

Revista Argentina de Cirugía Plástica

REVISTA ARGENTINA DE CIRUGÍA PLÁSTICA (ARGENTINE JOURNAL OF PLASTIC SURGERY)
ABRIL - JUNIO DE 2026 | AÑO 32 | NÚMERO 2

**Discurso de inicio de gestión del
Presidente de SACPER período 2026-2027,
Dr. Daniel Ernesto Matteo**
Dr. Daniel Ernesto Matteo

Un año de esta gestión editorial
Dr. Manuel Alberto Sarrabayrouse

**Masculinización torácica en un hospital
público de la provincia de Buenos Aires:
Análisis prospectivo de resultados
estéticos con GENDER-Q**
Dra. Ivana Fatica, Dr. Andrés Caicedo,
Dr. Juan Montes de Oca, Dr. Hugo Benítez

**Eficacia de la fijación del colgajo
dermograso en pacientes con
dermolipectomía abdominal: estudio
retrospectivo de 82 casos**
Dr. Nicholas S. Murdoch Duncan, Dr. Rodrigo
Juárez Calvi, Dr. Gustavo Prezzavento

**Síndrome ASIA y linfoma anaplásico
de células grandes asociado a implantes
mamarios (BIA-ALCL)**
Dr. Néstor Vincent, Dr. Agustín Vincent

**Abordaje conservador del queloide
auricular: infiltración intralesional
y ligadura pedicular**
Dra. Annika Stückrath, Dr. Gustavo Parera

**Cirugía reparadora nasal post resección
oncológica: serie de 46 casos y propuesta
de algoritmo práctico**
Dr. Diego Andrés López García

**Cirugía plástica: ¿Obligación de medios
o resultados?**
Dr. Patricio F. Jacovella

**Recuerdos y anécdotas del Doctor Héctor
Marino: séptima parte**
Dr. Ricardo J. Losardo

**Acto SACPER: Académico y Social. San
Miguel de Tucumán, 10 de abril de 2026**
Dr. Daniel Ernesto Matteo, Dr. Oscar Luis
Abdala Montoto

**Global Plastic Surgery Congress 2026:
Buenos Aires como epicentro de la cirugía
plástica mundial**
Comisión Directiva

Cirugía reparadora nasal post resección oncológica
Tallado intraquirúrgico de colgajo



*Diseño de colgajo
bilobulado*



SACPER
SOCIEDAD ARGENTINA DE CIRUGÍA
PLÁSTICA, ESTÉTICA Y REPARADORA



SACPER

SOCIEDAD ARGENTINA DE CIRUGÍA
PLÁSTICA, ESTÉTICA Y REPARADORA

COMISIÓN DIRECTIVA 2026 - 2027

Presidente

Dr. Daniel Ernesto Matteo

Vicepresidenta

Dra. Beatriz Susana Paredes

Secretario General

Dr. Oscar Luis Abdala Montoto

Prosecretario

Dr. Miguel Montes

Tesorero

Dr. Ariel Petroni

Protesorero

Dr. Hernán Claudio Arashiro

Secretaria de Actas

Dra. Iris Hebe Alejandra Blanco

Directora de publicaciones

Dra. Valeria Romina Gutiérrez Abril

Subdirectora de publicaciones

Dra. Constanza Bossi

Vocales titulares

Dr. Fernando Luis Arce

Dra. Adriana Natalia Cotto Perroni
Dr. Federico Dieguez Aliaga
Dr. Sebastián Galeano

Vocales suplentes

Dr. Héctor Jorge Ochoa
Dr. Maximiliano Rocha
Dra. María Florencia Torressi
Dr. Jorge Renato Hernández

Presidente saliente

Dr. Jorge Ricardo Wetzel

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

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
2025 – Dr. Jorge Ricardo Wetzel

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
2025 – Dr. Jorge Eduardo Ramos

Índice

Index

REVISTA ARGENTINA DE CIRUGÍA PLÁSTICA 2026;32(2):51. [HTTPS://DOI.ORG/10.32825/RACP/202602/0051-0051](https://doi.org/10.32825/RACP/202602/0051-0051)

EDITORIALES | EDITORIALS

DISCURSO DE INICIO DE GESTIÓN DEL PRESIDENTE DE SACPER PERÍODO 2026-2027, DR. DANIEL ERNESTO MATTEO Inaugural address of the president of SACPER for the 2026-2027 term, Dr. Daniel Ernesto Matteo Dr. Daniel Ernesto Matteo	056	CIRUGÍA REPARADORA NASAL POST RESECCIÓN ONCOLÓGICA: SERIE DE 46 CASOS Y PROPUESTA DE ALGORITMO PRÁCTICO Nasal Reconstructive Surgery After Oncological Resection: A Series of 46 Cases and a Proposed Practical Algorithm Dr. Diego Andrés López García	077
---	-----	--	-----

UN AÑO DE ESTA GESTIÓN EDITORIAL A Year of this Editorial Management Dr. Manuel Alberto Sarrabayrouse	058
--	-----

ARTÍCULOS ORIGINALES | ORIGINAL ARTICLES

MASCULINIZACIÓN TORÁCICA EN UN HOSPITAL PÚBLICO DE LA PROVINCIA DE BUENOS AIRES: ANÁLISIS PROSPECTIVO DE RESULTADOS ESTÉTICOS CON GENDER-Q Thoracic Masculinization in a Public Hospital in the Province of Buenos Aires: Prospective Analysis of Aesthetic Results with GENDER-Q Dra. Ivana Fatica, Dr. Andrés Caicedo, Dr. Juan Montes de Oca, Dr. Hugo Benítez	060	CIRUGÍA PLÁSTICA: ¿OBLIGACIÓN DE MEDIOS O RESULTADOS? Plastic Surgery: Obligation of Means or Results? Dr. Patricio F. Jacovella	084
EFICACIA DE LA FIJACIÓN DEL COLGAJO DERMOGRASO EN PACIENTES CON DERMOLIPECTOMÍA ABDOMINAL: ESTUDIO RETROSPECTIVO DE 82 CASOS Efficacy of Dermofat Flap Fixation in Patients Undergoing Abdominal Dermolipectomy: A Retrospective Study of 82 Cases Dr. Nicholas S. Murdoch Duncan, Dr. Rodrigo Juárez Calvi, Dr. Gustavo Prezzavento	066	HISTORIA DE LA CIRUGÍA PLÁSTICA HISTORY OF PLASTIC SURGERY RECUERDOS Y ANÉCDOTAS DEL DOCTOR HÉCTOR MARINO: SÉPTIMA PARTE Memories and Anecdotes of Dr. Héctor Marino: Part 7 Dr. Ricardo J. Losardo	091
		EVENTO SACPER SACPER EVENT ACTO SACPER: ACADÉMICO Y SOCIAL. SAN MIGUEL DE TUCUMÁN, 10 DE ABRIL DE 2026 SACPER Event: Academic and Social. San Miguel de Tucumán, April 10, 2026 Dr. Daniel Ernesto Matteo, Dr. Oscar Luis Abdala Montoto	094

ACTUALIZACIÓN | UPDATE

SÍNDROME ASIA Y LINFOMA ANAPLÁSICO DE CÉLULAS GRANDES ASOCIADO A IMPLANTES MAMARIOS (BIA-ALCL) ASIA Syndrome and Breast Implant-Associated Anaplastic Large Cell Lymphoma (BIA-ALCL) Dr. Néstor Vincent, Dr. Agustín Vincent	070	NOTICIA SOCIETARIA SOCIETY NEWS GLOBAL PLASTIC SURGERY CONGRESS 2026: BUENOS AIRES COMO EPICENTRO DE LA CIRUGÍA PLÁSTICA MUNDIAL Global Plastic Surgery Congress 2026: Buenos Aires as the epicenter of world plastic surgery Comisión Directiva	097
---	-----	---	-----

ARTÍCULOS ORIGINALES | ORIGINAL ARTICLES

ABORDAJE CONSERVADOR DEL QUELOIDE AURICULAR: INFILTRACIÓN INTRALESIONAL Y LIGADURA PEDICULAR Conservative Approach to Auricular Keloid: Intralesional Infiltration and Pedicle Ligation	073	REGLAMENTO DE PUBLICACIONES PUBLISHING REGULATIONS	099
---	-----	---	-----

Sumario

REVISTA ARGENTINA DE CIRUGÍA PLÁSTICA 2026;32(2):52-53. [HTTPS://DOI.ORG/10.32825/RACP/202602/0052-0053](https://doi.org/10.32825/RACP/202602/0052-0053)

MASCULINIZACIÓN TORÁCICA EN UN HOSPITAL PÚBLICO DE LA PROVINCIA DE BUENOS AIRES: ANÁLISIS PROSPECTIVO DE RESULTADOS ESTÉTICOS CON GENDER-Q

Dra. Ivana Fatica, Dr. Andrés Caicedo, Dr. Juan Montes de Oca, Dr. Hugo Benítez

Introducción: La cirugía de masculinización torácica representa un procedimiento esencial en el proceso de confirmación de género para personas transmasculinas. La evaluación de los resultados quirúrgicos desde la perspectiva del paciente es clave para valorar el éxito de estas intervenciones.

Materiales y métodos: Estudio prospectivo entre marzo de 2022 y marzo de 2025 en el Hospital "Eva Perón" (Gran Buenos Aires). Se incluyeron 34 pacientes transmasculinos mayores de 18 años con diagnóstico de disforia de género. Se aplicaron 3 módulos del GENDER-Q en tres instancias: preoperatorio (7 días antes), postoperatorio mediato (30 días) y tardío (6 meses).

Resultados: Las técnicas quirúrgicas realizadas fueron: doble incisión con injerto libre de complejo areola-pezones (CAP) en 26 pacientes (81,25%), incisión periareolar en 4 (12,5%) y submama con colgajo a pedículo inferior en 2 (6,25%). Se observaron mejorías significativas en los puntajes GENDER-Q en todas las fases.

Conclusiones: Se evidenció la utilidad para evaluar los resultados desde la perspectiva de los pacientes en cirugías de masculinización torácica. Su implementación permite estandarizar y mejorar la calidad de atención en contextos de confirmación de género.

EFICACIA DE LA FIJACIÓN DEL COLGAJO DERMOGRASO EN PACIENTES CON DERMOLIPECTOMÍA ABDOMINAL: ESTUDIO RETROSPECTIVO DE 82 CASOS

Dr. Nicholas S. Murdoch Duncan, Dr. Rodrigo Juárez Calvi, Dr. Gustavo Prezzavento

Introducción: La dermolipsectomía abdominal es uno de los procedimientos más frecuentes en cirugía plástica; sin embargo, el seroma continúa siendo una de sus complicaciones más comunes, con incidencias reportadas entre el 10% y el 40%. Los puntos de fijación dermograsos descritos por Baroudi fueron propuestos para reducir el espacio muerto y, en consecuencia, la formación de seroma. No obstante, esta técnica ha sido cuestionada en múltiples ocasiones por el aumento del tiempo quirúrgico que conlleva. De esta controversia surge la necesidad de evaluar, en nuestro servicio, los beneficios reales de la utilización de suturas de fijación sobre la incidencia de seroma postoperatorio, así como su repercusión en el tiempo quirúrgico y la estancia hospitalaria.

Material y métodos: Estudio retrospectivo de cohortes basado en datos prospectivos de 82 pacientes sometidos a dermolipsectomía abdominal entre 2020 y 2024. Se dividieron en dos grupos: con fijación (G1, n=52) y sin fijación (G0, n=30). Se analizó la incidencia de seroma clínicamente significativo, definido como la acumulación de líquido que requirió aspiración.

Resultados: La incidencia de seroma fue menor en G1 (7,7%) comparado con G0 (23,3%; p=0,05). Sin embargo, G1 presentó mayor tiempo quirúrgico (233 vs. 148 min; p<0,001).

Conclusión: La fijación del colgajo reduce significativamente la incidencia de seroma, aunque incrementa el tiempo quirúrgico.

SÍNDROME ASIA Y LINFOMA ANAPLÁSICO DE CÉLULAS GRANDES ASOCIADO A IMPLANTES MAMARIOS (BIA-ALCL)

Dr. Néstor Vincent, Dr. Agustín Vincent

Antecedentes: Los implantes mamarios se encuentran entre los dispositivos médicos más utilizados en todo el mundo, con una población estimada que supera los 20 millones de mujeres que los utilizan. A pesar de las continuas mejoras en el diseño y la seguridad de los implantes, se han descrito enfermedades raras asociadas a ellos, en particular el síndrome autoinmune/inflamatorio inducido por adyuvantes (ASIA) y el linfoma anaplásico de células grandes asociado a implantes mamarios (BIA-ALCL).

Incidencia: La incidencia estimada de ASIA en pacientes con implantes mamarios es de aproximadamente 1 por 30.000, mientras que el BIA-ALCL es considerablemente más raro, con una incidencia cercana a 1 por 300.000 pacientes implantados.

Objetivo: Analizar ambas entidades desde una perspectiva clínica, inmunológica y epidemiológica, haciendo hincapié en la importancia de una historia clínica preoperatoria exhaustiva y una adecuada selección de las pacientes.

Discusión: La evidencia actual sugiere que los implantes mamarios no deben considerarse agentes causales directos, sino más bien posibles desencadenantes epigenéticos o inmunomoduladores en pacientes biológicamente predispuestos. Los factores relacionados con el huésped parecen desempeñar un papel fundamental en el desarrollo de ambas afecciones.

Conclusión: La ASIA y el LACG-BIA son eventos poco frecuentes en relación con el uso generalizado de implantes mamarios. Una historia clínica preoperatoria meticulosa y una selección cuidadosa de las pacientes pueden reducir significativamente su incidencia y deben considerarse componentes esenciales de la cirugía moderna de implantes mamarios.

ABORDAJE CONSERVADOR DEL QUELOIDE AURICULAR: INFILTRACIÓN INTRALESIONAL Y LIGADURA PEDICULAR

Dra. Annika Stückrath, Dr. Gustavo Parera

Introducción: El queloide auricular es una patología frecuente, habitualmente asociada a perforaciones para colocación de aros o pirsin. El tratamiento incluye la resección quirúrgica y radioterapia adyuvante, estrategia que durante la pandemia se vio limitada por la imposibilidad de acceso a radioterapia y por restricciones de cobertura de obras sociales.

Objetivo: Describir una alternativa terapéutica no quirúrgica basada en infiltraciones intralesionales y ligadura, realizada en consultorio.

Material y métodos: Se aplicó infiltración con 5-fluorouracilo y triamcinolona, asociada a ligadura del pedículo del queloide auricular, con controles seriados.

Resultados: Se observó necrosis y caída espontánea del queloide, con adecuada evolución local y baja morbilidad.

Conclusión: El método representa una opción interesante, ambulatoria y sin necesidad de cirugía ni radioterapia.

CIRUGÍA REPARADORA NASAL POST RESECCIÓN ONCOLÓGICA: SERIE DE 46 CASOS Y PROPUESTA DE ALGORITMO PRÁCTICO

Dr. Diego Andrés López García

Introducción: La reparación nasal tras resección oncológica representa un desafío quirúrgico debido a la compleja anatomía nasal y a la necesidad de preservar la función respiratoria y la estética facial.

Objetivo: Analizar la experiencia institucional en reparación nasal inmediata post resección oncológica y evaluar los resultados quirúrgicos según la técnica reconstructiva empleada.

Materiales y métodos: Estudio observacional retrospectivo de cohorte que incluyó pacientes intervenidos quirúrgicamente con reparación nasal inmediata tras resección de carcinoma basocelular o espinocelular, entre enero de 2023 y junio de 2025. Se analizaron variables demográficas, características tumorales, técnicas reconstructivas, complicaciones y seguimiento.

Resultados: Se incluyeron 46 pacientes, con edad media de $69 \pm 11,3$ años. El carcinoma basocelular fue el tipo histológico más frecuente (69,6%). La subunidad más comprometida fue el ala nasal (37%). Los colgajos locales se utilizaron en el 76,1% de los casos y los injertos cutáneos en el 21,7%. La tasa global de complicaciones fue del 10,9%, todas leves. No se observaron recurrencias tumorales durante el seguimiento medio de 6,2 meses.

Conclusiones: La reparación nasal inmediata tras resección oncológica es un procedimiento confiable. El uso racional de colgajos locales permite obtener resultados estéticos y funcionales satisfactorios. El algoritmo propuesto constituye una herramienta práctica para la toma de decisiones reconstructivas.

CIRUGÍA PLÁSTICA: ¿OBLIGACIÓN DE MEDIOS O RESULTADOS?

Dr. Patricio F. Jacovella

La cultura del bienestar está estimulada, comenzando por los beneficios que la sociedad actual requiere y demanda de una imagen para verse bien y estar mejor. Es importante considerar a la medicina como una ciencia, en la que múltiples factores pueden cambiar los resultados deseados, especialmente en la cirugía plástica estética. En este artículo, se presentan diferentes puntos de vista, otorgando importancia a la satisfacción de las personas y analizando las correspondientes responsabilidades médicas y los tipos de obligaciones de medios y resultados.

RECUERDOS Y ANÉCDOTAS DEL DOCTOR HÉCTOR MARINO: SÉPTIMA PARTE

Dr. Ricardo J. Losardo

Se relata la participación del Dr. Héctor Marino en la fundación de la Sociedad Latinoamericana de Cirugía Plástica (1940) y en sus dos primeros congresos, en Brasil (1941) y Argentina (1942). Se mencionan algunos médicos protagonistas de estos hechos..

Summary

REVISTA ARGENTINA DE CIRUGÍA PLÁSTICA 2026;32(1):54-55. [HTTPS://DOI.ORG/10.32825/RACP/202601/0054-0055](https://doi.org/10.32825/RACP/202601/0054-0055)

THORACIC MASCULINIZATION IN A PUBLIC HOSPITAL IN THE PROVINCE OF BUENOS AIRES: PROSPECTIVE ANALYSIS OF AESTHETIC RESULTS WITH GENDER-Q

Dra. Ivana Fatica, Dr. Andrés Caicedo,
Dr. Juan Montes de Oca, Dr. Hugo Benítez

Introduction: Thoracic masculinization surgery is an essential procedure in the gender affirmation process for transmasculine individuals. Evaluating surgical outcomes from the patient's perspective is key to assessing the success of these interventions.

Materials and methods: A prospective study was conducted between March 2022 and March 2025 at the "Eva Perón" Hospital (Greater Buenos Aires). Thirty-four transmasculine patients over 18 years of age with a diagnosis of gender dysphoria were included. Three modules of the GENDER-Q questionnaire were administered at three time points: preoperative (7 days prior), immediate postoperative (30 days), and late postoperative (6 months).

Results: The surgical techniques performed were: double incision with free nipple-areola complex (NAC) graft in 26 patients (81.25%), periareolar incision in 4 (12.5%), and submammary incision with inferior pedicle flap in 2 (6.25%). Significant improvements in GENDER-Q scores were observed in all phases.

Conclusions: The assessment demonstrated the usefulness of evaluating outcomes from the patient's perspective in thoracic masculinization surgeries. Its implementation allows for standardization and improved quality of care in gender confirmation settings.

EFFICACY OF DERMOFAT FLAP FIXATION IN PATIENTS UNDERGOING ABDOMINAL DERMOLIPECTOMY: A RETROSPECTIVE STUDY OF 82 CASES

Dr. Nicholas S. Murdoch Duncan, Dr. Rodrigo Juárez Calvi,
Dr. Gustavo Prezzavento

Introduction: Abdominal dermolipectomy is one of the most frequently performed procedures in plastic surgery; however, seroma remains one of its most common complications, with reported incidences ranging from 10% to 40%. Dermo-fat fixation sutures described by Baroudi were proposed to reduce dead space and, consequently, seroma formation. Nevertheless, this technique has been repeatedly questioned due to the associated increase in operative time. This controversy underscores the need to evaluate, within our institution, the true benefits of fixation sutures on the incidence of postoperative seroma, as well as their impact on operative time and length of hospital stay.

Materials and Methods: A retrospective cohort study based on prospectively collected data was conducted, including 82 patients who underwent abdominal dermolipectomy between 2020 and 2024. Patients were divided into two groups: with flap fixation (G1, n = 52) and without fixation (G0, n = 30). The incidence of clinically significant seroma was analyzed and defined as fluid accumulation requiring aspiration.

Results: The incidence of seroma was lower in G1 (7.7%) compared with G0 (23.3%; p = 0.05). However, G1 was associated

with a significantly longer operative time (233 vs. 148 minutes; p < 0.001).

Conclusion: Dermoadipose flap fixation significantly reduces the incidence of postoperative seroma, although it is associated with increased operative time.

