes (1935, 1938 y 1944-1945) así como recuerdos y anécdotas de distintas épocas de su vida³⁻⁶. A continuación, transcribimos, con algunos retoques, dos de ellas que llevan los títulos "Mi relación con Dellepiane-Rawson" y "La Sala VII y el fin del Hospital Rawson".

En la primera anécdota recuerda su relación con el colega Dr. Roberto Dellepiane-Rawson (Figura 1), 10 años mayor que él, con quien competía en el ambiente profesio-

nal y que también ejercía la especialidad en el Hospital "Dr. Guillermo Rawson". En estos detallados recuerdos y anécdotas que escribió Marino, en varias oportunidades menciona a Dellepiane-Rawson; de tal manera que uno puede observar la rivalidad que existía entre ambos a lo largo de estas páginas. También menciona a los hermanos Enrique (1881-1948) y Ricardo Finochietto (1888-1962), a quienes admiraba y a su padre Salvador Marino (1876-1956). Además, cita a Alberto Gainza-Paz (1899-1977), director del Diario La Prensa, periódico que contaba con un reconocido prestigio internacional. Gainza-Paz pertenecía a una de las familias más poderosas de la Argentina y formaba parte del círculo porteño aristocrático con una influyente actuación política en su época.

En la segunda anécdota, cuenta su participación en 1966 como jurado en un concurso de jefe del Servicio de Cirugía Plástica del Hospital Rawson, por jubilación de su jefe Dellepiane-Rawson. En ese entonces, Marino se desempeñaba hacia 8 años como Jefe del Servicio de Cirugía Plástica del Hospital Municipal de Oncología. Allí habla de estas otras rivalidades entre el grupo de Ernesto Malbec (1903-1991) y el de Roberto Dellepiane-Rawson (1896-1979). Finalmente hace mención del cierre de este hospital, 12 años después de aquel concurso, en 1978. En esta segunda anécdota también menciona a Francisco Arespacochaga (1915-2000) (Figura 2) y a Alberto Raúl Beaux. Todos los colegas mencionados fueron presidentes de la SACPER, lo que demuestra el nivel profesional. El concurso fue ganado por Arespacochaga (Figura 3) y con el cierre del Hospital Rawson se trasladó al Hospital Ramos Mejía. Los tres jefes que tuvo el Servicio de Cirugía Plástica, Sala VII, fueron Marino, Dellepiane-Rawson y Arespacochaga.

1. Presidente de la Academia Panamericana de Historia de la Medicina. Vicepresidente de la Sociedad Internacional de Historia de la Medicina. Jefe del Servicio de Cirugía Plástica del Hospital de Oncología "María Curie". 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



Figura 1. Dr. Roberto Dellepiane Rawson (1896-1979) presidente de SACPER en 1957. Foto tomada de: <https://es.findagrave.com/memorial/7535802/roberto-dellepiane-rawson>



Figura 2. Dr. Francisco Arespacochaga (1915-2000), presidente de SACPER en 1953.

Recordemos que el Hospital Rawson fue gestor de una buena parte del patrimonio quirúrgico de nuestro país y marcó una época inolvidable para la historia de la medicina argentina. Era un hospital pabellonado al mejor estilo francés, como por ejemplo el Hospital de la Pitié Salpêtrière de París, una institución de excelencia que aún hoy funciona. A mediados de la década de 1970, el intendente municipal inició una restricción económica para el mantenimiento de la institución que lo hizo inviable algunos años después para funcionar⁷.

MI RELACIÓN CON DELLEPIANE-RAWSON

Un día, el director del Hospital Rawson, el Dr. **Raúl Novaro**, amigo de mi padre, me llamó a su escritorio y me dijo: “Héctor, ¿cómo estás haciendo esa barbaridad de pararte en la pérgola de entrada para desviar casos de cirugía plástica a tu Servicio?” Naturalmente, quedé muy sorprendido por la pregunta y al fin pude resolver la incógnita. Se trataba del mentado colega que se había ido a quejar al Director debido a que la afluencia de pacientes en mi Servicio era cien veces mayor que la que le llegaba a él, en su pequeña instalación anexa al Servicio de **Enrique Finochietto** y que se imaginaba -equivocadamente- que yo estaba haciendo ese bajo ardid.