ASIA SYNDROME AND BREAST IMPLANT-ASSOCIATED ANAPLASTIC LARGE CELL LYMPHOMA (BIA-ALCL)

Dr. Néstor Vincent, Dr. Agustín Vincent

Background: Breast implants are among the most widely used medical devices worldwide, with an estimated population exceeding 20 million implanted women. Despite continuous improvements in implant design and safety, rare implant-associated conditions have been described, particularly autoimmune/inflammatory syndrome induced by adjuvants (ASIA) and breast implant-associated anaplastic large cell lymphoma (BIA-ALCL).

Incidence: The estimated incidence of ASIA in patients with breast implants is approximately 1 in 30,000, while BIA-ALCL is considerably rarer, with an incidence close to 1 in 300,000 implanted patients.

Objective: To analyze both entities from a clinical, immunological, and epidemiological perspective, emphasizing the role of thorough preoperative medical history and appropriate patient selection.

Discussion: Current evidence suggests that breast implants should not be considered direct causal agents, but rather potential epigenetic or immunomodulatory triggers in biologically predisposed patients. Host-related factors appear to play a central role in the development of both conditions.

Conclusion: ASIA and BIA-ALCL are rare events in relation to the widespread use of breast implants. A meticulous preoperative medical history and careful patient selection may significantly reduce their occurrence and should be considered essential components of modern breast implant surgery.

CONSERVATIVE APPROACH TO AURICULAR KELOID: INTRALESIONAL INFILTRATION AND PEDICLE LIGATION

Dra. Annika Stückerath, Dr. Gustavo Parera

Introduction: Auricular keloids are a common pathology, usually associated with ear piercings. Treatment typically involves surgical resection and adjuvant radiotherapy, a strategy that was limited during the pandemic due to restricted access to radiotherapy and limitations in insurance coverage.

Objective: To describe a non-surgical therapeutic alternative based on intralesional infiltrations and ligation, performed in an outpatient setting.

Materials and methods: Infiltration with 5-fluorouracil and triamcinolone was applied, combined with ligation of the auricular keloid pedicle, followed by serial follow-up visits.

Results: Necrosis and spontaneous shedding of the keloid were observed, with favorable local outcomes and low morbidity.

Conclusion: This method represents an interesting, outpatient option that does not require surgery or radiotherapy.

NASAL RECONSTRUCTIVE SURGERY AFTER ONCOLOGICAL RESECTION: A SERIES OF 46 CASES AND A PROPOSED PRACTICAL ALGORITHM

Dr. Diego Andrés López García

Introduction: Nasal repair after oncologic resection presents a surgical challenge due to the complex nasal anatomy and the need to preserve respiratory function and facial aesthetics.

Objective: To analyze the institutional experience with immediate nasal repair after oncologic resection and evaluate surgical outcomes according to the reconstructive technique used.

Materials and methods: A retrospective observational cohort study was conducted, including patients who underwent immediate nasal repair after resection of basal cell or squamous cell carcinoma between January 2023 and June 2025. Demographic variables, tumor characteristics, reconstructive techniques, complications, and follow-up were analyzed.

Results: Forty-six patients were included, with a mean age of 69 ± 11.3 years. Basal cell carcinoma was the most frequent histological type (69.6%). The most commonly affected subunit was the nasal ala (37%). Local flaps were used in 76.1% of cases and skin grafts in 21.7%. The overall complication rate was 10.9%, all of which were minor. No tumor recurrence was observed during the mean follow-up of 6.2 months.

Conclusions: Immediate nasal repair after oncologic resection is a reliable procedure. The judicious use of local flaps allows for satisfactory aesthetic and functional results. The proposed algorithm is a practical tool for reconstructive decision-making.

PLASTIC SURGERY: OBLIGATION OF MEANS OR RESULTS?

Dr. Patricio F. Jacovella

The culture of wellbeing is encouraged, starting from benefits that an advanced society requires and demands to look good for being better. However it is important to consider that medicine is a science, where multiple factors can change the desired results, especially aesthetic plastic surgery. Throughout the present article, different points of view are presented, giving importance to patients' satisfaction and the corresponding responsibility and legal types of obligation.

MEMORIES AND ANECDOTES OF DR. HÉCTOR MARINO: PART 7

Dr. Ricardo J. Losardo

The article recounts Dr. Héctor Marino's participation in the founding of the Latin American Society of Plastic Surgery (1940) and in its first two congresses, in Brazil (1941) and Argentina (1942). It also mentions some of the physicians who played a key role in these events.

Discurso de inicio de gestión del Presidente de SACPER período 2026-2027, Dr. Daniel Ernesto Matteo

Inaugural address of the President of SACPER for the 2026-2027 term,
Dr. Daniel Ernesto Matteo

REVISTA ARGENTINA DE CIRUGÍA PLÁSTICA 2026;32(2):56-57. [HTTPS://DOI.ORG/10.32825/RACP/202602/0056-0057](https://doi.org/10.32825/RACP/202602/0056-0057)

Señoras y señores, autoridades, colegas, amigas y amigos:

Es un verdadero honor y un profundo placer estar hoy, en el marco de este encuentro académico y social, en la Casa Museo de la Ciudad de San Miguel de Tucumán, la centenaria “Casa Sucar”, patrimonio histórico y arquitectónico de estilo *Art Nouveau*, en cuyo interior hay 10 salas que narran la historia de esta ciudad, desde su fundación hasta los años 80.

Tucumán es mi provincia y estamos orgullosos de que esta ciudad haya sido la cuna de la independencia argentina. Aquí nací, me formé y comencé mi camino en la medicina. Di mis primeros pasos en la universidad pública, en la prestigiosa Universidad Nacional de Tucumán, fundada el 25 de mayo de 1914, a través de la ilustre Generación del Centenario que se reunía en la célebre Sociedad Sarmiento. Luego continué mi formación en cirugía general y finalmente, en la tradicional Universidad de Buenos Aires, la especialidad en cirugía plástica. Gracias a la educación pública pude convertirme en médico y especialista.

De mi formación en cirugía general recuerdo haber vivido años intensos y fundamentales como residente y jefe de residentes. Con especial afecto recuerdo a los doctores Daniel León y Guillermo Layús en mis inicios, y luego a Antonio Brahin y Federico Brahin, estos tres últimos aquí presentes. Junto a ellos comprendí el verdadero rigor del acto médico y la responsabilidad que implica cada decisión sobre la salud de una persona.

Posteriormente continué mi formación en cirugía plástica en Buenos Aires, en el Hospital Interzonal General de Agudos “Eva Perón” (antes conocido como “Castex”), bajo la jefatura del doctor Héctor Lanza. Allí realicé la residencia completa y tuve el honor de ser jefe de residentes, asumiendo el liderazgo entre mis pares durante un año y siendo el nexo entre nosotros y los médicos de planta del Servicio.

De este Servicio egresaron también colegas como los doctores Oscar Abdala, Gustavo García Toro, Christian Robles, Roberto Serrano y Rodolfo Villavicencio, quienes con el tiempo han ocupado roles destacados en el ámbito asistencial y societario, reflejando la importancia de este centro de formación de referencia para cirujanos plásticos nacionales y extranjeros.

Volver hoy a Tucumán como 74° presidente de la institución rectora a nivel nacional de nuestra especialidad representa para mí, en este momento, una profunda alegría. Y también tiene un significado especial: por esas circunstancias que marcan los caminos, soy el primer cirujano plástico nacido en esta provincia en llegar a la presidencia de la Sociedad Argentina de Cirugía Plástica, Estética y Reparadora (SACPER).

Por todo esto, asumir la presidencia de la SACPER por el período 2026-2027 es, para mí, un enorme orgullo y, al mismo tiempo, una gran responsabilidad.

Durante esta gestión vamos a sostener tres pilares fundamentales: Primero, la excelencia científica y la formación continua. Segundo, una institucionalidad sólida, basada en el respeto de nuestras normas. Y tercero, el acompañamiento permanente a nuestros miembros. Vamos a fortalecer las regionales, potenciar la educación médica continua y consolidar nuestros congresos como verdaderos espacios de intercambio científico. SACPER se ha distinguido, a lo largo de sus siete décadas de trayectoria, por ser una sociedad abierta y académicamente sólida. Nuestro compromiso es sostener y profundizar ese camino, con una SACPER con sentido federal.

La cirugía plástica –como toda la medicina– no puede sostenerse únicamente en la práctica. Se sostiene en la evidencia, en la formación continua y en el compromiso con el desarrollo científico.

Quiero agradecer especialmente a quienes marcaron mi camino en la cirugía plástica: al doctor Héctor Lanza, maestro y jefe de servicio inigualable; al doctor Ricardo Losardo, en el ámbito docente y societario; y a

los Dres. Pablo Dávalos (Ecuador), Militza Jovick (Perú), Gustavo Núñez (Perú) y Aniceto Rodríguez (República Dominicana), en el ámbito de la Federación Ibero Latinoamericana de Cirugía Plástica (FILACP). También mi reconocimiento a los expresidentes de SACPER, Dres. Javier Vera Cucchiaro (2015), Omar Pellicioni (2021), Alejandro Gómez Lucyszyn (2022) y Edgardo Bisquert (2023), quienes me brindaron sus experiencias en dicho cargo. También a toda la Sociedad Tucumana de Cirugía Plástica. Finalmente, al grupo de la comisión directiva anterior que me acompañó el año pasado, los Dres. Ariel Petroni, Fernando Luis Arce, Adriana Natalia Cotto Perroni y Federico Dieguez Aliaga.

Un agradecimiento especial a Mariana Frandino por su destacada capacidad organizativa en los eventos científicos societarios que venimos organizando juntos.

Es un honor estar acompañado en este acto por la vicepresidenta de la SACPER, Dra. Susana Paredes y por el Secretario General, Dr. Oscar Luis Abdala Montoto, quienes ocupan roles fundamentales dentro de la Comisión Directiva. También por el Dr. Javier Vera Cucchiaro, actual integrante del Órgano de Fiscalización de la SACPER; el Dr. Ricardo Lara, presidente electo para el Congreso Argentino de Cirugía Plástica 2028; y el Dr. Ricardo Losardo, ex presidente del Congreso Argentino de Cirugía Plástica 2018, a quien acompañé como tesorero y actual editor de la Revista Argentina de Cirugía Plástica. Además, por la presidenta del Colegio Médico de Tucumán, Dra. Celia R. Valdez.

Finalmente, quiero agradecer a mi familia: a mis padres, José Antonio y María Luisa, por los valores que me inculcaron; a mis hermanos, José Luis y María Laura, por su acompañamiento; a mis hijas, Camila y Lucía, que son mi mayor orgullo; y a Marcela, por haber sido una parte esencial de mi historia.

Muchas gracias.

Dr. Daniel Matteo

Presidente de SACPER

revista@sacper.org.a

10 de abril de 2026, San Miguel de Tucumán

Un año de esta gestión editorial

A year of this editorial management

REVISTA ARGENTINA DE CIRUGÍA PLÁSTICA 2026;32(2):58-59. [HTTPS://DOI.ORG/10.32825/RACP/202602/0058-0059](https://doi.org/10.32825/RACP/202602/0058-0059)

La dirección de la revista me ha solicitado que inicie con una carta al editor este segundo año de su gestión. Ello se debe a que, en cada número de su primer año, estuve escribiendo artículos especiales periódicamente, por lo cual la escribo con cierto orgullo y mucho placer.

Debido a mi trayectoria, he visto la revista casi desde sus inicios y no puedo dejar de mencionar al Dr. **José Spera**, que fue el segundo editor en 1956, después del Dr. **Miguel Correa Iturraspe**, quien fue el primero en 1953. Se cumplen 70 años de aquella dirección de **Spera**, sirvan estas líneas de homenaje.

Spera, uno de los discípulos preferidos del Dr. **Ernesto Malbec**, fue en 1960 el Jefe fundador del Servicio de Cirugía Plástica del Hospital Italiano de Buenos Aires, donde yo me formé y lo tuve de jefe. Unos años antes, **Spera** ya había presidido la Sociedad Argentina de Cirugía Plástica (1965). En el Servicio siempre nos estimulaba para presentar trabajos en la revista y yo he colaborado desde entonces con varias publicaciones sobre temas quirúrgicos. Entre ellos, recuerdo la publicación en la *Revista Argentina de Cirugía Plástica* en el año 2000, sobre mi técnica del complejo areola pezón de diámetro reducido para la inclusión de implantes. Luego, publiqué en la revista americana *Aesthetic Surgery Journal* (2001) y en la *Aesthetic Plastic Surgery* (2006) dos artículos de esta técnica en otras patologías mamarias. Dicho artículo contó con el comentario elogioso del revisor de la revista, Dr. **Antonio Aldo Mottura**, que además es un querido colega cordobés. También fui uno de los pioneros en el uso de la toxina botulínica en la estética facial en Argentina, publicado también en *Aesthetic Plastic Surgery* (2002).

Ahora, en esta última etapa de mi vida, gracias al editor de la revista, me vuelvo a encontrar con ella, aportando mi experiencia en otros temas que exceden puntualmente lo quirúrgico, pero según mi criterio son también aportes válidos.

Actualmente vivimos en una sociedad del conocimiento y aprendizaje. Para ello, todos nosotros debemos pensar en la educación con un sentido amplio, apartándose un poco de lo estrictamente médico, para abordar con una finalidad cultural y espiritual temas que enriquezcan nuestra persona de otros conocimientos también válidos.

Por ser médicos, enfrascados en la ciencia, se requiere un tiempo extra para esta inclinación hacia la integridad de la persona, sobrepasando el campo de la ciencia y la técnica médica para proyectarse hacia el campo de la cultura general.

La *Revista Argentina de Cirugía Plástica*, hoy muy bien conducida por el Dr. **Ricardo Losardo**, con su capacidad de trabajo y humanismo, nos otorga esa posibilidad de no solo aprender de los adelantos técnico-científicos, muy manifestos en nuestra especialidad, sino también incorporar conocimientos culturales y espirituales, que ayuden a los médicos a conocerse a sí mismos, tratando con cierto esfuerzo de descifrar el sentido de nuestras vidas que de alguna manera se transmite al paciente y mejora la relación entre ambos. Vale la pena intentarlo, así lo veo yo.

El haber conducido el Servicio de Cirugía Plástica del Hospital Italiano de Buenos Aires, por imborrables y fructíferos años y el haber sido miembro del consejo consultivo nacional de la *Revista Argentina de Cirugía Plástica*, me ha dado la posibilidad de ver de cerca la transformación en la mente de los cirujanos plásticos jóvenes quienes, al llenar sus mochilas con los adelantos actuales de la robótica y la inteligencia artificial, entre otros, han influido seguramente en sus actuales maneras de pensar y actuar. Pero no deben olvidarse otros aspectos que involucran la esencia del humano.

Es a ellos que agradezco, hoy, ese esfuerzo que hago todos los días para aceptar ese cambio, que nos favorece a todos. Creo en los jóvenes, aprendo todos los días, no me canso de aprender. Pero nosotros, quienes tenemos una larga trayectoria de vida, también podemos aportar lo nuestro para que todos nos vayamos nutriendo unos a otros. La suma de experiencias generacionales nos enriquece.

Vivimos un mundo en que se disputa una batalla sociocultural y los médicos todos unidos podremos esclarecerla, para conseguir íntegramente ser mejores. La guerra cognitiva no busca derrotarte en un deba-

te, sino trata de rediseñar las condiciones mismas en que piensas. Hay que ser libre y decir lo que se piensa. De esta manera, la comunicación será efectiva y el respeto por las jerarquías será clave para equilibrar la experiencia de los jefes con la creatividad y energía de los médicos más jóvenes.

Finalizo esta carta con agradecimiento en mi elección, donde prevalece la responsabilidad frente a esta honorífica propuesta.

Dr. Manuel Alberto Sarrabayrouse

Ex Jefe de Servicio de Cirugía Plástica del Hospital Italiano

Miembro Vitalicio SACPER y SCPBA

manuel.sarrabayrouse@hospitalitaliano.org.ar

Masculinización torácica en un hospital público de la provincia de Buenos Aires: Análisis prospectivo de resultados estéticos con GENDER-Q

Thoracic masculinization in a public hospital in the province of Buenos Aires: Prospective analysis of aesthetic results with GENDER-Q

Dra. Ivana Fatica^{1,2}, Dr. Andrés Caicedo^{1,3}, Dr. Juan Montes de Oca^{1,3}, Dr. Hugo Benítez^{1,4}

RESUMEN

Introducción: La cirugía de masculinización torácica representa un procedimiento esencial en el proceso de confirmación de género para personas transmasculinas. La evaluación de los resultados quirúrgicos desde la perspectiva del paciente es clave para valorar el éxito de estas intervenciones.

Materiales y métodos: Estudio prospectivo entre marzo de 2022 y marzo de 2025 en el Hospital "Eva Perón" (Gran Buenos Aires). Se incluyeron 34 pacientes transmasculinos mayores de 18 años con diagnóstico de disforia de género. Se aplicaron 3 módulos del GENDER-Q en tres instancias: preoperatorio (7 días antes), postoperatorio mediato (30 días) y tardío (6 meses).

Resultados: Las técnicas quirúrgicas realizadas fueron: doble incisión con injerto libre de complejo areola-pezones (CAP) en 26 pacientes (81,25%), incisión periareolar en 4 (12,5%) y submamaria con colgajo a pedículo inferior en 2 (6,25%). Se observaron mejoras significativas en los puntajes GENDER-Q en todas las fases.

Conclusiones: Se evidenció la utilidad para evaluar los resultados desde la perspectiva de los pacientes en cirugías de masculinización torácica. Su implementación permite estandarizar y mejorar la calidad de atención en contextos de confirmación de género.

Palabras clave: masculinización torácica, cirugía de confirmación de género, disforia de género, GENDER-Q, hospital público.

ABSTRACT

Introduction: Thoracic masculinization surgery is an essential procedure in the gender affirmation process for transmasculine individuals. Evaluating surgical outcomes from the patient's perspective is key to assessing the success of these interventions.

Materials and methods: A prospective study was conducted between March 2022 and March 2025 at the "Eva Perón" Hospital (Greater Buenos Aires). Thirty-four transmasculine patients over 18 years of age with a diagnosis of gender dysphoria were included. Three modules of the GENDER-Q questionnaire were administered at three time points: preoperative (7 days prior), immediate postoperative (30 days), and late postoperative (6 months).

Results: The surgical techniques performed were: double incision with free nipple-areola complex (NAC) graft in 26 patients (81.25%), periareolar incision in 4 (12.5%), and submammary incision with inferior pedicle flap in 2 (6.25%). Significant improvements in GENDER-Q scores were observed in all phases.

Conclusions: The assessment demonstrated the usefulness of evaluating outcomes from the patient's perspective in thoracic masculinization surgeries. Its implementation allows for standardization and improved quality of care in gender confirmation settings.

Keywords: Thoracic masculinization, gender confirmation surgery, gender dysphoria, GENDER-Q, public hospital.

REVISTA ARGENTINA DE CIRUGÍA PLÁSTICA 2026;32(2):60-65. [HTTPS://DOI.ORG/10.32825/RACP/202602/0060-0065](https://doi.org/10.32825/RACP/202602/0060-0065)

INTRODUCCIÓN

La masculinización torácica es una cirugía esencial en el proceso de confirmación de género para personas transmasculinas. Esta intervención permite la adecuación del tórax a una apariencia masculina, generando impacto positivo tanto físico como psicológico¹. En Argentina, la Ley 26.743 de Identidad de Género garantiza el acceso a procedimientos de afirmación corporal de manera universal y gratuita, posicionando al sistema público de salud como un pilar en la equidad en salud trans².

Diversas series internacionales describen a la masculinización torácica como uno de los procedimientos más frecuentes dentro de la cirugía de confirmación de género para hombres trans. Los estudios reportan tasas de complicaciones variables (hematoma 3–10%, seroma 2–7%, necrosis parcial del complejo areola-pezones 6–20%), con altos niveles de satisfacción postoperatoria^{1,3-9}.

El análisis de resultados desde la experiencia del paciente es cada vez más valorado, especialmente en procedimientos relacionados con la identidad de género. El GENDER-Q, desarrollado por Klassen, Kaur y Pusic, es un instrumento validado internacionalmente que permite cuantificar aspectos estéticos y funcionales desde la percepción subjetiva del paciente⁴⁻⁶.

Este estudio prospectivo tiene como objetivo analizar los resultados estéticos y funcionales reportados por pacientes transmasculinos sometidos a masculinización torácica, operados en un hospital público de la Provincia de Buenos Aires entre 2022 y 2025, utilizando los módulos específicos del GENDER-Q para tórax, cicatrices y complejo areola-pezones.

1. Servicio de Cirugía Plástica del Hospital Interzonal General de Agudos "Eva Perón" de San Martín, Provincia de Buenos Aires, Argentina
2. Cirujana plástica. Médica de planta. Miembro Adherente SACPER
3. Jefe de Residentes. Miembro en Formación SACPER
4. Jefe del Servicio de Cirugía Plástica. Miembro Titular SACPER

✉ Correspondencia: Dra. Ivana Fatica. ivanafatica@gmail.com

Los autores no declaran conflictos de intereses

Recibido: 19/11/2025 | Aceptado: 15/04/2026

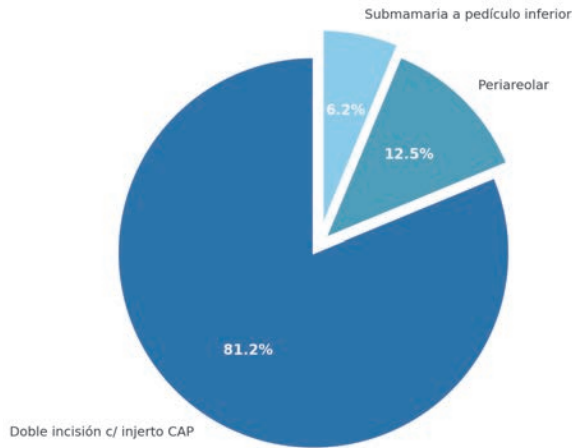


Figura 1. Distribución de técnicas quirúrgicas.

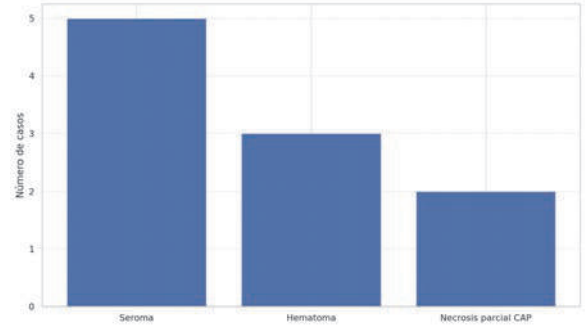


Figura 2. Complicaciones postoperatorias.

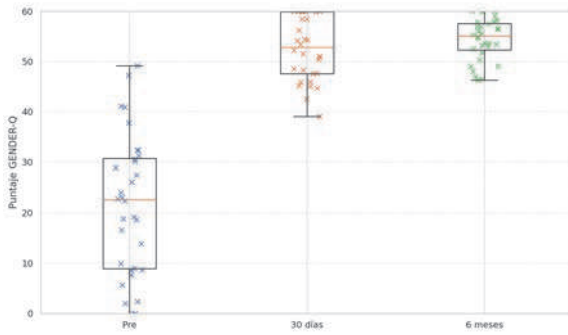


Figura 3. Evolución de puntajes GENDER-Q – Módulo Chest.

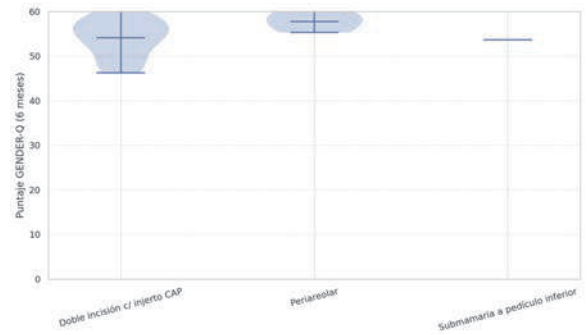


Figura 4. Distribución del puntaje Chest a 6 meses por técnica.

MATERIALES Y MÉTODOS

Se trata de un estudio prospectivo observacional realizado en el Hospital “Eva Perón” (San Martín, Provincia de Buenos Aires, Argentina), desde el 1 de marzo de 2022 hasta el 1 de marzo de 2025. Se incluyeron 32 pacientes transmasculinos mayores de 18 años con diagnóstico de disforia de género, evaluados en su período perioperatorio por el equipo interdisciplinario de psicología (psicoprofilaxis), endocrinología y cirugía plástica, conforme al protocolo institucional. Se aplicaron los módulos del GENDER-Q para tórax, cicatrices torácicas y complejo areola-pezones en tres momentos: preoperatorio (7 días antes, excepto en el módulo de cicatrices), postoperatorio mediato (30 días) y postoperatorio tardío (6 meses). La participación fue voluntaria y anónima a través de medios físicos y virtuales. Se obtuvo la autorización del Comité de Ética del hospital, y la licencia de Q-Portfolio para uso clínico del instrumento, el cual no se reproduce en este trabajo por estar protegido por derechos de autor.

CRITERIOS DE INCLUSIÓN:

- Edad mayor a 18 años.
- Diagnóstico de disforia de género.
- Evaluación por equipo interdisciplinario.
- Cirugía realizada en el hospital entre 2022–2025.
- Consentimiento informado firmado y tres evaluaciones completas del GENDER-Q.

CRITERIOS DE EXCLUSIÓN:

- Comorbilidades graves sin tratamiento.
- Cirugías incompletas o realizadas por fuera del equipo institucional.
- Pérdida de seguimiento o ausencia de cuestionarios completos.

RESULTADOS

N=34. Durante el estudio se perdieron en el seguimiento 2 pacientes que se excluyeron de la siguiente fase. Edad media: $27,3 \pm 7,0$ años. La técnica más frecuente fue la doble incisión con injerto libre de complejo areo-

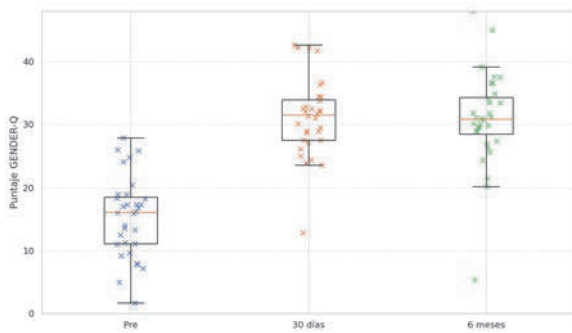


Figura 5. Evolución de puntajes GENDER-Q – Módulo Nipples/Areola.

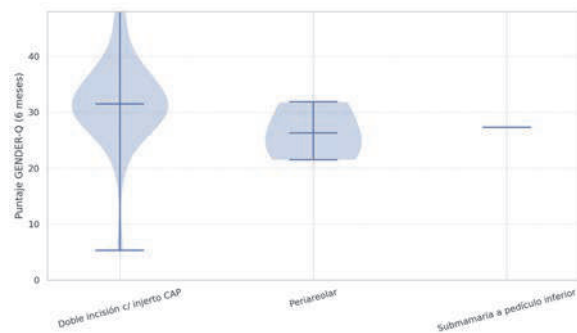


Figura 6. Distribución del puntaje Nipples/Areola a 6 meses por técnica.

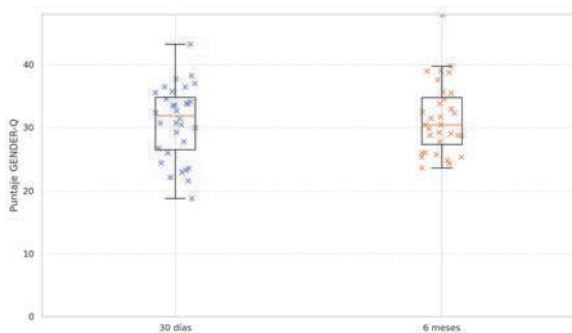


Figura 7. Evolución de puntajes GENDER-Q – Módulo Scars.

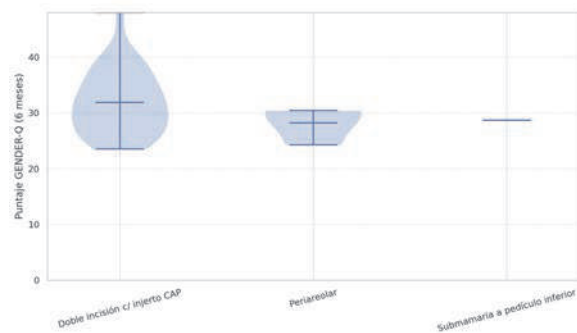


Figura 8. Distribución del puntaje Scars a 6 meses por técnica.

la-peazón (CAP) (26 pacientes, 81,25%) (**Imágenes 1 y 2**), luego la periareolar (4 pacientes, 12,5%) (**Imágenes 3 y 4**) y por último la submamaria a pedículo inferior (2 paciente 6,25%) (**Figura 1**) (**Imágenes 5 y 6**).

Las complicaciones más frecuentes fueron: seroma (5 casos, 15,6%), hematoma (3 casos, 9,37%), necrosis parcial CAP (2 casos, 6,25%) (**Figura 2**).

Puntajes GENDER-Q (promedio $\pm$ DE): *Chest* (tórax): Prequirúrgico $18,8 \pm 12,7$, 30 días $53,1 \pm 6,6$, 6 meses $54,8 \pm 4,2$. *Nipples & areolas* (pezones y areolas): Prequirúrgico $15,0 \pm 7,1$, 30 días $33,5 \pm 7,3$, 6 meses $35,8 \pm 8,2$. *Scars* (cicatrices): Prequirúrgico no aplica, 30 días $33,9 \pm 6,1$, 6 meses $35,3 \pm 5,3$. (**Figuras 3-8**).

El cambio individual medio en el módulo *Chest* (Δ 6m - pre) fue de 36.0 puntos (DE 2.83), con un rango de 23,3-48,7. El cambio individual medio en el módulo *Nipples & areolas* (Δ 6m - pre) fue de 16,8 puntos (DE 2,37), con un rango de 9,7-23,9.

Los resultados muestran una mejora progresiva en los puntajes de satisfacción en todos los dominios evaluados. En el módulo de tórax, la satisfacción promedio aumentó un 26,4% entre la instancia prequirúrgica y los 6 meses postoperatorios. Los módulos de cicatrices y complejo areola-peazón también evidenciaron incrementos sostenidos, especialmente en los casos sin complicaciones. Los resultados se grafican para mayor claridad.

DISCUSIÓN

Nuestros resultados concuerdan con los hallazgos reportados por Morrison et al., quienes en una serie de 72 pacientes observaron una mejora significativa en la satisfacción con el tórax y bajas tasas de complicaciones, predominando también la técnica de doble incisión con injerto libre del CAP⁸.

Asimismo, el trabajo de Klassen et al. sobre la validación del módulo Chest del BODY-Q destaca la sensi-



Imagen 1. Técnica de doble incisión con injerto libre de CAP. Preoperatorio.



Imagen 2. Técnica de doble incisión con injerto libre de CAP. Postoperatorio.



Imagen 3. Técnica periareolar: Preoperatorio.



Imagen 4. Técnica periareolar: Postoperatorio.



Imagen 5. Técnica de pedículo inferior: Preoperatorio.



Imagen 6. Técnica de pedículo inferior: Postoperatorio.

bilidad de los PROMs para capturar cambios en la percepción estética postquirúrgica, lo cual también fue evidenciado en nuestra cohorte⁶.

La revisión sistemática de promotores de uso de PROMs en cirugía de confirmación de género señala que la aplicación en múltiples momentos del proceso (preoperatorio, posoperatorio temprano y tardío) mejora la utilidad clínica del instrumento, modelo que replicamos exitosamente⁵.

Además, el trabajo de Masoud et al. introdujo el análisis lingüístico de redes sociales como forma indirecta de validar satisfacción quirúrgica, encontrando alta correlación con el bienestar emocional, reforzando el valor de evaluaciones subjetivas como GENDER-Q⁷.

Finalmente, estudios que aplican el BREAST-Q como antecedente metodológico también sostienen que la percepción estética y la simetría del CAP son factores clave en la satisfacción global del paciente³.

Nuestro contexto hospitalario público aporta evidencia regional valiosa, destacando que la atención trans integral puede implementarse con protocolos interdisciplinarios, resultados positivos y herramientas estandarizadas como el GENDER-Q. Las limitaciones incluyeron la duración del seguimiento y la posibilidad de pérdida de pacientes a los 6 meses.

CONCLUSIONES

La masculinización torácica en el ámbito hospitalario público muestra resultados altamente satisfactorios reportados por los propios pacientes cuando se aplican protocolos interdisciplinarios y herramientas de evaluación específicas como el GENDER-Q. El estudio confirma la utilidad de incorporar medidas centradas en el paciente para mejorar la atención en salud trans. Proponemos un enfoque basado en la individualiza-

ción quirúrgica según volumen mamario, grado de ptosis y calidad cutánea, priorizando resultados estéticos masculinos reproducibles y menor tasa de revisiones. En este contexto, elegimos la técnica de amputación con injerto libre de CAP en pacientes con mamas moderadas a grandes, ya que permite un control superior del contorno torácico, adecuada resección de piel y posicionamiento preciso del CAP. A diferencia de técnicas conservadoras como la peria-

reolar o colgajo inferior, ofrece resultados más predecibles en este grupo, aun considerando el *trade-off cicatricial*.

El GENDER-Q es una herramienta sensible y específica para cuantificar resultados estéticos y funcionales en masculinización torácica. La aplicación prospectiva y en múltiples fases brinda una visión más completa del impacto quirúrgico desde la perspectiva del paciente, incluso en un entorno público con recursos acotados.

BIBLIOGRAFÍA

1. Kamran R, Jackman L, Chan C, Suk Y, Jacklin C, Deck E, Rodrigues J. Implementation of patient-reported outcome measures for gender-affirming care worldwide: a systematic review. *JAMA Netw Open*. 2023;6(4):e236425.
2. Boudou A, Domínguez JA, Bozzano G, Estrada J. Ley Nacional N.º 26.743 de Identidad de Género. República Argentina. Sancionada el 9 de mayo de 2012. Disponible en: https://www.argentina.gob.ar/sites/default/files/ley-26.743-identidad-de-genero_0.pdf
3. Arora N, Patel R, Sohi G, et al. A scoping review of the application of BREAST-Q in surgical research. *JPRAS Open*. 2023;37:9–23.
4. Kaur MN, Rae C, Morrison SD, Laungani A, Brassard P, Mullender MG, et al. Development and assessment of a patient-reported outcome instrument for gender-affirming care. *JAMA Netw Open*. 2025;8(4):e254708.
5. Kaur MN, Morrison SD, Kennedy SL, van de Grift TC, Højgaard A, Jacobsen AL, et al. International study to develop a patient-reported outcome measure to evaluate outcomes of gender-affirming care—the GENDER-Q. *J Patient Rep Outcomes*. 2024;8(1):134.
6. Klassen AF, McEvenue G, Wang Y, Rae C, Kaur M, Johnson N, et al. The BODY-Q chest module: further validation in a Canadian chest masculinization surgery sample. *Aesthet Surg J*. 2021;41(5):566–74.
7. Black CK, Fan KL, Economides JM, Camden RC, Del Corral GA. Analysis of chest masculinization surgery results in female-to-male transgender patients: demonstrating high satisfaction beyond aesthetic outcomes using advanced linguistic analyzer technology and social media. *Plast Reconstr Surg Glob Open*. 2020;8(1):e2356.
8. Naides AI, Schultz JJ, Shulzhenko NO, Keith JD. Chest masculinization technique and outcomes in 72 double-incision chest-contouring procedures with free nipple grafting. *Plast Reconstr Surg Glob Open*. 2021;9(3):e3459.
9. Rausky J, Youkharibache A, Litrico L, Atlan M. Cirugía del tórax para el varón y la mujer transgénero. *EMC Cirugía plástica reparadora y estética*. 2024;32(1):1–8. [Artículo E–45–670].

Eficacia de la fijación del colgajo dermograso en pacientes con dermolipectomía abdominal: estudio retrospectivo de 82 casos

Efficacy of Dermofat Flap Fixation in Patients Undergoing Abdominal Dermolipectomy: A Retrospective Study of 82 Cases

Dr. Nicholas S. Murdoch Duncan^{1,2}, Dr. Rodrigo Juárez Calvi^{1,3}, Dr. Gustavo Prezzavento^{1,4}

RESUMEN

Introducción: La dermolipectomía abdominal es uno de los procedimientos más frecuentes en cirugía plástica; sin embargo, el seroma continúa siendo una de sus complicaciones más comunes, con incidencias reportadas entre el 10% y el 40%. Los puntos de fijación dermograsos descritos por Baroudi fueron propuestos para reducir el espacio muerto y, en consecuencia, la formación de seroma. No obstante, esta técnica ha sido cuestionada en múltiples ocasiones por el aumento del tiempo quirúrgico que conlleva. De esta controversia surge la necesidad de evaluar, en nuestro servicio, los beneficios reales de la utilización de suturas de fijación sobre la incidencia de seroma postoperatorio, así como su repercusión en el tiempo quirúrgico y la estancia hospitalaria.

Material y métodos: Estudio retrospectivo de cohortes basado en datos prospectivos de 82 pacientes sometidos a dermolipectomía abdominal entre 2020 y 2024. Se dividieron en dos grupos: con fijación (G1, n=52) y sin fijación (G0, n=30). Se analizó la incidencia de seroma clínicamente significativo, definido como la acumulación de líquido que requirió aspiración.

Resultados: La incidencia de seroma fue menor en G1 (7,7%) comparado con G0 (23,3%; p=0,05). Sin embargo, G1 presentó mayor tiempo quirúrgico (233 vs. 148 min; p<0,001).

Conclusión: La fijación del colgajo reduce significativamente la incidencia de seroma, aunque incrementa el tiempo quirúrgico.

Palabras clave: dermolipectomía, colgajo dermograso, fijación del colgajo, puntos de Baroudi, seroma, cirugía de contorno corporal.

ABSTRACT

Introduction: Abdominal dermolipectomy is one of the most frequently performed procedures in plastic surgery; however, seroma remains one of its most common complications, with reported incidences ranging from 10% to 40%. Dermofat fixation sutures described by Baroudi were proposed to reduce dead space and, consequently, seroma formation. Nevertheless, this technique has been repeatedly questioned due to the associated increase in operative time. This controversy underscores the need to evaluate, within our institution, the true benefits of fixation sutures on the incidence of postoperative seroma, as well as their impact on operative time and length of hospital stay.

Materials and Methods: A retrospective cohort study based on prospectively collected data was conducted, including 82 patients who underwent abdominal dermolipectomy between 2020 and 2024. Patients were divided into two groups: with flap fixation (G1, n = 52) and without fixation (G0, n = 30). The incidence of clinically significant seroma was analyzed and defined as fluid accumulation requiring aspiration.

Results: The incidence of seroma was lower in G1 (7.7%) compared with G0 (23.3%; p = 0.05). However, G1 was associated with a significantly longer operative time (233 vs. 148 minutes; p < 0.001).

Conclusion: Dermofat flap fixation significantly reduces the incidence of postoperative seroma, although it is associated with increased operative time.

Keywords: abdominal dermolipectomy, flap fixation, Baroudi sutures, seroma, body contouring surgery.

REVISTA ARGENTINA DE CIRUGÍA PLÁSTICA 2026;32(2):66-69. [HTTPS://DOI.ORG/10.32825/RACP/202602/0066-0069](https://doi.org/10.32825/RACP/202602/0066-0069)

INTRODUCCIÓN

La dermolipectomía abdominal es un procedimiento ampliamente utilizado en cirugía plástica con el objetivo de mejorar el contorno corporal mediante la resección del exceso de piel y tejido adiposo de la pared abdominal. A pesar de los avances en las técnicas quirúrgicas, la formación de seroma sigue siendo una de las complicaciones postoperatorias más frecuentes y desafiantes, con tasas de incidencia reportadas que varían

entre el 10 y el 40%¹⁻³. La presencia de seroma puede prolongar el tiempo de recuperación, aumentar el riesgo de infecciones y generar la necesidad de intervenciones adicionales, lo que impacta negativamente en los resultados estéticos y funcionales, así como en los costos hospitalarios.

Con el fin de minimizar esta complicación, se han implementado diversas estrategias^{3,6}, entre ellas, el uso de puntos de fijación del colgajo dermograso a la pared abdominal, también conocidos como puntos de Baroudi o suturas de *quilting*¹. Estos puntos buscan reducir el espacio muerto, disminuyendo la acumulación de líquido seroso, promoviendo así una mejor evolución postoperatoria. Sin embargo, su implementación implica un incremento en el tiempo quirúrgico y una mayor manipulación de los tejidos, lo que ha generado controversias en cuanto a su beneficio.

1. Servicio de Cirugía Plástica, Hospital Alemán de Buenos Aires, Argentina.
2. Residente del servicio de Cirugía Plástica, miembro en formación SACPER.
3. Médico Staff del servicio de Cirugía Plástica, miembro adherente SACPER.
4. Jefe de servicio de Cirugía Plástica, miembro titular SACPER.