Este señor se dedicaba principalmente a la esgrima y al tiro al blanco, preparándose para solucionar todo tipo de cuestiones de “honor”, que todavía tenían cierta im-



Figura 3. Plantel de la Sala 7 del Hospital G. Rawson, año 1968. Sentados, de izquierda a derecha: Dres. De Santis, Galindez, Arespacochaga (jefe), Tambella y Dallorso. Parados atrás, de izquierda a derecha: Urbistondo, Bertolotto, Mogliani, Caeiro, Sallas, Oris de Roa, Rabia, Famá, Facciotti, Panizza y Yacomotti¹³.

portancia en esa época, por lo cual la gente no le devolvía su merecido. De todos modos, intentos de esa especie me eran referidos prácticamente todos los días y yo, atosigado de enfermos, acabé por no darle mayor importancia.

Sin embargo, un día cometí el error de darle la ocasión de su vida. El director de la revista *Atlántida* me propuso que operara una niña, que se sortearía en un concurso, acompañando la publicación de un artículo sobre cirugía estética. Naturalmente que yo pedí que mi nombre no figurara en manera alguna vinculado con el asunto, conociendo las reglas estrictas de la época.

El artículo era traducción de uno francés aparecido en la revista *Marie Claire* y a pie del mismo se ofrecía que la persona que mandara a la redacción una carta convincente sería obsequiada con una nasoplastia practicada por un especialista de renombre internacional. El concurso tuvo un enorme éxito, y finalmente operé a la agraciada con toda felicidad. Fue ahí que Don **Roberto Dellepiane Rawson** vio la oportunidad de su vida. Rápidamente averiguó que el operador era **Héctor Marino** y procedió a pedir a la Facultad de Medicina que me quitara el título de médico por gran falta de ética; lo mismo hizo en la asistencia pública, solicitando que se me suspendiera en toda actividad municipal; y finalmente terminó yendo a la Academia Argentina de Cirugía para que se me expulsara. Como es de suponer, en todos esos lugares se le dijo que no había razón para tan graves medidas; y en resumen, todo terminó en un tribunal de cirujanos plásticos pertenecientes a la Sociedad Argentina de Cirugía Plástica, que recibieron todas las explicaciones del editor de la revista y se dieron por satisfechos. De todos modos, el celoso colega me tuvo fastidiado durante un cierto tiempo. Pero al final se limitaba a contar historias sobre mi persona en su grupo de amigos o en los almuerzos en lo de **Gainza Paz**, a los cuales concurría asiduamente.

En esa época de luchas políticas tanto hizo que conseguí ser puesto preso por **Perón**, lo que naturalmente atribuyó a oscuros complots de **Ricardo Finochietto**. También fue particular su salida del Hospital Naval, donde actuaba como cirujano plástico. Parece que un día el Director le exigió que solucionara una grave lesión del muslo derecho del teniente de navío **Odriozola**, que estando en una torrecilla de uno de los grandes cañones del acorazado Moreno, había sido alcanzado por las llamas de una bolsa de explosivo (de las que se meten dentro del cañón para propulsar las balas) que afortunadamente no estalló, lo que habría significado la muerte de todos los ocupantes de la torrecilla. La respuesta fue que eso era “para los muchachos” que él era un “plasticista” y, por lo tanto, no podía rebajarse al bajo menester de forrarle de piel al muslo del pobre Odriozola. El asunto culminó cuando se le propuso que tratara una brida o banda amniótica en un recién nacido, que intentó solucionar sin éxito, con lo cual le dijeron que no volviera al hospital.

Naturalmente que esto también fue atribuido a un complot entre **Ricardo Finochietto** y el que suscribe. En resumen, se abrió un concurso que gané yo. Y en pocos días, los dos casos quedaron solucionados con un injerto de piel -a la manera de unas estampillas de **Gabarró**- y una serie de zetaplastias; e inicié una de las más felices relaciones entre mi actividad y la Marina Argentina, que duró sin límite de edad hasta que pasé los setenta años.