✉ Correspondencia: Dr. Rodrigo Juárez Calvi. rodrigojuarezcalvi@gmail.com

Los autores no declaran conflictos de intereses

Recibido: 13/01/2026 | Aceptado: 14/04/2026

OBJETIVO

El objetivo principal de este estudio fue evaluar el impacto del uso de puntos de fijación dermograsos en la incidencia de seroma como complicación postoperatoria.

TABLA 1. Variables categóricas demográficas.

Variable	G1	G0	p
Sexo femenino	47 (90,4%)	27 (90%)	0,955
Cirugía bariátrica	14 (26,9%)	9 (30%)	0,623
Asma	4 (7,7%)	2 (6,7%)	0,929
HTA	3 (5,8%)	3 (10%)	0,423
DBT	1 (1,9%)	1 (3,3%)	0,652
Dislipemia	5 (9,6%)	0 (0%)	0,09
Tabaquismo	9 (17,3%)	0 (0%)	0,019
EPOC	0 (0%)	0 (0%)	-
Hernia abdominal	32 (61,5%)	9 (30%)	0,015
Diástasis de rectos abdominales	30 (57,7%)	6 (20%)	0,002

ria en pacientes sometidos a dermolipectomía abdominal. Como objetivos secundarios, se analizaron otras complicaciones postoperatorias, así como su influencia en parámetros quirúrgicos como el tiempo operatorio, y la estancia hospitalaria.

MATERIALES Y MÉTODOS

Se diseñó un estudio observacional, retrospectivo de cohortes, basado en una base de datos prospectiva. Se incluyeron pacientes intervenidos quirúrgicamente con dermolipectomía abdominal en nuestra institución entre enero de 2020 y diciembre de 2024. Los pacientes fueron divididos en dos grupos: un grupo en el que se utilizaron puntos de fijación del colgajo dermograso a la pared abdominal (G1) y otro en el que no se emplearon estos puntos (G0). Además, se realizó un subanálisis excluyendo a los pacientes con antecedente de cirugía bariátrica para evaluar su posible impacto en los resultados⁴. Se definió como pacientes con antecedente de cirugía bariátrica a aquellos con documentación de procedimientos como *bypass* gástrico. Se incluyeron pacientes mayores de 18 años. Todos fueron intervenidos mediante dermolipectomía abdominal como procedimiento principal y contaban con disponibilidad de datos clínicos y quirúrgicos. Se excluyeron aquellos con un seguimiento postoperatorio inferior a 30 días. Para los fines de este estudio, se definió seroma como la acumulación de líquido en el área quirúrgica que genera signos o síntomas clínicos, tales como abultamiento, dolor o incomodidad local, y que requiere punción y evacuación mediante aspiración con aguja. No se consideraron seromas aquellos detectados incidentalmente por estudios de imagen sin manifestaciones clínicas o que se resolvieron espontáneamente sin intervención. Los pacientes fueron evaluados clínicamente en controles regulares postoperatorios dentro de los primeros 3-5 días, seguido de visitas semanales durante el primer mes. Se analizaron variables demográficas, quirúrgicas y postoperatorias. Entre las variables demográficas se incluyeron edad, índice de masa corporal (IMC), sexo, antecedente de cirugía bariátrica, comorbilidades como hipertensión arterial, diabetes mellitus, dis-

TABLA 2. Variables categóricas quirúrgicas.

Variables	G1	G0	p
Hernioplastia asociada	30 (57,7%)	7 (23,3%)	0,004
Utilización de malla	22 (42,3%)	5 (16,7%)	0,022
Lipoaspiración asociada	32 (61,5%)	13 (43,3%)	0,147
Venda elástica adhesiva	39 (75%)	18 (60%)	0,222

lipemia, tabaquismo, EPOC, así como la presencia de hernias abdominales o diástasis de rectos. Las variables quirúrgicas incluyeron la realización de hernioplastia asociada, uso de malla, lipoaspiración asociada y volumen de grasa extraída, peso del colgajo dermograso resecado, tiempo quirúrgico, uso de venda elástica adhesiva en postoperatorio inmediato, días de internación y eventos intraoperatorios. En cuanto a las complicaciones postoperatorias, se estudiaron la presencia de seroma, infección, dehiscencia, necrosis del colgajo, sufrimiento umbilical, hematoma, necesidad de reoperación. El procedimiento quirúrgico fue realizado por cuatro cirujanos plásticos, pertenecientes al mismo servicio. La técnica quirúrgica se realizó conforme a lo descrito en la literatura por Saldanha et al.^{5,10} e incluyó una incisión suprapúbica, elevación del colgajo dermograso, resección del exceso de piel y plicatura de rectos abdominales en los casos indicados. En los pacientes del grupo con fijación, se utilizaron suturas absorbibles (poliglactina 3-0) colocadas uniformemente en líneas y columnas a una distancia de 2-3 cm, desde la porción superior hasta la inferior del colgajo, evitando tracciones asimétricas en la piel. En los casos del grupo sin fijación, se siguió el mismo protocolo quirúrgico, omitiendo los puntos de fijación. Se colocaron drenajes (Blake 15 Fr) y se indicó profilaxis antibiótica estándar. Se consideró un nivel de significancia estadística de $p < 0,05$. Los datos fueron analizados utilizando el software IBM SPSS Statistics. Se realizó un subanálisis excluyendo a los pacientes con antecedente de cirugía bariátrica para evaluar su impacto en los resultados.

RESULTADOS

Se incluyó un total de 82 pacientes operados de dermolipectomía abdominal. La media de edad de la población general fue de 48,4 años (rango: 27-80) y la media de IMC fue de 25,7 (rango: 16,9-35). Del total de los 82 pacientes, 23 fueron postbariátricos. Se incluyeron 52 pacientes en el grupo con fijación del colgajo dermograso a la pared abdominal (G1) y 30 pacientes en el grupo sin fijación (G0). Las características demográficas fueron similares entre ambos grupos, sin diferencias estadísticamente significativas en variables como edad (media 49,3 frente a 46,8; $p=0,343$), IMC (media 25,6 frente a 25,8; $p=0,851$), sexo (92,3% frente a 90%; $p=0,812$), antecedentes de cirugía bariátrica (26,9% frente a 30%; $p=0,955$), presencia de asma (9,6% frente a 10%;

TABLA 3. Variables categóricas postoperatorias.

Variables	G1	G0	p
Seroma	4 (7,7%)	7 (23,3%)	0,05
Seroma (excluyendo pacientes postbariátricos)	1 (2,9%)	4 (25%)	0,033
Infección	1 (1,9%)	4 (13,3%)	0,04
Dehiscencia	4 (7,7%)	6 (20%)	0,11
Necrosis	0 (0%)	0 (0%)	-
Sufrimiento umbilical	10 (19,2%)	2 (3,3%)	0,11
Hematoma	2 (3,8%)	1 (3,3%)	0,888

p=0,942), hipertensión arterial (34,6% frente a 36,7%; p=0,881), diabetes (15,4% frente a 13,3%; p=0,805) o dislipemia (21,2% frente a 20%; p=0,923). La prevalencia de tabaquismo fue significativamente mayor en el grupo con fijación (17,3%; n=9) en comparación con el grupo sin fijación (0%; n=0) (p=0,019) (**Tabla 1**). En cuanto a las características quirúrgicas, la presencia de hernia abdominal fue más frecuente en el G1 (61,5% frente a 30%; p=0,015), al igual que la diástasis de rectos (57,7% frente a 20%; p=0,002) y la necesidad de hernioplastia asociada (57,7% frente a 23,3%; p=0,004). Asimismo, el uso de malla para reforzar la pared abdominal fue mayor en el G1 (42,3% frente a 16,7%; p=0,022). No se observaron diferencias significativas en la realización de lipoaspiración asociada (p=0,147) ni en el uso de venda elástica adhesiva durante el postoperatorio inmediato (p=0,222) (**Tabla 2**). Respecto a las complicaciones postoperatorias, a pesar de que en el G1 se realizaron más hernioplastias, eventroplastias y cirugías con colocación de malla de polipropileno, la incidencia de seromas mostró una tendencia hacia la disminución (7,7% frente a 23,3%; p=0,05). La frecuencia de infecciones fue significativamente menor en el G1 (1,9% frente a 13,3%; p=0,04). No se observaron diferencias significativas en la incidencia de dehiscencias (p=0,11) ni de hematomas (p=0,704), mientras que no se registraron casos de necrosis en ninguno de los grupos (**Tabla 3**). Luego de excluir a los pacientes postbariátricos, la incidencia de seromas se distribuyó de la siguiente manera: del total de pacientes sin antecedente de cirugía bariátrica, el 2,9% del G1 desarrolló seroma, mientras que el 25% del G0 presentó esta complicación, con una diferencia estadísticamente significativa (p=0,033) (**Tabla 3**). En las variables continuas, los pacientes del G1 presentaron un tiempo quirúrgico mayor (233 minutos frente a 148 minutos; p<0,001). Además, los días de hospitalización fueron significativamente más prolongados en el G1 (1,21 frente a 0,76 días; p=0,001) (**Tabla 4**).

DISCUSIÓN

Los resultados de este estudio demuestran que la fijación del colgajo dermograso a la pared abdominal es una estrategia efectiva para reducir la incidencia de seromas en pacientes sometidos a dermolipectomía abdominal. A pesar de que esta técnica ha sido imple-

TABLA 4. Variables continuas.

Variables	G1	G0	p
Edad	49,3	46,8	0,343
IMC	25,6	25,8	0,184
Volumen de liposucción (ml)	1172	880	0,184
Peso del colgajo (g)	1202	2457	0,020
Tiempo quirúrgico (min)	233	148	<0,001
Días de hospitalización	1,21	0,76	0,010

mentada con éxito en diversas series clínicas, su aplicación continúa generando debate en la literatura debido al incremento del tiempo quirúrgico^{1,2}. En nuestra serie, la incidencia de seroma en el grupo con fijación (G1) fue significativamente menor en comparación con el grupo sin fijación (G0) (7,7% *vs.* 23,3%; p=0,05). Sforza et al. reportaron resultados similares, demostrando una reducción significativa en la formación de seroma al utilizar puntos de fijación en comparación con técnicas convencionales². Asimismo, Liao et al. en su metaanálisis reciente confirmaron su eficacia para disminuir la incidencia de seroma³. En cuanto al tiempo quirúrgico, se observó un incremento significativo en el grupo con fijación (233 *vs.* 148 minutos; p<0,001), lo que plantea un desafío relevante en la optimización del procedimiento. Estudios como los de Hardy et al. han demostrado que tiempos operatorios prolongados pueden asociarse con un mayor riesgo de complicaciones, como infección y dehiscencia de la herida⁸. Sin embargo, en nuestra serie, la tasa de infección fue menor en el grupo con fijación (1,9% *vs.* 13,3%; p=0,04). Es importante considerar que el mayor tiempo quirúrgico observado en este grupo podría atribuirse, al menos en parte, a una mayor frecuencia de procedimientos asociados, tales como eventroplastias o reparaciones de la pared abdominal con colocación de malla. Alternativas técnicas, como el uso de suturas barbadadas o adhesivos tisulares, han mostrado resultados prometedores al reducir el tiempo operatorio sin comprometer los resultados clínicos^{3,6,9}. Es importante destacar que los pacientes postbariátricos representaron un subgrupo con mayor incidencia de complicaciones en estudios previos⁴. Sin embargo, al excluir a estos pacientes en nuestro subanálisis, se observó una reducción aún más significativa en la tasa de seroma en el grupo con fijación (2,9% *vs.* 25%; p=0,033), lo que refuerza la eficacia de esta técnica en la población general. Desde el punto de vista técnico, la técnica de fijación utilizada en este estudio se basó en el método descrito por Baroudi et al., con puntos absorbibles distribuidos uniformemente a intervalos de 2-3 cm, lo que permitió una distribución homogénea de las tensiones en el colgajo⁵. Estudios previos han demostrado que esta técnica no solo reduce el riesgo de seroma, sino que también favorece una mejor adaptación del colgajo, reduciendo el riesgo de necrosis y dehiscencia^{5,7,9}.

Las limitaciones de nuestro estudio incluyen su diseño retrospectivo, que puede introducir sesgos en la selección de pacientes y la recolección de datos. Además, el tamaño de la muestra relativamente reducido podría limitar la generalización de los resultados.

CONCLUSIÓN

La fijación del colgajo dermograso a la pared abdominal durante la dermolipectomía demostró ser una estrategia efectiva para reducir la incidencia de seromas. Cabe destacar que este efecto se observó incluso en pacientes con factores de riesgo adicionales.

El grupo con fijación (G1) presentó una mayor complejidad quirúrgica, con una mayor proporción de hernioplastias y uso de mallas abdominales, así como una mayor prevalencia de tabaquismo. No obstante, la in-

cidencia de seromas fue significativamente menor en comparación con el grupo sin fijación. Estos resultados sugieren que los puntos de fijación desempeñan un papel relevante en la reducción del espacio muerto y en la disminución del riesgo de seroma tras la dermolipectomía abdominal.

No obstante, los beneficios observados deben considerarse en relación con el mayor tiempo quirúrgico registrado en el grupo con fijación. Esto subraya la necesidad de explorar estrategias alternativas orientadas a optimizar los resultados sin aumentar la duración del procedimiento.

Se requieren estudios prospectivos adicionales con un mayor tamaño muestral para validar estos resultados y evaluar el impacto de esta técnica en poblaciones más diversas.

BIBLIOGRAFÍA

1. Baroudi R, Ferreira CAA. Seroma: How to Avoid It and How to Treat It. *Aesthetic Surg. J.* 1998; 18(6): 439-441.
2. Sforza M, Husein R, Andjelkov K, Rozental-Fernandes PC, Zaccchedu R, Jovanovic M. Use of Quilting Sutures During Abdominoplasty to Prevent Seroma Formation: Are They Really Effective? *Aesthetic Surg. J.* 2015; 35(5): 574-580.
3. Liao CD, Zhao K, Nikkhahmanesh N, Bui DT. Decreasing Seroma Incidence Following Abdominoplasty: A Systematic Review and Meta-Analysis of High-Quality Evidence. *Aesthetic Surg. J. Open Forum*, 2024; Vol. 6, p. ojae016. US: Oxford University Press.
4. Sirota M, Weiss A, Billig A, Hassidim A, Zaga J, Adler N. Abdominoplasty complications—what additional risks do postbariatric patients carry? *J. Plast. Reconstr. Aesthet. Surg.*, 2021; 74(12): 3415-3420.
5. Saldanha OR, Azevedo DM, Azevedo SFD, Ribeiro DV, Nagassaki E, Gonçalves Junior P, et al. Lipoabdominoplastia: redução das complicações em cirurgias abdominais. *Rev. Bras. Cir. Plást.*, 2011; 26(2): 275-279.
6. Lee KT, Mun GH. Fibrin Sealants and Quilting Suture for Prevention of Seroma Formation Following Latissimus Dorsi Muscle Harvest: A Systematic Review and Meta-analysis. *Aesthetic Plast. Surg.* 2015; 39(3): 399-409.
7. Martins MRC, Moraes BZF, Fabri DC, Castro HAS, Rostom L, Ferreira LM, et al. The Effect of Quilting Sutures on the Tension Required to Advance the Abdominal Flap in Abdominoplasty. *Aesthetic Surg. J.* 2022; 42(6): 628-634.
8. Hardy KL, Davis KE, Constantine RS, Chen M, Hein R, Jewell JL, et al. The impact of operative time on complications after plastic surgery: A multivariate regression analysis of 1753 cases. *Aesthetic Surg. J.*, 2014; 34(4): 614-622.
9. Rosen AD. Use of Absorbable Running Barbed Suture and Progressive Tension Technique in Abdominoplasty: A Novel Approach. *Plast. Reconstr. Surg.*, 2010; 125(3): 1024-1027.
10. Shiffman MA, Mirrafati S. *Aesthetic Surgery of the Abdominal Wall*. Berlin, Heidelberg: Springer-Verlag; 2005. Págs. 62-63.

Síndrome ASIA y linfoma anaplásico de células grandes asociado a implantes mamarios (BIA-ALCL)

ASIA Syndrome and Breast Implant-Associated Anaplastic Large Cell Lymphoma (BIA-ALCL)

Dr. Néstor Vincent^{1,2}, Dr. Ezequiel Vincent¹

RESUMEN

Antecedentes: Los implantes mamarios se encuentran entre los dispositivos médicos más utilizados en todo el mundo, con una población estimada que supera los 20 millones de mujeres que los utilizan. A pesar de las continuas mejoras en el diseño y la seguridad de los implantes, se han descrito enfermedades raras asociadas a ellos, en particular el síndrome autoinmune/inflamatorio inducido por adyuvantes (ASIA) y el linfoma anaplásico de células grandes asociado a implantes mamarios (BIA-ALCL).

Incidencia: La incidencia estimada de ASIA en pacientes con implantes mamarios es de aproximadamente 1 por 30.000, mientras que el BIA-ALCL es considerablemente más raro, con una incidencia cercana a 1 por 300.000 pacientes implantados.

Objetivo: Analizar ambas entidades desde una perspectiva clínica, inmunológica y epidemiológica, haciendo hincapié en la importancia de una historia clínica preoperatoria exhaustiva y una adecuada selección de las pacientes.

Discusión: La evidencia actual sugiere que los implantes mamarios no deben considerarse agentes causales directos, sino más bien posibles desencadenantes epigenéticos o inmunomoduladores en pacientes biológicamente predisuestos. Los factores relacionados con el huésped parecen desempeñar un papel fundamental en el desarrollo de ambas afecciones.

Conclusión: El ASIA y el BIA-ALCL son eventos poco frecuentes en relación con el uso generalizado de implantes mamarios. Una historia clínica preoperatoria meticulosa y una selección cuidadosa de las pacientes pueden reducir significativamente su incidencia y deben considerarse componentes esenciales de la cirugía moderna de implantes mamarios.

Palabras clave: implantes mamarios, síndrome ASIA, BIA-ALCL, respuesta autoinmune, inmunomodulación, cirugía plástica.

ABSTRACT

Background: Breast implants are among the most widely used medical devices worldwide, with an estimated population exceeding 20 million implanted women. Despite continuous improvements in implant design and safety, rare implant-associated conditions have been described, particularly autoimmune/inflammatory syndrome induced by adjuvants (ASIA) and breast implant-associated anaplastic large cell lymphoma (BIA-ALCL).

Incidence: The estimated incidence of ASIA in patients with breast implants is approximately 1 in 30,000, while BIA-ALCL is considerably rarer, with an incidence close to 1 in 300,000 implanted patients.

Objective: To analyze both entities from a clinical, immunological, and epidemiological perspective, emphasizing the role of thorough preoperative medical history and appropriate patient selection.

Discussion: Current evidence suggests that breast implants should not be considered direct causal agents, but rather potential epigenetic or immunomodulatory triggers in biologically predisposed patients. Host-related factors appear to play a central role in the development of both conditions.

Conclusion: ASIA and BIA-ALCL are rare events in relation to the widespread use of breast implants. A meticulous preoperative medical history and careful patient selection may significantly reduce their occurrence and should be considered essential components of modern breast implant surgery.

Keywords: Breast implants, ASIA syndrome, BIA-ALCL, Autoimmune response, Immunomodulation, plastic surgery.

REVISTA ARGENTINA DE CIRUGÍA PLÁSTICA 2026;32(2):70-72. [HTTPS://DOI.ORG/10.32825/RACP/202602/0070-0072](https://doi.org/10.32825/RACP/202602/0070-0072)

INTRODUCCIÓN

La cirugía mamaria con implantes ha evolucionado de manera sostenida desde su introducción en la práctica clínica, incorporando mejoras sustanciales en los materiales de relleno, las cubiertas elastoméricas y las características de la superficie del implante. Estos avances han permitido reducir complicaciones mecánicas e infecciosas, consolidando al implante mamario como un dispositivo confiable y ampliamente aceptado¹.

Sin embargo, la interacción prolongada entre un implante permanente y el sistema inmunológico del huésped

continúa siendo un área de investigación activa. En este contexto, el síndrome ASIA y el BIA-ALCL representan dos modelos distintos de respuesta biológica frente a un implante: uno de carácter inflamatorio-autoinmune y otro de naturaleza oncohematológica. Aunque ambas entidades son raras, su análisis resulta imprescindible para una práctica quirúrgica responsable².

SÍNDROME AUTOINMUNE/INFLAMATORIO INDUCIDO POR ADYUVANTES ASOCIADO A IMPLANTES MAMARIOS

El síndrome autoinmune/inflamatorio inducido por adyuvantes (ASIA), descrito por Shoenfeld y Agmon-Levin, agrupa un conjunto de manifestaciones clínicas sistémicas inespecíficas que pueden aparecer tras la exposición a sustancias con potencial inmunoes-timulante, denominadas adyuvantes³.

Los síntomas más frecuentemente reportados incluyen fatiga crónica, artralgias, mialgias, trastornos cog-

1. Clínica Ciencia Estética Quirúrgica, La Plata, Prov. de Buenos Aires, Argentina

2. Miembro Titular SACPER

✉ **Correspondencia:** Dr. Néstor Vincent. drnestorvincent@gmail.com

nitivos, sequedad ocular y oral, con un amplio solapamiento con enfermedades autoinmunes clásicas. En pacientes con implantes mamarios, la incidencia estimada es de aproximadamente 1/30.000, lo que lo convierte en un evento poco frecuente⁴.

Estudios epidemiológicos de gran escala no han demostrado una relación causal directa entre implantes mamarios y enfermedades autoinmunes^{5,6}. No obstante, se ha postulado que el implante podría actuar como un factor epigenético desencadenante en pacientes genéticamente predispuestas, favoreciendo la expresión clínica de una enfermedad previamente latente⁷.

Desde un punto de vista clínico, la colocación de implantes mamarios debería evitarse en pacientes con antecedentes familiares relevantes de enfermedades autoinmunes, proteína C reactiva persistentemente elevada o patologías autoinmunes diagnosticadas o subclínicas, tales como síndrome de Sjögren, fenómeno de Raynaud, ojo seco severo o artritis autoinmune.

LINFOMA ANAPLÁSICO DE CÉLULAS GRANDES ASOCIADO A IMPLANTES MAMARIOS

El BIA-ALCL es un linfoma T periférico poco frecuente, CD30 positivo y ALK negativo, que se desarrolla en relación con la cápsula periprotésica. Fue reconocido como una entidad clínica específica por la Organización Mundial de la Salud, lo que permitió unificar criterios diagnósticos y terapéuticos⁸.

La incidencia global estimada es de aproximadamente 1 caso cada 300.000 pacientes implantadas, con una fuerte asociación a implantes de superficie macrotextrada⁹. El pronóstico suele ser favorable cuando el diagnóstico es precoz y el tratamiento consiste en la explantación completa con capsulectomía total.

Además del tipo de implante, los casos reportados muestran mayor frecuencia en pacientes con estados de inmunodepresión, enfermedades crónicas severas (hepáticas o pancreáticas), antecedentes oncológicos, trastornos depresivos mayores y un índice de masa corporal extremadamente bajo (IMC < 16)¹⁰.

La detección de la bacteria *Ralstonia pickettii* en estudios iniciales llevó a considerar un posible rol etiopatogénico del biofilm bacteriano. Sin embargo, la evidencia actual indica que se trata de una bacteria gram negativa ambiental, frecuente en entornos hospitalarios, que coloniza preferentemente tejidos de pacientes inmunodeprimidos, sin constituir un factor causal primario del linfoma¹¹.

El linfoma anaplásico de células grandes asociado a implantes mamarios (BIA-ALCL) es un linfoma T periférico poco frecuente, CD30 positivo y ALK negativo, que se desarrolla en relación con la cápsu-

la periprotésica. Fue reconocido como una entidad clínica específica por la Organización Mundial de la Salud, lo que permitió unificar criterios diagnósticos y terapéuticos⁸.

La incidencia global estimada es de aproximadamente 1 caso cada 300.000 pacientes implantadas, con una fuerte asociación a implantes de superficie macrotextrada⁹. El pronóstico suele ser favorable cuando el diagnóstico es precoz y el tratamiento consiste en la explantación completa con capsulectomía total.

Además del tipo de implante, los casos reportados muestran mayor frecuencia en pacientes con estados de inmunodepresión, enfermedades crónicas severas (hepáticas o pancreáticas), antecedentes oncológicos, trastornos depresivos mayores y un índice de masa corporal extremadamente bajo (IMC < 16)¹⁰.

La detección de la bacteria *Ralstonia pickettii* en estudios iniciales llevó a considerar un posible rol etiopatogénico del biofilm bacteriano. Sin embargo, la evidencia actual indica que se trata de una bacteria Gram negativa ambiental, frecuente en entornos hospitalarios, que coloniza preferentemente tejidos de pacientes inmunodeprimidos, sin constituir un factor causal primario del linfoma¹¹.

DISCUSIÓN

El análisis conjunto del síndrome ASIA y del BIA-ALCL permite identificar un punto de convergencia fundamental: la respuesta del huésped. El implante mamario no puede ser evaluado de forma aislada, sino como parte de un sistema biológico complejo en el que intervienen factores genéticos, inmunológicos y ambientales.

La ausencia de una anamnesis profunda puede transformar un procedimiento electivo en un factor facilitador de patología futura. En este sentido, la historia clínica adquiere un valor superior a los estudios de laboratorio aislados y debe ocupar un rol central en la indicación quirúrgica.

CONCLUSIÓN

El síndrome ASIA y el BIA-ALCL son entidades infrecuentes en relación con la cantidad del uso de implantes mamarios a nivel mundial.

La evidencia disponible sugiere que una correcta selección de pacientes, basada en una anamnesis minuciosa orientada a detectar factores inmunológicos y enfermedades subclínicas, podría reducir significativamente la aparición de estas patologías.

En la cirugía plástica mamaria actual, la excelencia no reside únicamente en la técnica quirúrgica, sino en la capacidad de indicar con criterio médico integral.

BIBLIOGRAFÍA

1. Balk EM, Earley A, Avendano EA, Raman G. Long-term health outcomes in women with silicone gel breast implants. *Ann Intern Med.* 2016;164(3):164-75.
2. Coroneos CJ, Selber JC, Offodile AC 2nd, Butler CE, Clemens MW. US FDA breast implant postapproval studies: long-term outcomes in 99,993 patients. *Ann Surg.* 2019;269(1):30-6.
3. Shoenfeld Y, Agmon-Levin N. ASIA - autoimmune/inflammatory syndrome induced by adjuvants. *J Autoimmun.* 2011;36(1):4-8.
4. Watad A, Quaresma MR, Bragazzi NL, Cervera R, Tervaert JWC, Amital H, et al. Autoimmune/inflammatory syndrome induced by adjuvants (ASIA): clinical aspects. *J Autoimmun.* 2017;83:1-9.
5. Janowsky EC, Kupper LL, Hulka BS. Meta-analysis of the relation between silicone breast implants and the risk of connective tissue disease and breast implants. *N Engl J Med.* 2000;342(11):781-90.
6. Singh N, Picha GJ, Hardas B, Mintz S, Yoho RA. Autoimmune disease and breast implants: a systematic review. *Plast Reconstr Surg.* 2017;139(4):798-808.
7. Colaris MJL, de Boer M, van der Hulst RR, Cohen Tervaert JW. Patient susceptibility in ASIA syndrome. *Immunol Res.* 2017;65(1):120-30.
8. Swerdlow SH, Campo E, Harris NL, Jaffe ES, Pileri SA, Stein H, et al., editors. *WHO classification of tumours of haematopoietic and lymphoid tissues. Revised 4th ed.* Lyon: International Agency for Research on Cancer; 2017. (World Health Organization classification of tumours; vol. 2).
9. Brody GS, Deapen D, Taylor CR, Wiener W, Martin S, Brand RM, et al. Anaplastic large cell lymphoma occurring in women with breast implants: analysis of 173 cases. *Plast Reconstr Surg.* 2015;135(3):695-705.
10. Clemens MW, Horwitz SM. Evaluating risk factors for BIA-ALCL. *Plast Reconstr Surg.* 2017;139(5):1029-40.
11. Hu H, Johani K, Almatroudi A, Vickery K, Van Natta B, Kadin ME, et al. Bacterial biofilm infection detected in breast implant-associated ALCL. *Plast Reconstr Surg.* 2016;137(6):1659-69.

Abordaje conservador del queloide auricular: infiltración intralesional y ligadura pedicular

Conservative approach to auricular keloid: intralesional infiltration and pedicle ligation

Dra. Annika Stückerath¹, Dr. Gustavo Parera²

RESUMEN

Introducción: El queloide auricular es una patología frecuente, habitualmente asociada a perforaciones para colocación de aros o piercing. El tratamiento incluye la resección quirúrgica y radioterapia adyuvante, estrategia que durante la pandemia se vio limitada por la imposibilidad de acceso a radioterapia y por restricciones de cobertura de obras sociales.

Objetivo: Describir una alternativa terapéutica no quirúrgica basada en infiltraciones intralesionales y ligadura, realizada en consultorio.

Material y métodos: Se aplicó infiltración con 5-fluorouracilo y triamcinolona, asociada a ligadura del pedículo del queloide auricular, con controles seriados.

Resultados: Se observó necrosis y caída espontánea del queloide, con adecuada evolución local y baja morbilidad.

Conclusión: El método representa una opción interesante, ambulatoria y sin necesidad de cirugía ni radioterapia.

Palabras clave: queloide auricular, 5-fluorouracilo, triamcinolona, tratamiento conservador, ligadura pedicular.

ABSTRACT

Introduction: Auricular keloids are a common pathology, usually associated with ear piercings. Treatment typically involves surgical resection and adjuvant radiotherapy, a strategy that was limited during the pandemic due to restricted access to radiotherapy and limitations in insurance coverage.

Objective: To describe a non-surgical therapeutic alternative based on intralesional infiltrations and ligation, performed in an outpatient setting.

Materials and methods: Infiltration with 5-fluorouracil and triamcinolone was applied, combined with ligation of the auricular keloid pedicle, followed by serial follow-up visits.

Results: Necrosis and spontaneous shedding of the keloid were observed, with favorable local outcomes and low morbidity.

Conclusion: This method represents an interesting, outpatient option that does not require surgery or radiotherapy.

Keywords: auricular keloid, 5-fluorouracil, triamcinolone, conservative treatment, pedicle ligation.

REVISTA ARGENTINA DE CIRUGÍA PLÁSTICA 2026;32(2):73-76. [HTTPS://DOI.ORG/10.32825/RACP/202602/0073-0076](https://doi.org/10.32825/RACP/202602/0073-0076)

INTRODUCCIÓN

El queloide es una proliferación fibroblástica benigna caracterizada por crecimiento excesivo de tejido cicatrizal que excede los límites de la herida original¹. En la región auricular, que es una de las zonas de mayor predilección¹, suele relacionarse con perforaciones por colocación de *piercings*, presentándose en la mayoría de los casos como lesiones pediculadas. Su fisiopatología hasta el momento es idiopática; sin embargo, se conoce que implica un depósito aberrante de colágeno que prolifera más allá del lugar original del traumatismo². Los queloides están fuertemente influenciados por la genética. Esto explica en parte las diferencias étnicas en la susceptibilidad a los queloides: los queloides son comunes en los africanos (5%-10%), menos comunes en los asiáticos (0,1% - 1%) y raros en los europeos/norteamericanos (<0,1%)³.

Tradicionalmente, el tratamiento de los queloides auriculares ha evolucionado para utilizar la resección quirúrgica complementada con una o más terapias adyuvantes, como radioterapia, inyección de esteroides, láser, crioterapia, inyección de plasma rico en plaquetas y presoterapia, con el objetivo de disminuir la elevada tasa de recidiva². Sin embargo, durante el contexto de pandemia, el acceso a radioterapia se vio limitado, y en la práctica habitual las obras sociales no siempre autorizaban este abordaje combinado.

El objetivo de este trabajo es describir una técnica alternativa, no quirúrgica, ambulatoria y reproducible, basada en infiltraciones intralesionales con quimioterápicos y corticoides, asociadas a ligadura del pedículo del queloide. Es importante destacar que esta técnica está indicada exclusivamente en queloides auriculares pediculados, donde es posible realizar una ligadura efectiva del pedículo. No se considera aplicable a lesiones sésiles o de base amplia, en las cuales el abordaje terapéutico debe ser diferente.

MATERIALES Y MÉTODOS

Se incluyeron 54 pacientes con diagnóstico clínico de queloide auricular, de ambos sexos y distintas edades, atendidos en consultorio externo de cirugía plástica

1. Médica.

2. Cirujano plástico, Sanatorio La Española. Comodoro Rivadavia, Chubut. Miembro Adherente de SACPER.

✉ **Correspondencia:** Dra. Annika Stückerath. annistuckerathmed@gmail.com



Figura 1. Técnica conservadora para queloides auricular. A) Queloides pediculado. B) Infiltración intralesional. C) Ligadura del pedículo. D) Resolución de la lesión.

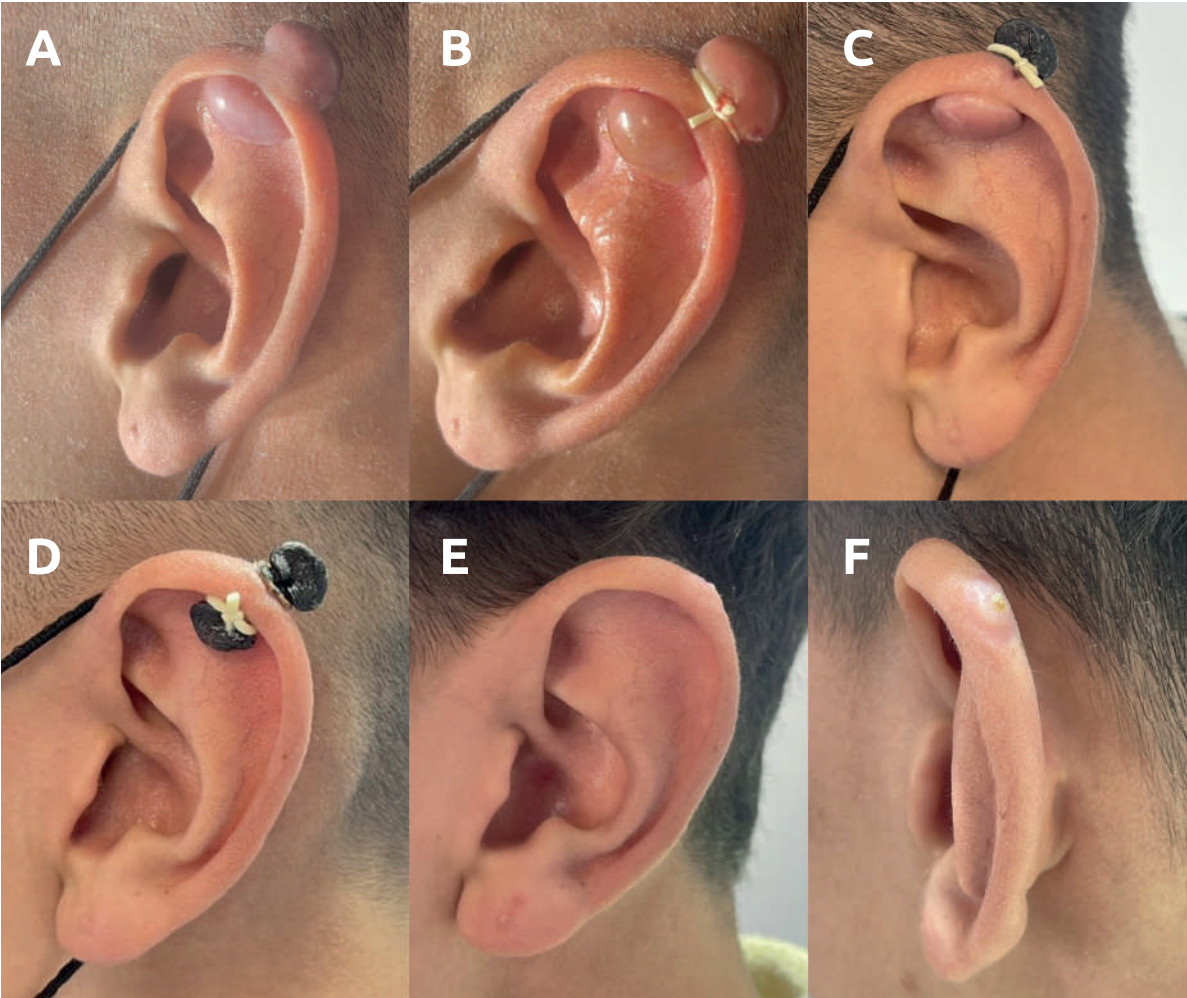


Figura 2. Caso clínico 1: secuencia evolutiva del tratamiento del queloides en el pabellón auricular. A-B) Lesión nodular compatible con queloides auricular. C-D) Infiltración y colocación de dispositivo de compresión. E-F) Evolución favorable con resolución de la lesión y presencia de una mínima hiperpigmentación secuelar.

tanto en ámbito privado como en el Hospital Regional de Comodoro Rivadavia desde enero del 2020 hasta diciembre del 2025. Las lesiones eran pediculadas, se-

cundarias a perforaciones auriculares. El procedimiento se realizó de manera ambulatoria. El esquema terapéutico se estructuró en tres etapas:



Figura 3. Caso clínico 2: secuencia evolutiva del tratamiento del queloide en el pabellón auricular. A-B) Lesión nodular compatible con queloide auricular. C-D) Infiltración y colocación de dispositivo de compresión. E-F) Evolución favorable con resolución de la lesión y presencia de una mínima hiperpigmentación secular.

Fase preligadura: se realizaron infiltraciones intraleSIONALES con 5-fluorouracilo (0,5 ml) y triamcinolona (0,6 ml; concentración habitual 30-40 mg/ml), con el objetivo de reducir el volumen y la actividad fibroblástica del queloide. En algunos casos, se agregó lidocaína (0,1 ml) para analgesia local.

Fase de ligadura: una vez evidenciada la disminución del volumen y la consistencia de la lesión, se procedió a la ligadura firme del pedículo en su base, generando isquemia controlada del tejido.

Fase postligadura: tras la necrosis y desprendimiento del queloide, se continuó con infiltraciones seriadas de la base residual cada 15 días hasta lograr su involución completa. El número total de infiltraciones varió entre 3 y 6 sesiones según la evolución clínica.

RESULTADOS

En general, los pacientes presentaron dolor leve posterior al tratamiento, autolimitado. Entre los 15 y 20 días posteriores a la ligadura, se observó necrosis y caída espontánea del queloide.

Las infiltraciones seriadas permitieron una adecuada involución de la base residual, con reducción progresiva del volumen y sin exposición del cartílago auricular. No se registraron complicaciones mayores. Como secuela, algunos pacientes presentaron discreta mácula hiperpigmentada. El procedimiento evitó la necesidad de cirugía y radioterapia, reduciendo el riesgo de cicatriz residual amplia y potencial recidiva asociada a la resección quirúrgica.

DISCUSIÓN

El tratamiento del queloide auricular continúa siendo un desafío debido a su elevada tasa de recurrencia. La resección quirúrgica puede generar defectos amplios, con riesgo de exposición cartilaginosa y formación de nuevas cicatrices predisponentes a recidiva.

Una revisión sistemática llevada a cabo por Zawadiuk et al. destaca la elevada tasa de recidiva de los queloides auriculares tras resección quirúrgica únicamente, que oscila entre 45% y 100%, y justifica el empleo de terapias adyuvantes como esteroides o radioterapia⁴. La técnica descrita combina el efecto antifibroblástico del 5-fluorouracilo, un análogo de la pirimidina uracilo⁵, con la acción antiinflamatoria y antiproliferativa de la triamcinolona, un corticosteroide⁶, sumados a la isquemia inducida por la ligadura del pedículo. La terapia de compresión puede promover la cicatrización de heridas mediante vasoconstricción local que limita la inflama-

ción inducida por quemaduras. Esto permite la necrosis controlada del queloide y el tratamiento progresivo de su base. Un metaanálisis de 12 ensayos controlados randomizados demostró que la terapia de compresión de 15 a 25 mmHg mejora el grosor, el eritema y la dureza de las quemaduras y las cicatrices hipertróficas⁷, sustentando el fundamento para la realización de la ligadura.

CONCLUSIÓN

Este método constituye una alternativa interesante y confiable, realizable en consultorio, que evita la intervención quirúrgica y la radioterapia, especialmente útil en contextos de acceso y recursos limitados. La serie presentada, junto con el respaldo de bibliografía reciente, refuerza el valor de este recurso terapéutico conservador y puede estimular la publicación de nuevas experiencias clínicas en el manejo del queloide auricular.