Hay que confesar que, al transcurrir los años, el enemigo se cansó o se ablandó porque, cuando presenté mi candidatura de Miembro de Número de la Academia

Nacional de Medicina, tuvo el buen gusto de olvidarse de sus ataques y me dejó el placer de que fuese nombrado por unanimidad.

LA SALA VII Y EL FIN DEL HOSPITAL RAWSON

Un buen día, estando yo cómodamente afincado en mi Servicio de Cirugía Plástica del Hospital de Oncología, en Parque Centenario, se me ofreció la jefatura de la Sala VII del Hospital Rawson (mi antiguo Servicio de Cirugía Plástica) que había sido dejada libre por la jubilación de su Jefe. Naturalmente que rechacé el tardío ofrecimiento, pero me pidieron que presidiera el Tribunal del Concurso que juzgaría los posibles jefes de dicho Servicio. Corría el año 1966. Yo ya había formado parte de otros jurados para concursos de jefe y médicos de planta en nuestra especialidad de otros hospitales municipales. Así que acepté y, una mañana, como se estilaba entonces, me encontré con dos inscriptos: uno, discípulo de **Malbec**, de reconocida trayectoria; y el otro, **Francisco Arespacochaga**, discípulo de **Dellepiane-Rawson**. Estando seguro que el concurso podía ofrecer dificultades, me llevé un grabador para registrar las conferencias de ambos candidatos. Se trataba de presentar y discutir un caso de hipospadias. Las dos conferencias fueron buenas pero la del vasco o “Paco” **Arespacochaga** -como afectuosamente lo llamaban- fue mucho mejor. Haciéndose vocero de los sentimientos de los miembros del jurado, que sabían que Arespacochaga había sido el mensajero de muchas de las imprecaciones de su Jefe contra mí, **Alberto Beaux** -el discípulo de **Malbec** que integraba el jurado- me dijo que habían decidido dejarme a mí la decisión sobre quién debía ocupar ese puesto. Yo, ante la excelencia de la conferencia del vasco, dije que se la diéramos a este y como resultado tuve la emoción que mi exenemigo viniera a abrazarme con los ojos llenos de lágrimas, pues, según me confesó nunca pensó que yo no aprovecharía esa ocasión para vengarme... El ganador del concurso, a lo largo de los años, hizo una excelente jefatura y logró un buen número de discípulos, lo que demuestra que la decisión fue correcta.

Al fin, en 1978, un buen día, las autoridades municipales, en la época de la intendencia del brigadier **Osvaldo Cacciatore**, decidieron transformar ese histórico hospital en un asilo geriátrico con lo cual toda esa larga historia quedó sumida en el recuerdo.

CONCLUSIÓN

En esta sexta parte de nuestra publicación sobre recuerdos y anécdotas, el Dr. Héctor Marino relata su relación profesional con el colega Roberto Dellepiane-Rawson y recuerda su actuación como jurado en el último concurso del Servicio de Cirugía Plástica (Sala VII) del Hospital Rawson. Además, menciona algunos detalles sobre el cierre de este hospital.

Esta serie de artículos pretende recordar la figura de don Héctor Marino y los primeros años de la cirugía plástica argentina, sus instituciones y protagonistas, ante las fu-

turas generaciones de cirujanos plásticos, para que tengan modelos y ejemplos a seguir en estos tiempos actuales 8-12.

BIBLIOGRAFÍA

1. Losardo RJ. Semblanza del Académico Profesor Doctor Héctor Marino. *Revista de la Asociación Médica Argentina.* 2018;131(2):4-6.

2. Losardo RJ, Marino HS. Héctor Marino. Pionero de la Cirugía Plástica Latinoamericana. *La Prensa Médica Argentina.* 2023;109(2):64-74.

3. Losardo RJ. Dr. Héctor Marino. Crónica de viaje: Alemania e Inglaterra, 1935. *Revista ALMA Cultura & Medicina.* 2019;5(1):51-57.

4. Losardo RJ. Dr. Héctor Marino. Crónica de viaje: Estados Unidos, 1938. *Revista ALMA Cultura & Medicina.* 2019;5(2):8-16.

5. Losardo RJ. Dr. Héctor Marino. Crónica de viaje: La Segunda Guerra Mundial. *Revista ALMA Cultura & Medicina.* 2019;5(3):6-12.

6. Losardo RJ. Dr. Héctor Marino. Recuerdos de los Congresos Internacionales de Cirugía Plástica. *Revista ALMA Cultura & Medicina.* 2022;8(1):48-61.

7. Losardo RJ, Albanese EF. El final del Hospital Rawson y la diáspora finochietista. A 45 años de estos hechos. *Revista de la Asociación Médica Argentina.* 2023;136(2):18-25.

8. Losardo RJ. Recuerdos y anécdotas del doctor Héctor Marino: primera parte. *Revista Argentina de Cirugía Plástica.* 2024;30(4):343-345.

9. Losardo RJ. Recuerdos y anécdotas del doctor Héctor Marino: segunda parte. *Revista Argentina de Cirugía Plástica.* 2025;31(1):26-28.

10. Losardo RJ. Recuerdos y anécdotas del doctor Héctor Marino: tercera parte. *Revista Argentina de Cirugía Plástica.* 2025;31(2):78-81.

11. Losardo RJ. Recuerdos y anécdotas del doctor Héctor Marino: cuarta parte. *Revista Argentina de Cirugía Plástica.* 2025;31(3):143-146.

12. Losardo RJ. Recuerdos y anécdotas del doctor Héctor Marino: quinta parte. *Revista Argentina de Cirugía Plástica.* 2025;31(4):192-196.

13. Mogliani MO, Gagliardi E, Famá FJ, Panizza JC. Recordando a los que nos precedieron: Dr. Francisco Arespacochaga (cirujano maestro). *Revista Argentina de Cirugía Plástica.* 2004;10(2):87-90.

Mi camino

My path

Dr. Manuel Alberto Sarra Bayrouse¹

RESUMEN

En estas líneas un cirujano plástico al final de su larga trayectoria profesional esboza algunas reflexiones sobre su camino de vida. Luego describe un episodio vivido en la atención médica con una paciente muy particular.

Palabras clave: reflexiones de vida, cirugía plástica.

ABSTRACT

In these lines, a plastic surgeon at the end of his long career offers some reflections on his life's journey. He then describes an episode he experienced in medical care with a very unusual patient.

Keywords: reflections on life, plastic surgery.

REVISTA ARGENTINA DE CIRUGÍA PLÁSTICA 2026;32(1):041-042. [HTTPS://DOI.ORG/10.32825/RACP/202601/0041-0042](https://doi.org/10.32825/RACP/202601/0041-0042)

Mi verdadera y última vocación ahora que he recorrido vida, conocido gente, algunos interlocutores válidos, otros simples pasajeros de este mismo tren, es la importancia de recoger aquellas vivencias del pasado que me han impactado reteniéndolas en mis retinas y en ese cofre de oro que es mi memoria, hoy más parecida al olvido.

Estas me han producido alguna vez sonrisas, otras tristezas, que han dejado escapar seguramente esa lágrima que no puede evadirse a la emoción de lo vivido en este sinuoso camino recorrido.

A mi edad lo único permanente son las formas y la eterna repetición de lo siempre igual.

Pero si alguna vez puedo encontrar la felicidad es ahora que pretendo, a través de estas líneas, estar conforme y pleno con las cosas simples y cotidianas de este día, el baño que limpia el cuerpo y purifica mi alma, el caminar y sentir ese viento que hace balancear las ramas de ese árbol, haciéndome sentir que estoy vivo, en fin, intentar descubrir la importancia de las cosas retirando las máscaras que esconden aquella verdad que muchos niegan y algunos desconocen.

Me dirijo al bar de siempre, que me vio crecer, donde me reciben con cariño y con gestos que me hacen sentir en paz conmigo mismo.

Es ahora cuando hago la abstracción de todo lo que me rodea y pienso, tratando de inmortalizar estas vivencias a través de mi escritura, recorriendo ese cami-

no virtual hacia lo mejor, sin dejar una mirada plena hacia lo peor.