BIBLIOGRAFÍA

1. Ji R, Wang W, Yang Y, Hu M, Mao X, Qi Z, Chen Z. Clinical study of ear keloids with surgical excision and intraoperative low-energy X-ray irradiation therapy. *Lin Chuang Er Bi Yan Hou Tou Jing Wai Ke Za Zhi*. 2024 Apr;38(4):310-5. *Journal of clinical Otorhinolaryngology Head and Neck Surgery*. doi: 10.13201/j.issn.2096-7993.2024.04.009. PMID: 38563174; PMCID: PMC11387287.
2. Wang MM, Cai XN, Ji YC. Comprehensive treatment of ear keloid: a case report. *Medicine (Baltimore)*. 2023;102(14):e33444. doi:10.1097/MD.00000000000033444.
3. Ogawa, R. (2022). The most current algorithms for the treatment and prevention of hypertrophic scars and keloids: A 2020 update of the algorithms published 10 years ago. *Plastic and Reconstructive Surgery*. 149(1),79e-94e. <https://doi.org/10.1097/PRS.00000000000008667>
4. Zawadiuk LR, Van Slyke AC, Bone J, Redfern B, Carr NJ, Arneja JS. What do we know about treating recalcitrant auricular keloids? A systematic review and meta-analysis. *Plast. Surg. (Oakv)*. 2022;30(1):49-58. doi:10.1177/2292550321995746.
5. Beutler BD, Cohen PR. Pseudocyst of the auricle in patients with movement disorders: report of two patients with ataxia-associated auricular pseudocysts. *Dermatol Pract Concept* 2015;5(4):59-64. doi:10.5826/dpc.0504a15.
6. Doggrell SA. Triamcinolone: new and old indications. *Expert Opin Pharmacother* 2001;2(7):1177-86. doi:10.1517/14656566.2.7.1177.
7. Ai JW, Liu JT, Pei SD, et al. The effectiveness of pressure therapy (15-25 mmHg) for hypertrophic burn scars: A systematic review and meta-analysis. *Sci Rep* 2017;7(1):40185.

Cirugía reparadora nasal post resección oncológica: serie de 46 casos y propuesta de algoritmo práctico

Nasal reconstructive surgery after oncological resection: a series of 46 cases and a proposed practical algorithm

Dr. Diego Andrés López García¹

RESUMEN

Introducción: La reparación nasal tras resección oncológica representa un desafío quirúrgico debido a la compleja anatomía nasal y a la necesidad de preservar la función respiratoria y la estética facial.

Objetivo: Analizar la experiencia institucional en reparación nasal inmediata post resección oncológica y evaluar los resultados quirúrgicos según la técnica reconstructiva empleada.

Materiales y métodos: Estudio observacional retrospectivo de cohorte que incluyó pacientes intervenidos quirúrgicamente con reparación nasal inmediata tras resección de carcinoma basocelular o espinocelular, entre enero de 2023 y junio de 2025. Se analizaron variables demográficas, características tumorales, técnicas reconstructivas, complicaciones y seguimiento.

Resultados: Se incluyeron 46 pacientes, con edad media de 69±11,3 años. El carcinoma basocelular fue el tipo histológico más frecuente (69,6%). La subunidad más comprometida fue el ala nasal (37%). Los colgajos locales se utilizaron en el 76,1% de los casos y los injertos cutáneos en el 21,7%. La tasa global de complicaciones fue del 10,9%, todas leves. No se observaron recurrencias tumorales durante el seguimiento medio de 6,2 meses.

Conclusiones: La reparación nasal inmediata tras resección oncológica es un procedimiento confiable. El uso racional de colgajos locales permite obtener resultados estéticos y funcionales satisfactorios. El algoritmo propuesto constituye una herramienta práctica para la toma de decisiones reconstructivas.

Palabras clave: reparación nasal, cáncer de piel, colgajos locales, cirugía plástica oncológica, subunidades estéticas.

ABSTRACT

Introduction: Nasal repair after oncologic resection presents a surgical challenge due to the complex nasal anatomy and the need to preserve respiratory function and facial aesthetics.

Objective: To analyze the institutional experience with immediate nasal repair after oncologic resection and evaluate surgical outcomes according to the reconstructive technique used.

Materials and methods: A retrospective observational cohort study was conducted, including patients who underwent immediate nasal repair after resection of basal cell or squamous cell carcinoma between January 2023 and June 2025. Demographic variables, tumor characteristics, reconstructive techniques, complications, and follow-up were analyzed.

Results: Forty-six patients were included, with a mean age of 69±11.3 years. Basal cell carcinoma was the most frequent histological type (69.6%). The most commonly affected subunit was the nasal ala (37%). Local flaps were used in 76.1% of cases and skin grafts in 21.7%. The overall complication rate was 10.9%, all of which were minor. No tumor recurrence was observed during the mean follow-up of 6.2 months.

Conclusions: Immediate nasal repair after oncologic resection is a reliable procedure. The judicious use of local flaps allows for satisfactory aesthetic and functional results. The proposed algorithm is a practical tool for reconstructive decision-making.

Key words: nasal repair, skin cancer, local flaps, oncologic plastic surgery, aesthetic subunits.

REVISTA ARGENTINA DE CIRUGÍA PLÁSTICA 2026;32(2):77-83. [HTTPS://DOI.ORG/10.32825/RACP/202602/0077-0083](https://doi.org/10.32825/RACP/202602/0077-0083)

INTRODUCCIÓN

La incidencia de neoplasias cutáneas malignas ha aumentado drásticamente en las últimas décadas debido a múltiples factores que contribuyen, como la disminución de la capa de ozono, el aumento de las actividades recreativas al aire libre y, en particular, la mayor exposición a la radiación ultravioleta.

La nariz es la localización más común del cáncer de piel facial, representando aproximadamente entre el 25 y el 30% de todas las neoplasias cutáneas malignas de cabeza y cuello. El carcinoma basocelular (CBC) constituye el 90% de las lesiones cutáneas malignas de la re-

gión de cabeza y cuello, con la nariz como la zona más frecuentemente afectada. El carcinoma espinocelular (CEC) es la segunda neoplasia maligna más común que afecta la piel nasal.

La reparación de defectos nasales tras una resección oncológica plantea importantes desafíos para el cirujano plástico. La posición prominente de la nariz, su compleja arquitectura tridimensional y la disponibilidad limitada de tejido adyacente con características similares exigen una planificación quirúrgica cuidadosa. Además, la nariz desempeña funciones esenciales en la respiración, la humidificación y el olfato, por lo que la preservación de estas funciones es fundamental durante la reconstrucción¹.

Comprender los componentes anatómicos y funcionales de la nariz es esencial para una reparación exitosa. El concepto más influyente en la reparación nasal moderna es el principio de subunidad introducido por Burget y Menick². Este paradigma divide la nariz en nueve subunidades estéticas distintas según las diferencias en el color, la textura, la elasticidad y el contorno de la piel: el dorso, las paredes laterales, la punta, la columela, las alas y los triángulos blandos. Este principio sugiere que cuando un defecto afecta a más del 50% de una subunidad estética, se

1. Miembro SACPER en formación. Residente del Servicio de Cirugía Plástica del Hospital de Trauma y Emergencias "Dr. Federico Abete", Malvinas Argentinas, Provincia de Buenos Aires.

✉ Correspondencia: Dr. Diego Andrés López García. diegolopezg17@gmail.com

El autor no declara conflictos de intereses

Recibido: 10/01/2026 | Aceptado: 06/04/2026



Imagen 1. A. Carcinoma Basocelular delimitado con márgenes de seguridad de 5 mm en dorso nasal. B. Marcación intraquirúrgica del tallado de colgajo dorsonasal. C y D. Resultados post operatorios a 4 meses de la intervención.

debe reemplazar toda la subunidad para optimizar los resultados estéticos mediante la colocación de cicatrices a lo largo de los bordes naturales de la subunidad³.

Estudios recientes han demostrado que las reparaciones nasales están asociadas con puntajes de satisfacción más bajos con respecto a la apariencia de la cicatriz en comparación con otras reparaciones faciales, lo que resalta la necesidad de una planificación quirúrgica meticulosa y un perfeccionamiento de la técnica.

Este estudio retrospectivo tiene como objetivo analizar nuestra experiencia institucional con la reparación nasal después de la resección del cáncer de piel, evaluar la eficacia de varias técnicas de cirugía plástica reparadora e identificar los factores asociados con resultados óptimos y complicaciones.

MATERIALES Y MÉTODOS

Se realizó un estudio observacional retrospectivo de cohorte que incluyó a todos los pacientes consecutivos intervenidos quirúrgicamente con reparación nasal inmediata tras la resección de cáncer de piel en el Hospital de Trauma y Emergencias “Dr. Federico Abete” (Buenos Aires) entre enero de 2023 y junio de 2025. Fueron elegibles los pacientes con diagnóstico histológico confirmado de carcinoma basocelular o espinocelular localizado en la nariz, tratados mediante resección quirúrgica completa con márgenes negativos (verificados por congelación intraoperatoria o histología diferida) y reparación inmediata en la misma sesión operatoria. Se excluyeron aquellos con historias clínicas incompletas, tumores recurrentes, afectación de re-

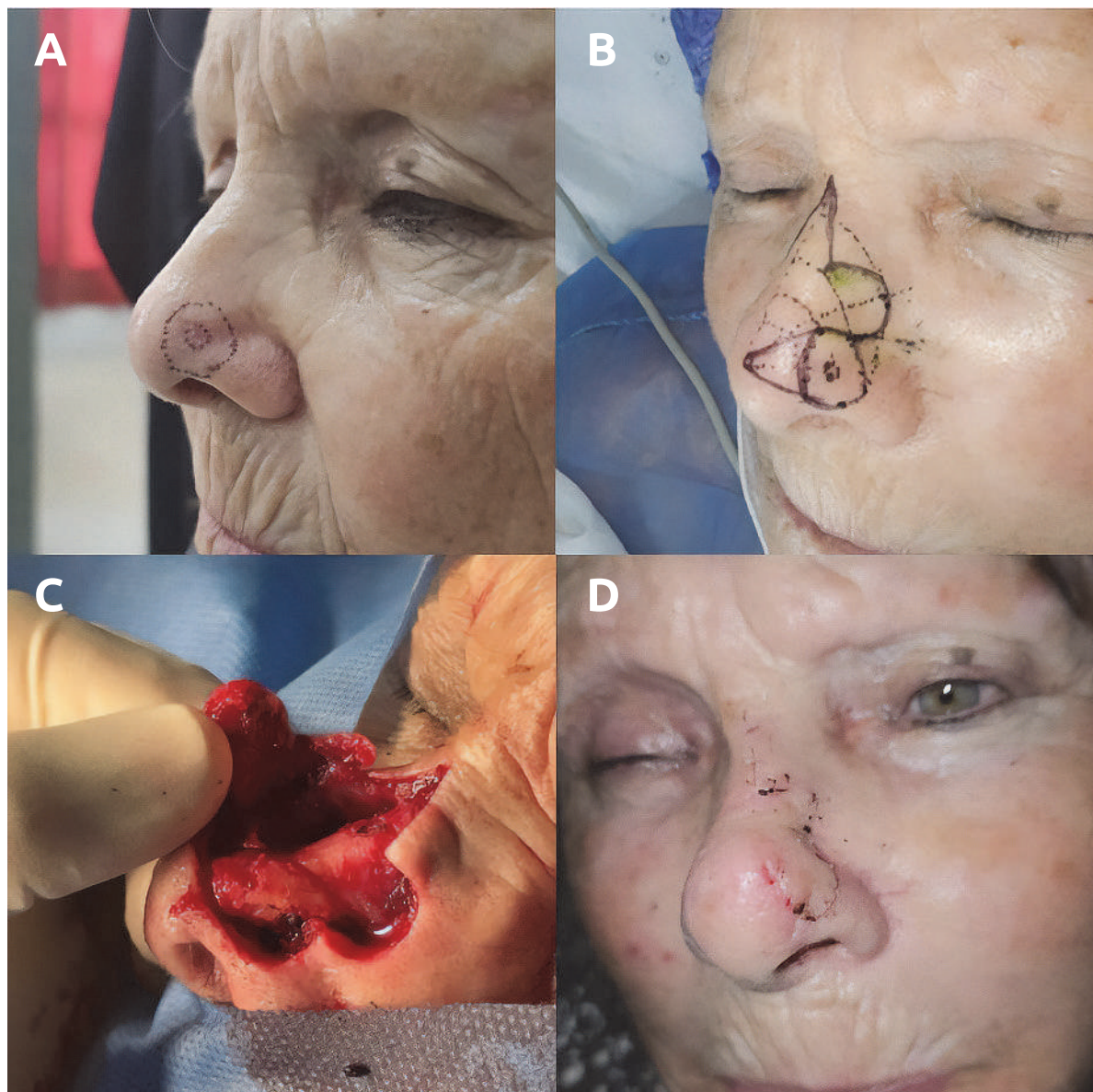


Imagen 2. A. Carcinoma Basocelular delimitado con márgenes de seguridad en ala nasal. B. Diseño de colgajo bilobulado. C. Tallado intraquirúrgico de colgajo. D. Resultados post operatorios a 21 días de la intervención.

giones faciales adyacentes, antecedentes de radioterapia nasal o neoplasias distintas del carcinoma basocelular o espinocelular.

La evaluación preoperatoria incluyó examen clínico detallado, documentación fotográfica estandarizada, confirmación histológica mediante biopsia, valoración funcional nasal y análisis de las condiciones cutáneas locales. Todas las cirugías fueron realizadas por el mismo equipo quirúrgico para garantizar uniformidad técnica. La resección se efectuó con márgenes oncológicos de 5 mm para carcinoma basocelular y de 6 mm para carcinoma espinocelular.

La elección de la técnica quirúrgica dependió de la localización, tamaño y profundidad del defecto. Los defectos pequeños (<1 cm) con buena laxitud cutánea se trataron con cierre primario. En los defectos grandes (>2,4

cm) se emplearon injertos de piel de espesor total provenientes de zonas postauriculares o supraclaviculares para defectos superficiales. Los colgajos locales fueron la opción predominante en los defectos medianos y se seleccionaron según el tamaño del defecto y el sitio anatómico.

Se recopilaban de manera sistemática variables demográficas, características tumorales y quirúrgicas, así como resultados postoperatorios. Las complicaciones se clasificaron en tempranas (infección, hematoma, dehiscencia o necrosis parcial) y tardías (cicatriz patológica, muesca alar o disfunción valvular).

El análisis estadístico fue descriptivo. Las variables continuas se expresaron como medias $\pm$ desviación estándar (DE) o medianas (rango intercuartílico - RIC), y las categóricas como frecuencias y porcentajes. Se

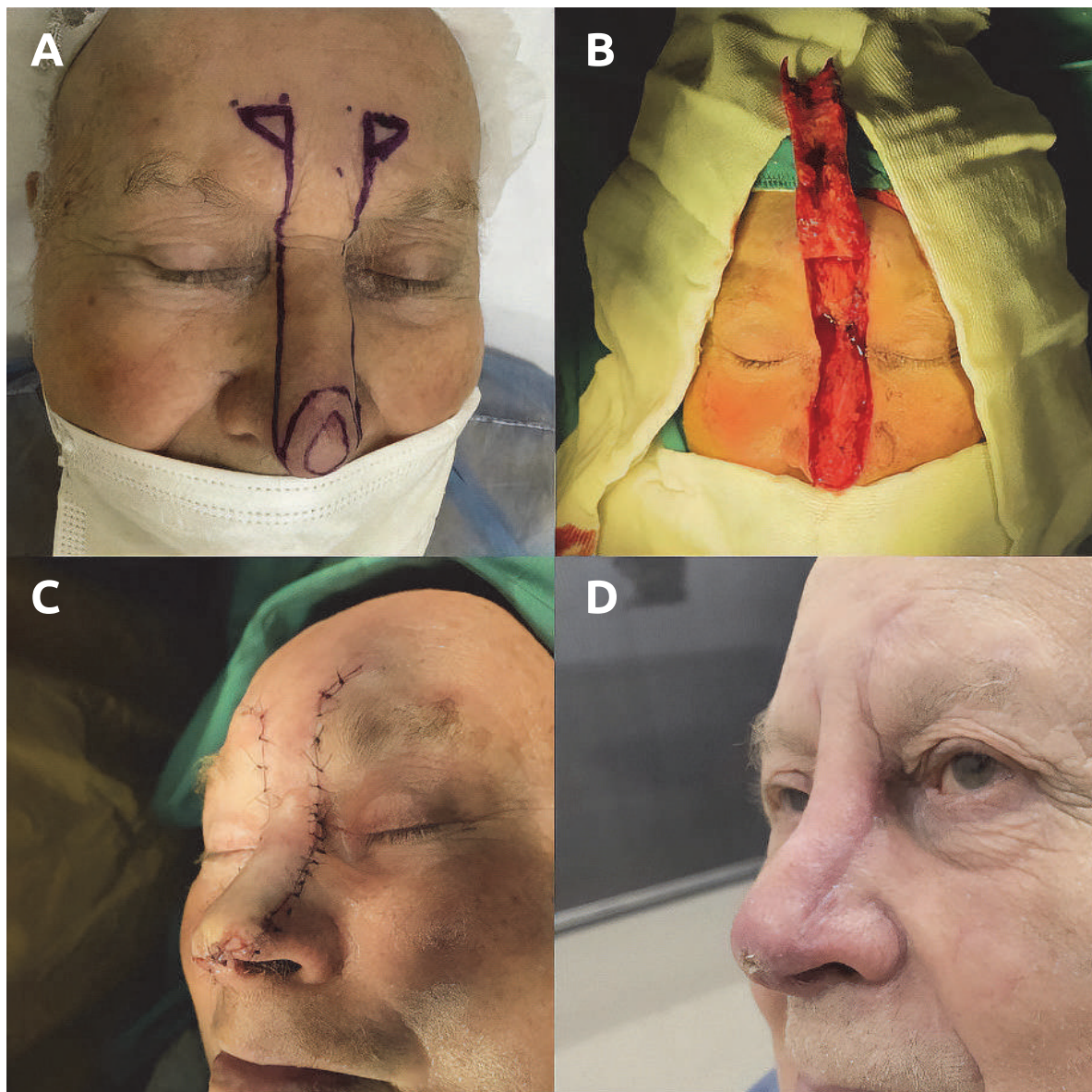


Imagen 3. A. Carcinoma Espinocelular delimitado con márgenes de seguridad de 6 mm en punta nasal y diseño de colgajo de avance tipo Rintala B. Confección y disección intraquirúrgica de colgajo. C. Postoperatorio inmediato D. Resultados post operatorios a 1 mes de la intervención.

aplicaron pruebas de chi-cuadrado, t de Student o U de Mann-Whitney según correspondiera, considerando significativo un valor de $p < 0,05$. Los análisis se realizaron con el software SPSS versión 28.0 (IBM Corp., Armonk, NY).

RESULTADOS

Se incluyeron 46 pacientes que cumplieron los criterios de inclusión. La edad media fue de $69 \pm 11,3$ años (rango: 49-93), con predominio masculino (58,7%). Las comorbilidades más frecuentes fueron hipertensión arterial (37%), diabetes mellitus (19,6%) y tabaquismo activo (13%), mientras que tres pacientes (6,5%) presentaban inmunosupresión por trasplante o tratamiento inmunomodulador.

El carcinoma basocelular fue el tipo histológico predominante (69,6%), seguido del carcinoma espinocelular (30,4%). Dentro del primer grupo, el subtipo nodular fue el más común (56,3%), mientras que la mayoría de los carcinomas espinocelulares fueron bien diferenciados (71,4%). En cuanto a la distribución anatómica, el ala nasal fue la subunidad más afectada (37%), seguida por la punta (19,6%), el dorso (17,4%), la pared lateral (15,2%) y el triángulo blando (6,5%). Dos casos (4,3%) comprometieron múltiples subunidades.