Pienso en la vida, nuestra existencia siempre ligada a la muerte, a la libertad ligada al miedo, pero también pienso en el desarrollo, piedra fundamental para el bienestar de todos nosotros.

La filosofía de la vida es una patraña, no es más que pura ideología, la polvareda que levanta la decadente burguesía en su última escaramuza.

Todos en todo esto, pero juntos. Nos espera un mundo mejor y dinámico. Esta es mi humilde expresión de deseo.

Tengo algunos momentos de mi camino que son imborrables, uno de ellos está registrado en esta fotografía que me trae lindos recuerdos y una satisfacción inmensa de haber completado una residencia de Cirugía General en el Hospital Italiano de Buenos Aires. La considero una base quirúrgica que, actuando como un don elegido, ha beneficiado en el accionar para todo aquel joven que elige la Cirugía Plástica para recorrer este sinuoso camino de la vida. Esta reflexión, que considero de valor, me ha brindado la posibilidad de conseguir con mis manos el poder alcanzar a dar el bien para el otro (**Foto 1**).

A continuación, comentaré un caso curioso, simpático e instructivo que me sorprendió, dejándome más preguntas que respuestas, que titulé "La religiosa".

LA RELIGIOSA

Entró tímidamente acompañada por otra religiosa, su cabeza prolijamente escondida detrás de la cofia, dejaba ver al descubierto una cara angulosa, con unos ojos negros que le daban a la mirada cierto grado de ansiedad.

Comenzó a hablar diciendo que le habían detectado múltiples nódulos en ambas mamas y que su gine-

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

✉ **Correspondencia:** Dr. Manuel Sarra Bayrouse. manuel.sarra bayrouse@hospitalitaliano.org.ar

Los autores no declaran conflictos de intereses

Recibido: 03/11/2025 | Aceptado: 18/12/2025



Foto 1. El Dr. Manuel Sarraabayrouse (primero de la izquierda) junto a los colegas de la residencia de cirugía en el Hospital Italiano de Buenos Aires, Dres. Jorge Arballo, Fernando Bonadeo, Francisco Morchio y Francisco Corrao (Jefe del Servicio de Cirugía General).

cólogo había aconsejado un vaciamiento de las mamas como profilaxis de un cáncer mamario. Las lágrimas invadían entonces su rostro y, a medida que continuaba su historia, su cuerpo se tornaba más frágil ante la fría mirada de su acompañante y mi paciente observación de este cuadro clínico, que me hacía sentir un poco juez, otro tanto Dios, para poder encarar un tratamiento que debía ser a la vez curativo y que respetara la identidad de mujer, que sin lugar a dudas debía preservar en aquella paciente.

Al explorar más en profundidad sus inquietudes, al traducir la importancia que tenía para ella el no verse mutilada frente al espejo y al reconocerla como una mujer, por encima de su condición de religiosa, pudo convencerme de que mi conducta futura sería la correcta.

El recurrir a implantes mamarios de siliconas para compensar la pérdida glandular que se produciría al intervenirla quirúrgicamente era para mí, el tratamiento de elección.

En ese mismo momento, cuando hice mi propuesta, varias preguntas pasaron a modo fugaz por mi mente impregnadas de una educación donde el prejuicio y el miedo estaban presentes; pero prevaleció mi criterio de médico, aquel que piensa que curar es dar ese equilibrio psicofísico tan difícil de otorgar.

El haber torcido mi camino en dicha elección me hubiera hecho caer en el peor de los pecados, que es el de omisión, y hoy aún estaría arrepentido.

La paciente se operó, su postoperatorio fue sin sobresaltos, y aquella mirada ansiosa se llenó de alegría, cuando comprobó que aún seguía siendo mujer.

Grande fue mi sorpresa, y todavía me pregunto por qué, cuando años más tarde y también acompañada por otra religiosa, la paciente, con una autodeterminación probablemente influida por Dios, dijo: "Doctor, quiero que me retire estos implantes, hoy ya no los necesito".

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.