Los defectos resultantes tras la resección presentaron un diámetro medio de $1,7 \pm 0,9$ cm. En el 56,5% de los casos, la lesión comprometía una sola subunidad nasal, mientras que el 43,5% afectaba dos o más subunidades contiguas. Las técnicas reparadoras más utilizadas fueron los colgajos locales (76,1%), entre los que destacaron el col-

ALGORITMO TERAPÉUTICO PARA RECONSTRUCCIÓN NASAL POST EXERESIS DE CANCER DE PIEL

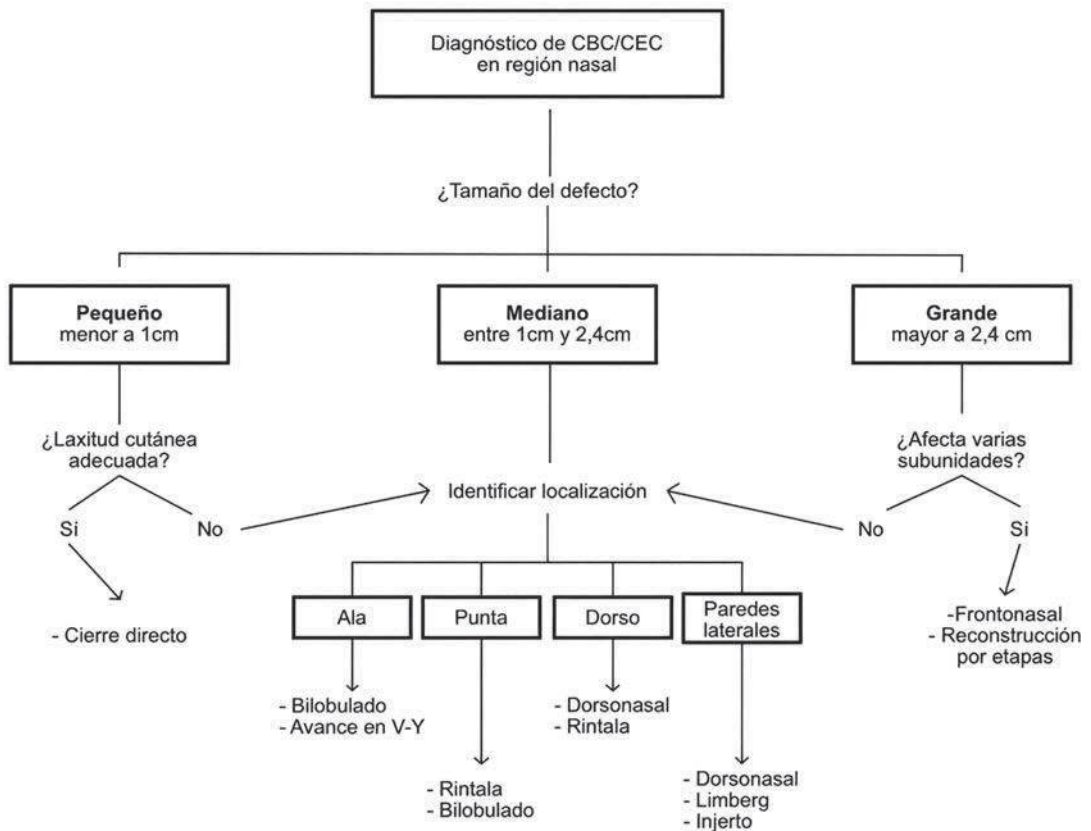


Imagen 4. Algoritmo terapéutico para reconstrucción nasal post exéresis de cáncer de piel

gajo dorsonasal y el colgajo de avance con cierre en V-Y (15,2% cada uno), el bilobulado (13%), el nasolabial (10,9%) y el romboide (8,7%). Los injertos de piel de espesor total se emplearon en 21,7% de los casos, principalmente con sitios donantes supraclaviculares, mientras que un único caso (2,2%) se resolvió mediante cierre primario directo.

El tiempo operatorio medio fue de 67 ± 28 minutos para reparaciones con colgajo y 32 ± 18 minutos para injertos cutáneos ($p < 0,01$). La mayoría de los procedimientos se realizaron con anestesia local (82,6%), reservándose la sedación o anestesia general para casos más complejos (17,4%).

Se registraron complicaciones en cinco pacientes (10,9%), todas de carácter leve. Entre las tempranas (<30 días) se observaron necrosis parcial del colgajo, dehiscencia de herida e infección superficial (un caso cada una). Las complicaciones tardías (>30 días) incluyeron hiperpigmentación de injerto e irregularidades del contorno de la cicatriz. No se presentaron pérdidas completas de colgajos ni complicaciones mayores que requirieran reintervención de urgencia.

El seguimiento medio fue de $6,2 \pm 2,8$ meses (rango: 3-14), sin evidencia de recurrencia tumoral. Dos pacientes (4,3%) requirieron revisiones menores de cicatriz bajo anestesia local. El análisis comparativo mos-

tró mejores resultados estéticos con los colgajos locales frente a los injertos cutáneos, aunque sin diferencias estadísticamente significativas ($p=0,38$). Las complicaciones fueron más frecuentes en fumadores (33,3%) que en no fumadores (7,5%), diferencia que tampoco alcanzó significación estadística ($p=0,08$).

DISCUSIÓN

Este estudio presenta una experiencia institucional en reparación nasal inmediata tras resección oncológica, demostrando resultados estéticos y funcionales favorables mediante una planificación quirúrgica cuidadosa y una adecuada selección de la técnica quirúrgica reparadora. Nuestros hallazgos concuerdan con los reportes contemporáneos y refuerzan la confiabilidad de la reparación inmediata cuando se asegura la resección completa con márgenes negativos⁴. La distribución demográfica y tumoral observada refleja las tendencias epidemiológicas globales del cáncer de piel nasal. El ala fue la subunidad más afectada (37%), coincidiendo con series previas que atribuyen esta predilección a su exposición solar y prominencia anatómica.

Los colgajos locales constituyeron la principal herramienta reparadora (76,1%), mostrando mejor integración tisular y resultados estéticos más satisfactorios que los injertos de piel. Este enfoque se alinea con los principios de la “escalera reparadora” y el concepto más actual del “ascensor reconstructivo”, que enfatiza la selección individualizada según la complejidad del defecto⁵. En nuestra experiencia, el colgajo dorsonasal fue particularmente útil en defectos del dorso nasal, mientras que el colgajo de avance V-Y ofreció excelentes resultados en lesiones alares.

Aunque los injertos de piel representaron el 21,7% de las reparaciones, se reservaron para casos con tejido local limitado o condiciones clínicas que desaconsejaban procedimientos más extensos. Si bien ofrecen resultados funcionales aceptables, sus limitaciones estéticas como diferencia de color, irregularidades del contorno y falta de secreción sebácea confirman su papel como alternativa secundaria frente a los colgajos locales^{6,7}.

La tasa global de complicaciones (10,9%) fue baja y comparable con la literatura (15-25%). Las principales complicaciones observadas fueron muesca alar y

disfunción valvular nasal (4,3%), asociadas a la pérdida de soporte estructural⁸. Estos hallazgos destacan la importancia de preservar los elementos cartilaginosos y la anatomía valvular durante la reconstrucción. La ausencia de recurrencias en el seguimiento promedio de seis meses refuerza la seguridad oncológica del abordaje inmediato, aunque se requiere seguimiento prolongado para confirmar estos resultados a largo plazo.

Desde el punto de vista técnico, se enfatiza la aplicación racional del principio de subunidades estéticas, evitando resecciones innecesariamente amplias, y la importancia del diseño geométrico preciso de los colgajos, con manipulación cuidadosa del tejido y preservación del plexo subdérmico⁹. En defectos complejos, los abordajes por etapas permiten refinar el resultado final y reducir la tensión local¹⁰.

Entre las principales limitaciones de este trabajo se incluyen su diseño retrospectivo, el tamaño muestral reducido y el seguimiento corto, que impiden evaluar las recurrencias y los cambios estéticos tardíos. Asimismo, la falta de escalas estandarizadas de resultado y la naturaleza unicéntrica restringen la generalización de los hallazgos.

A futuro, creemos que serían valiosos los estudios prospectivos multicéntricos con seguimiento prolongado, comparaciones directas entre técnicas reconstructivas y análisis de costo-efectividad. La integración de PROM validados y la evaluación de la calidad de vida permitirán una comprensión más completa del impacto funcional y psicológico de la reparación nasal oncológica.

CONCLUSIONES

La cirugía plástica reparadora nasal inmediata tras resección de cáncer de piel es un procedimiento confiable que permite obtener buenos resultados estéticos y funcionales. El algoritmo propuesto creemos que constituye una herramienta práctica que facilita la selección de la técnica reparadora más adecuada según las características del defecto.

AGRADECIMIENTO

El autor agradece al **Dr. Hernán Satti, Jefe del Servicio de Cirugía Plástica** del Hospital de Trauma y Emergencias “Dr. Federico Abete”, por permitir la realización de este trabajo y por su valiosa colaboración.

BIBLIOGRAFÍA

1. Baker SR. *Principles of Nasal Reconstruction*. 2nd ed. Springer; 2011:239-44.
2. Burget GC, Menick FJ. The subunit principle in nasal reconstruction. *Plast Reconstr Surg*. 1985;76(2):239-47.
3. Rohrich RJ, Griffin JR, Ansari M, Beran SJ, Potter JK. Nasal reconstruction—beyond aesthetic subunits: a 15-year review of 1334 cases. *Plast Reconstr Surg*. 2004;114(6):1405-16.
4. Parrett BM, Pribaz JJ. An algorithm for treatment of nasal defects. *Clin Plast Surg*. 2009;36(3):407-20.

5. Jackson IT. *Local Flaps in Head and Neck Reconstruction*. 2nd ed. Mosby; 2007:113-7.
6. Zitelli JA. The bilobed flap for nasal reconstruction. *Arch Dermatol*. 1989;125(7):957-9.
7. McCluskey PD, Constantine FC, Thornton JF. Lower third nasal reconstruction: when is skin grafting an appropriate option? *Plast Reconstr Surg*. 2009;124(3):826-35.
8. Bloom JD, Ransom ER, Miller CJ. Reconstruction of alar defects. *Facial Plast Surg. Clin North Am*. 2011;19(1):63-83. doi:10.1016/j.fsc.2010.10.009.
9. Menick FJ. A 10-year experience in nasal reconstruction with the three-stage forehead flap. *Plast Reconstr Surg*. 2002;109(6):1839-55.
10. Limberg AA. Design of Local Flaps. In: Gibson T, ed. *Modern Trends in Plastic Surgery*. London: Butterworths; 1966:38-61.

Cirugía Plástica: ¿Obligación de medios o resultados?

Plastic Surgery: Obligation of Means or Results?

Dr. Patricio F. Jacovella¹

RESUMEN

La cultura del bienestar está estimulada, comenzando por los beneficios que la sociedad actual requiere y demanda de una imagen para verse bien y estar mejor. Es importante considerar a la medicina como una ciencia, en la que múltiples factores pueden cambiar los resultados deseados, especialmente en la cirugía plástica estética. En este artículo, se presentan diferentes puntos de vista, otorgando importancia a la satisfacción de las personas y analizando las correspondientes responsabilidades médicas y los tipos de obligaciones de medios y resultados.

Palabras clave: cirugía plástica, medicina legal, obligación de medios, obligación de resultados, obligación de medios aumentada.

ABSTRACT

The culture of wellbeing is encouraged, starting from benefits that an advanced society requires and demands to look good for being better. However it is important to consider that medicine is a science, where multiple factors can change the desired results, especially aesthetic plastic surgery. Throughout the present article, different points of view are presented, giving importance to patients' satisfaction and the corresponding responsibility and legal types of obligation.

Keywords: plastic surgery, legal medicine, obligation of means, obligation of results, augmented obligation of means.

REVISTA ARGENTINA DE CIRUGÍA PLÁSTICA 2026;32(2):84-90. [HTTPS://DOI.ORG/10.32825/RACP/202602/0084-0090](https://doi.org/10.32825/RACP/202602/0084-0090)

1. INTRODUCCIÓN

La medicina ha experimentado un progreso vertiginoso en los últimos tiempos, como así también su cuestionamiento en varios aspectos relacionados con lo jurídico.

La presunta práctica inadecuada, término empleado por Dambrosi¹², llamada de manera apresurada “mala praxis”, ha pasado a tener tanta relevancia que es una actitud errónea, por negación de los propios médicos, no reconocer que esta sombra existe en cada una de las actividades del acto médico.

Es importante considerar que la calificación de mala praxis, estará determinada una vez que las resoluciones de los tribunales correspondientes así lo determinen, razón por la cual es aventurado adelantarse al uso indebido e indiscriminado del concepto¹⁸.

Según Agrest² la medicina es una actividad falible que maneja dos racionalidades posibles: la búsqueda del menor error y el alcance del mayor beneficio. Estos dos conceptos están enmarcados por una multiplicidad de factores circunstanciales que afectan las decisiones médicas de manera permanente.

Muchas veces es difícil definir qué es una buena práctica y cuánto debe apartarse de los cánones predeterminados, para ser considerada como tal.

Una buena práctica puede ser definida como la toma de decisiones y posterior ejecución de acciones que se ajustan a las normas dictadas por expertos, las acciones que satisfacen las expectativas de los pacientes, el cumplimiento de las exigencias de la ley, la correcta y suficiente administración de los recursos en el acto médico y la debida información a los pacientes².

La mala praxis consiste en no haber empleado las conductas diagnósticas y terapéuticas aceptadas y establecidas para el acto médico en cuestión, ya sea por impericia, imprudencia o negligencia, con un resultado perjudicial para el paciente^{5,29,33,34}.

La calificación debería tener pertinencia una vez que los tribunales hayan dictado sentencia firme.

2. FACTORES CAUSALES PREDISPONENTES DE DEMANDAS

La cirugía plástica estética, por todas sus connotaciones psicosociales, es una de las especialidades más propensas a los juicios por presunta práctica inadecuada²⁰. A continuación se presentan las causas más comunes de reclamos judiciales:

2.1. EXISTENCIA DE PERSONAS CONFLICTIVAS

René Girard¹⁶, como filósofo, expone una visión fenomenológica que establece una tipología llamada del “deseo del otro”. El concepto alude a que muchas personas no desean un cambio estético por deseo propio sino por terceras personas que, comentarios mediante, inducen a la cirugía. Desde el punto de vista psicológico aparece la figura de un tercero, de quien depende la valoración de ese deseo³.

Siguiendo el concepto, una persona, una vez finalizada la intervención propuesta y aceptada, puede tener insatisfacción aún con resultados excelentes³.

1. Doctor en Medicina. Profesor consulto de cirugía, Facultad de Medicina, UBA. Ex Director de Docencia e Investigación, Hospital de Clínicas, UBA. Ex Director Carrera de Especialista en Cirugía Plástica, Hospital de Clínicas, UBA. Médico Especialista en Medicina Legal, UBA. Miembro Vitalicio SACPER y SCPBA.

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

El autor no declara conflictos de intereses

Recibido: 26/03/2026 | Aceptado: 17/04/2026

López Muñoz Larraz²⁵, en su obra *Defensas en negligencias médicas*, hace especial referencia a los pacientes conflictivos y problemáticos, dedicándoles un capítulo especial que demuestra la importancia de los aspectos psicológicos. Ciertas características de la personalidad de los pacientes hacen que su modalidad de adaptación a una intervención y sobre todo al resultado merezcan especiales consideraciones.

Giacomantone y Mejía¹⁵, comentan sobre el impacto emocional de la cirugía y mencionan que hay cuatro reacciones habituales en pacientes quirúrgicos: a) normal, b) paranoide, c) con defensas maníacas exitosas y d) con defensas maníacas fallidas.

Existe para estos autores, un alto valor predictivo de una evaluación psicológica previa ante las características mencionadas, que pueden orientar al equipo médico acerca de la decisión de intervenir.

Se considera que pacientes con reacción “normal” tendrán una buena evolución en un 96% de los casos, mientras que una reacción “paranoide” tendrá diez veces más probabilidades de no aceptar adecuadamente el acto quirúrgico. Si bien el autor se refiere a cirugías en general, los conceptos vertidos tienen más injerencia cuando se trata de cirugías estéticas.

Muchas personas que desean, o creen desear, una cirugía estética presentan rasgos narcisistas de la personalidad. Aunque se desempeñen en su vida social y laboral de manera exitosa, tienen sentido cuestionado de identidad, debido a una organización de su personalidad, basada en un sistema psicológico de creencias de verdades absolutas, que no admiten discusión³.

Con este panorama, es evidente que ante un resultado quirúrgico que no le proporcione un cambio en sus relaciones personales, por expectativas de cambio, aparecerá la insatisfacción.

2.2. FALTA DE UNA ADECUADA FORMACIÓN PROFESIONAL ACTUALIZADA

Existen muchos médicos que sin ser especialistas y sin poseer la idoneidad y experiencia suficientes efectúan intervenciones de cirugía estética. Otros, una vez obtenida la especialidad, no se actualizan y permanecen sin asistir a eventos científicos durante mucho tiempo. Al respecto, la recertificación periódica debería ser obligatoria, como garantía del mantenimiento de la idoneidad profesional^{21,22}. También es muy importante tener en cuenta que existen profesionales sin títulos en medicina que efectúan intervenciones y en especial procedimientos poco invasivos de rejuvenecimiento facial, cada día con mayor frecuencia.

2.3. DETERIORO DE LA RELACIÓN MÉDICO-PACIENTE

La relación médico paciente es única para cualquier especialidad médica. Pero en cirugía plástica hay que dejar hablar al paciente y entender qué motiva su consulta, tratando de comprender la gravedad del problema²⁷.

La falta de comunicación fluida, en la que la persona consultante no interpreta correctamente los alcances de la cirugía plástica estética, o bien cuando el o la profesional prometen resultados que después no logran, son hechos muy comunes en la actualidad²².

Según Goldman¹⁷ y Mobilio²⁹ la relación médico paciente es una de las acciones más importantes del acto médico. Una buena comunicación, que demuestre que el especialista está reconociendo a la persona en calidad de paciente, es un buen componente preventivo de las demandas por presunta mala praxis.

En síntesis, una buena relación médico paciente consiste en escuchar los deseos de cambio y proponer expectativas realistas, considerando resultados posibles.

2.4. INFLUENCIA DE LOS MEDIOS DE COMUNICACIÓN

La publicidad sobre resultados mágicos como consecuencia de procedimientos de cirugía plástica estética es cada día más abundante en los medios. La población destinataria de los mensajes, seducida por falsas promesas, se entrega a profesionales no especialistas, sin indagar previamente en sus credenciales científicas y avaluos de certificación.

Por otra parte, los mismos medios, algunas veces en forma injustificada, dan a conocer episodios de presunta mala praxis, antes de los fallos judiciales, que dañan la reputación de un médico en particular, pero sobre todo ensombrecen la imagen de la buena medicina¹⁸.

2.5. DESARROLLO SOCIOCULTURAL DE LA POBLACIÓN

Los ciudadanos son cada día más exigentes respecto de los servicios que les son prestados y más conscientes de los mecanismos de defensa y obtención de resarcimiento de daños que les proporciona el ordenamiento jurídico³¹.

3. RESPONSABILIDAD PROFESIONAL

3.1. RESEÑA HISTÓRICA

En varios relatos de la historia de la cirugía y el derecho, la responsabilidad del cirujano ha sido siempre considerada¹³.

Históricamente, la idea de responsabilidad médica comienza con el *Código de Hammurabi*, uno de los conjuntos de leyes más antiguas que se conocen^{24,31}. En la citada obra de 287 artículos o leyes, no se habla precisamente de todos los médicos, sino específicamente de los cirujanos, cuya actividad aparece regulada y con honorarios. También aparecen las penas por cometer errores médicos, como la de cortar la mano del cirujano que provocaba un daño grave.

En el antiguo Egipto, el *Libro de Thot* especificaba reglas profesionales y condenaba a muerte a los médicos que ocasionaban daño, al apartarse de las normas establecidas.

Posteriormente en la historia, la consolidación jurídica de la responsabilidad profesional médica surgió en el siglo XIX en Francia, cuando dos médicos ocasionaron daños a dos de sus pacientes. Llevada la cuestión a la justicia civil, ésta concluyó que había existido imprudencia y negligencia en ambos casos. En las consideraciones, el fiscal Dupin, en 1833 emitió su célebre dictamen: “el médico y el cirujano no son indefinidamente responsables, pero lo son a veces; no lo son siempre, pero no se puede decir que no lo sean jamás”²⁰.

3.2. CONCEPTOS GENERALES

La responsabilidad médica profesional surge del concepto de responsabilidad civil implícita en los diferentes conceptos sobre derecho. El derecho es un orden y una forma de vida que responde a la exigencia de hacer posible la vida misma, que no es cabalmente posible sin un orden y una seguridad. Es una regulación obligatoria de la conducta humana, que establecerá aquello que está jurídicamente prohibido, lo jurídicamente permitido y lo jurídicamente obligatorio. Toda conducta humana que se manifieste contraria al orden jurídico establecido, será considerada antijurídica²⁸. El derecho así vulnerado, recurrirá a la aplicación de una pena o sanción al responsable.

Este artículo introduce varios conceptos resumidos referentes a la responsabilidad del médico que son fundamentales para entender los diferentes pasos de una demanda por mala praxis.

3.3. HECHOS LÍCITOS Y HECHOS ILÍCITOS

Se refieren a los hechos permitidos y a los prohibidos, respectivamente.

Dentro de los hechos ilícitos merece hacerse una distinción entre el derecho civil y el derecho penal.

El ilícito civil está regulado en el Código Civil, que dice: *“Todo el que ejecuta un hecho, que por culpa o negligencia ocasiona un daño a otro, está obligado a la reparación del perjuicio”*.

El ilícito penal, en cambio, se encuentra legislado en normas específicas que describen la conducta transgresora y determinan la sanción correspondiente que puede ser multa, prisión o inhabilitación.

Ambos ilícitos, darán al damnificado el derecho a reclamar la reparación del perjuicio, pudiendo ese reclamo incluir aspectos civiles y penales según el caso^{20,22,28,30}.

La denominación habitual de “juicios por mala praxis”, no es la más acertada, ya que quien determinará la existencia de una mala práctica será el tribunal a través de su sentencia²¹.

La mala praxis médica es la desviación de los estándares de cuidado aceptados, que causa daño en la salud de un paciente. Se puede definir como la omisión por parte del médico de prestar sus servicios de manera apropiada y que dicha omisión produzca un perjuicio a la persona tratada²⁰.

3.5. RESPONSABILIDAD DESDE EL PUNTO DE VISTA JURÍDICO

Tanto la doctrina como la jurisprudencia al hablar de responsabilidad sostienen que el acto médico es un vínculo jurídico que se desarrolla dentro de un marco contractual^{9-11,26,28,32}.

El contrato es un acuerdo de voluntades entre partes y establece las obligaciones mutuas de cada una de las mismas.

Desde del punto de vista jurídico, es la obligación de responder, reparar, resarcir o indemnizar el perjuicio causado por la trasgresión de una norma de conducta, es decir por incumplimiento del contrato. El médico, como persona actuante, tiene la responsabilidad de actuar de manera idónea; caso contrario deberá responder como todo ciudadano.

3.6. FALTA DE RESPONSABILIDAD MÉDICA

Para que se configure falta de responsabilidad médica se requieren ciertos presupuestos¹:

- Un acto médico con culpa.
- Una relación causal entre dicho acto y el perjuicio.
- Una prueba fehaciente de lo producido, como por ejemplo una deformidad estética.

Nota: es interesante destacar que, en muchos juicios por presunta mala praxis, los demandantes desconocen algunos de los principios citados, como el de la necesidad de existencia de una relación causal entre el procedimiento médico y los resultados obtenidos.

4. DEBERES Y DERECHOS DE LOS MÉDICOS

4.1. DEBERES:

- De asistencia
- De obrar sin demora
- De obrar calificado
- De derivar al paciente cuando lo considere necesario
- De informar debidamente al paciente
- De advertencia
- De obtener autorización para el tratamiento
- De confeccionar la historia clínica y documentación pertinente
- De denunciar los delitos
- De ejercer la profesión con idoneidad

4.2. DERECHOS:

- De ejercer la medicina sin ser discriminado
- De realizar los procedimientos diagnósticos según su criterio
- De efectuar los procedimientos terapéuticos según *lex artis*
- De abstenerse de realizar prácticas contrarias a normas éticas
- De mantener el secreto médico salvo requerimiento judicial eximente
- De anunciarse como especialista

5. DEMANDAS Y FALTAS MÉDICAS

De manera simplificada existen dos criterios: según el fuero en que sean juzgadas y según la intención del acto. En el caso de los fueros, pueden ser resueltas por un tribunal civil y por un tribunal penal, siendo posible demandar simultáneamente en ambos ámbitos. Con respecto a la intención en el acto cuestionado, puede hablarse de culpa y dolo.

5.1. DEMANDAS EN EL FUERO CIVIL

La determinación de la falta requerirá de una indemnización por daños y perjuicios^{6,7}.

La obligación de indemnizar el perjuicio ocasionado está expresamente establecida en el Código Civil y Comercial de la Nación Argentina: *“La culpa del deudor en el cumplimiento de la obligación consiste en la omisión de aquellas diligencias que exigiere la naturaleza de la obligación y correspondiesen a las circunstancias de las personas, del tiempo y del lugar”*.

En el contrato médico, el especialista es el deudor de la obligación de prestar servicios.

5.2. DEMANDAS EN EL FUERO PENAL

En estos casos, la falta será determinante de una sanción, multa, inhabilitación o prisión al profesional responsable^{20,22,30}.

En este aspecto penal, la infracción a alguno de los artículos es un delito, el que se define como una conducta típica, antijurídica y culpable. Para su producción deben existir requisitos objetivos y subjetivos²⁰.

Los requisitos objetivos son:

- Infracción al deber de cuidado
- Relación de causalidad
- Nexo de determinación
- Resultado atípico obtenido

Los requisitos subjetivos son:

- Previsibilidad
- Voluntad para manifestarse en los medios de comunicación

5.3. FALTAS MÉDICAS SEGÚN LA INTENCIÓN: CULPA Y DOLO

5.3.1. Culpa

Es el incumplimiento de la obligación que se realiza sin intención de dañar, por impericia, imprudencia o negligencia³⁴.

Impericia es no tener la capacidad necesaria para intervenir en un caso. Pueden ser considerados los casos de operaciones realizadas por no especialistas.

Imprudencia es actuar de manera irresponsable, sin pensar en las consecuencias.

Negligencia es no observar los cánones de la buena práctica, como por ejemplo realizar intervenciones quirúrgicas en establecimientos no habilitados para la complejidad de ciertos casos.

Para Bustamante Alsina⁷, la culpa es la omisión de la conducta debida para evitar un daño.

5.3.2. Dolo

Cuando el profesional debe cumplir una obligación y no lo hace, con el propósito deliberado de causar daño a la otra persona, en este caso el paciente, se dice que procede con dolo.

Si bien se entiende que el médico tiene buenas intenciones, ya sea que actúe con dolo o culpa, tiene la obligación de reparar el perjuicio ocasionado.

Nota importante: en algunos casos, la inobservancia de los deberes de cuidado, como por ejemplo realizar una intervención quirúrgica en un lugar inadecuado al nivel de bioseguridad recomendado para la complejidad de un caso, la justicia puede determinar que existió la figura de dolo eventual³⁴.

6. RESPONSABLES DIRECTOS E INDIRECTOS

Como consecuencia de la presunta falta de responsabilidad, se definen los participantes de la misma como responsables directos o indirectos en el acto médico.

6.1. RESPONSABLES DIRECTOS

Son aquellos que han tenido intervención directa en el acto médico. Un especialista puede ser demandado por sus acciones personales o por lo actuado por el personal dependiente a su cargo, como por ejemplo médico ayudante o instrumentadora quirúrgica²⁶.

Un jefe de equipo es responsable directo de sus colaboradores, sobre quienes debe ejercer el deber de vigilancia (Ley 17.132 del ejercicio profesional, inciso 9) *“fiscalizar y controlar el cumplimiento de las indicaciones que imparte a su personal auxiliar y asimismo que estos actúen estrictamente dentro de los límites de su autorización, siendo solidariamente responsable si por insuficiente o deficiente control de los actos por éstos ejecutados, resultare un daño para terceras personas”*.

Al respecto, Hurtado Hoyo¹⁹ opina que conformar un equipo quirúrgico armónico es un arte donde se necesita que confluyan diferentes aspectos de cada uno de sus integrantes para el logro de un objetivo común: atender al paciente.

Habitualmente, el cirujano responsable de la intervención es quien elige a sus colaboradores directos, como por ejemplo sus ayudantes médicos, y su anestesiólogo. En otros casos, sobre todo en hospitales públicos, existen menos oportunidades de elegir. En algunos servicios asistenciales hospitalarios pueden aparecer interferencias en los tratamientos, como cambios de profesionales, creando inconvenientes referidos a la delimitación de las responsabilidades médicas^{6,7}.

No obstante, el equipo debe ser capaz de cumplir adecuadamente con su deber. Compagnucci de Caso¹¹ sostiene que *“el jefe de un departamento médico debe consi-*

derarse integrante personal del grupo de riesgo y al margen, responsable reflejo de sus subordinados”.

Si bien hay controversias entre responsabilidad individual y compartida, en general la mayoría de los autores piensa que el jefe de un equipo en cirugía es el principal responsable cuando dispone de la elección de sus colaboradores²¹.

Al respecto, conviene recordar que, en el momento de plantearse la cirugía, el paciente trata únicamente con el cirujano, sin conocer habitualmente quienes los secundan y actúan bajo su coordinación. Con él se establece un vínculo jurídico en el que el propio médico principal, aparte de responder por su propia actividad, debe responder contractualmente por los integrantes de su equipo¹⁹.

Cuando las intervenciones son realizadas por cirujanos en formación como, por ejemplo, médicos residentes, el jefe de equipo y los profesionales de planta deben supervisar personalmente los actos quirúrgicos ya que tienen la responsabilidad primaria. Los médicos residentes deben responder por responsabilidad médica ya que desde el momento que obtienen su matrícula profesional, se encuentran en condiciones de ejercer según la ley, aunque el tema sigue sujeto a la interpretación del juez. Al respecto se puede decir que se delega la función, pero no la responsabilidad.

6.2. RESPONSABLES INDIRECTOS

También conocidos como sujetos pasivos por responsabilidad refleja, son aquellas instituciones que, sin participar directamente del acto médico, brindan las posibilidades para que el primero se lleve a cabo. Como ejemplos pueden citarse a los sanatorios, obras sociales y sistemas de medicina prepaga⁷.

La responsabilidad de las entidades asistenciales, centrada en la calidad del servicio que presta, involucra la habilitación, la categorización y la acreditación^{20,21}.

La doctrina mayoritaria considera que la responsabilidad de las entidades prestadoras es de tipo contractual, ya sea en forma directa por sus propios actos o indirecta refleja, como obligación de seguridad o garantía, por el hecho de terceros^{22,26}.

En principio, estas entidades responden por los daños causados por quienes las dirigen. El problema se plantea cuando se pretende responsabilizar a la entidad asistencial por el daño ocasionado por sus médicos o auxiliares, aparatos o instrumental. En este caso conviene aclarar que la relación del médico con las instituciones es simplemente administrativa y que su actuación es personal de acuerdo a su capacidad, pues no tiene dependencia científica de la institución, salvo que pertenezca a un servicio hospitalario como subordinado.

Para el derecho, las instituciones médicas, por ser personas jurídicas, asumen las mismas responsabilidades legales que las personas reales. Éticamente, por carecer de atributo humano, solo responden socialmente por las inconductas de sus integrantes⁴.

7. OBLIGACIÓN DE MEDIOS Y RESULTADOS

7.1. OBLIGACIONES DE MEDIOS

También llamadas de prudencia, diligencia o comportamiento, son aquellas en las que no se compromete un resultado, sino que el médico en este caso, está obligado a usar los medios razonablemente necesarios para llegar a mejorar una situación clínica. Significa que debe tomar ciertas medidas y observar determinados comportamientos, que habitualmente conducen a un resultado previsto deseable^{23,28}. Exigen al deudor, en este caso el médico, la carga de adoptar la prudencia y diligencia necesarias para conducir un determinado fin, que es curar al enfermo.

Si en una demanda el paciente desea demostrar la culpa del médico en esta obligación, debe justificar su falta de diligencia o el mal cumplimiento de la prestación^{7,24,31}. Puede decirse entonces que la estructura del injusto culposo es la infracción a la norma de cuidado²⁹.

Medone y Califano²⁸ mencionan como introducción al tema que, en la relación médico paciente, este último también asume en su comportamiento.

En la profesión médica en general, la obligación es típicamente de medios y consiste en emplear todos los cuidados apropiados para lograr la curación de un paciente, sin asegurar que la salud será restablecida.

Las obligaciones de medios, también conocidas como de prudencia, diligencia o buen comportamiento, no prometen un resultado, sino a realizar todos los medios necesarios para llegar a un resultado determinado.

7.2. OBLIGACIONES DE RESULTADOS

Son aquellas en las que se prometen determinados resultados, como consecuencia del acto médico²³. En estas obligaciones, el deudor se compromete a un determinado fin propuesto, objeto del contrato establecido. Los casos de cirugía plástica estética quedan incluidos en estas obligaciones, ya que, si no se prometiera un resultado estéticamente agradable, nadie solicitaría este tipo de intervención²⁸. En casos de insatisfacción con los resultados, el demandante debe demostrar que los procedimientos médicos no se ajustaron a lo previamente pactado^{24,31}.

7.3. OBLIGACIONES DE MEDIOS AUMENTADAS

No obstante, todo lo expuesto, es muy interesante considerar la postura de Vázquez Ferreira^{33,34}. El citado jurista opina que algunos casos de cirugía estética deberían ser considerados como obligaciones de medios aumentadas. El concepto alude a la variabilidad de opiniones sobre las expectativas exageradas de algunas personas que al no conseguir lo esperado desde puntos de vista social y personal, se inclinan por una demanda. Es decir, que los resultados pueden ser buenos de acuerdo a técnicas probadas, pero no aceptados, muchas veces por no contar con la aprobación de terceras personas.

Al respecto, Antognazza³ destaca sus conceptos sobre su “sistema psicológico interno de creencias de verdades absolutas” que en ciertas personas existe el deseo de verse bien para estar mejor y que el cambio le asegure éxitos a nivel personal en sus relaciones.

Este es uno de los puntos más importantes en la cirugía plástica con fines estéticos, sin dejar de considerar la buena preparación de los y las especialistas, como deber indiscutible de una buena práctica médica.

8. REFLEXIONES, SUGERENCIAS Y COROLARIO

8.1. REFLEXIONES

En lo que respecta a la responsabilidad en cirugía plástica estética, la doctrina ha presentado varias publicaciones y en la jurisprudencia existen varios fallos referidos a la presunta mala praxis médica^{4,9,20,21,24}.

En un muy interesante artículo, Colazo⁹ presenta interesantes reflexiones para tener en cuenta, acerca de la responsabilidad civil considerando la obligación de medios o resultados, detallando las diferencias entre cirugías plásticas reparadoras y estéticas, desde un punto de vista jurídico. Al respecto, tanto la doctrina como la jurisprudencia argentina se han pronunciado categóricamente a favor de la responsabilidad contractual de los médicos.

Desde el punto de vista de la responsabilidad civil, en primer lugar, se considera que existe obligación de medios. Significa que el o la profesional están obligados a observar diligencia, aptitud e idoneidad para llevar a cabo un procedimiento que conduce a un resultado, pero sin asegurar la obtención del mismo.

En el caso de obligación de resultados, el deudor se compromete a un efecto concreto. Como consecuencia de lo expuesto, frente al incumplimiento de la obligación de resultados, la responsabilidad será de naturaleza objetiva. En este caso, la prueba de incumplimiento engendra una presunción de culpa, salvo caso fortuito, es decir que no se pudo prever y en caso de previsión, no se pudo evitar.

En muchos casos, si bien se considera que la cirugía estética pretende cambiar la imagen, no se puede asegurar que las personas tratadas acepten el cambio, aún con buenos resultados según opinión de los peritos consultados al respecto. Es sumamente importante insistir y reconocer los conceptos de Antognazza³ acerca de las expectativas que cada persona tiene al solicitar cirugías estéticas. Tener en cuenta los motivos del deseo de mejorar y las pretensiones del cambio, que cuando no son satisfechas mediante la cirugía estética, pueden dar lugar a reclamos, aún con excelentes resultados.

En la cuantificación del daño estético deben tenerse en cuenta los defectos que pueden causar rechazo y hasta motivos de burla en ambientes escolares⁸.

8.2. SUGERENCIAS

En un interesante artículo titulado “La medicina que estamos viviendo ¿Qué pasa en la práctica médica?”, Figini¹⁴ propone varias acciones para mejorar las situaciones procesales e intentar disminuir los casos de demandas:

Informar al público sobre la importancia del acto médico

- Efectuar control de calidad en las prestaciones médicas
- Difundir los conceptos de certificación y recertificación entre el público
- Efectuar control de la distribución de médicos según necesidades del país

Varias obras consultadas^{24,28,29} coinciden en proponer a los médicos las siguientes medidas para intentar disminuir las demandas por presuntas prácticas médicas equivocadas, y por consiguiente eventuales condenas por mala praxis:

1. Recordar que todo acto médico es parte de un contrato tácito con el paciente y por lo tanto sujeto a responsabilidad.
2. Documentar y fundamentar todo lo actuado en la historia clínica.
3. No efectuar operaciones con técnicas no aceptadas por la especialidad.
4. Actualizar los conocimientos en forma periódica.
5. Mantener un trato cordial con el paciente y sus familiares.
6. Elegir cuidadosamente a los colaboradores.
7. Obtener el consentimiento informado por escrito.

8.3. COROLARIO

En todo lo expuesto sobre este tema en cuestión, entra a jugar un papel muy importante el deber de información y prevención, considerando los múltiples factores que intervienen en una cirugía.

La Organización Mundial de la Salud tiene como objetivo la educación para la salud. Considera que es la disciplina encargada de organizar y orientar procesos educativos con el propósito de influir positivamente en la adquisición por parte de los profesionales de la salud, de conocimientos prácticos, características y costumbres de los individuos y comunidades en relación con sus ambientes.

La idea principal es reconocer que los aspectos legales deben ser tenidos en cuenta, reflexionando sobre la necesidad del diálogo con los y las pacientes y seguir todos los pasos de la buena práctica médica. Asimismo, las consideraciones éticas deben ser tenidas en cuenta en todo acto médico⁴.

La inclusión de la documentación pertinente, como la historia clínica detallada, el consentimiento informado y las imágenes pre- y postoperatorias, debe ser considerada como elementos de prueba importantes, desde el punto de vista jurídico. De esta manera se podrán disminuir los cuestionamientos por presunta práctica inadecuada.

Como mensaje final cabe consignar que, en muchos casos, la carátula de mala praxis no significa necesariamente incompetencia o mala medicina. Se trata de un resultado desafortunado en una actividad humana, que depende de múltiples variables y riesgos, no siempre sujetos a exactitud científica³⁵.

Se insiste en considerar el enfoque sistémico propuesto por Von Bertalanffy, abarcando los casos de presunta práctica inadecuada desde varios puntos de vista, teniendo en cuenta los diversos actores, situaciones particulares y factores implícitos en cirugía plástica³⁶.

BIBLIOGRAFÍA

1. Achával A. *Manual de medicina legal*. Buenos Aires. Abeledo Perrot, 1994.
2. Agrest A. *Malapráctica médica*. Boletín del Consejo de Certificación de Profesionales Médicos. Buenos Aires, 1998. Año 4, número 11.
3. Antognazza EJ. *Qué hacer con la vida*. Buenos Aires. Beas, 1996.
4. Arribalzaga EB, Jacovella PF. *Formación ética y jurídica del residente de cirugía*. Buenos Aires. Dunken, 2021.
5. Brennan TA, Leape LL, Laird NM, et al. Incidence of adverse events and negligence in hospitalized patients: results of the Harvard Medical Practice Study. *New England Journal of Medicine*. 1991;324:370-8.
6. Bueres AJ. *Responsabilidad civil de los médicos*. Buenos Aires. Hammurabi, 1994.
7. Bustamante Alsina J. *Responsabilidad civil de los médicos en el ejercicio de su profesión*. La Ley T 1976 C, 63.
8. Canal R. *Quantificação do dano estético*. Grafia e Editora Saturno. Brasília, 2014: 105-128.
9. Colazo II. *Responsabilidad profesional del médico cirujano estético como obligación de medio o de resultado, a la luz de la doctrina y jurisprudencia*. Junio 2, 2010. Id SAJ: DACF 100044. www.saij.jus.gov.ar (acceso abril 2026).
10. Cornet M. *Responsabilidad civil del cirujano plástico*. Academia Nacional de Derecho y Ciencias Sociales de Córdoba. <http://www.academ.unc.edu.ar> (acceso abril 2026).
11. Compagnucci de Caso RH. *Responsabilidad médica y responsabilidad colectiva*. La Ley T. 1991 D, 466.
12. Dambrosi R, Dambrosi G. *Práctica médica inadecuada*. Buenos Aires. Ad Hoc, 2010.
13. Ferreres AR. *Responsabilidad civil y penal del médico cirujano*. En Galindo F y col.: *Enciclopedia de Cirugía Digestiva*. 2014; I: 102. www.sacd.org.ar. (Acceso mayo 2018).
14. Figini H A. *La medicina que estamos viviendo. ¿Qué pasa en la práctica médica?* Revista de la Asociación Médica Argentina. 1998; 111 (4): 22-23.
15. Giacomantone E, Mejía A. *Estrés preoperatorio y riesgo quirúrgico: el impacto emocional de la cirugía*. Buenos Aires. López Libreros Editores, 1998.
16. Girard, R.: *Shakespeare. Los fuegos de la envidia*. Barcelona. Anagrama. Colección Argumentos, 1995.
17. Goldman J. *Preventing Malpractice*. Hippocrates. 1997; 11: 27.
18. Hurtado Hoyo E. *El síndrome judicial*. Revista de la Asociación Médica Argentina. 1995; 108 (3): 6.
19. Hurtado Hoyo, E.: *Responsabilidad legal del equipo quirúrgico*. Revista de la Asociación Médica Argentina. 1994; 107 (4): 25.
20. Jacovella PF. *Cirugía estética y derecho: doctrina y jurisprudencia*. Buenos Aires. Akadia, 2018.
21. Jacovella PF. *Principios y alcances de la cirugía plástica*. En Jacovella PF (ed) *Cirugía Plástica Estética*. Buenos Aires. Akadia, 2017; Cap I:1-13.
22. Jacovella PF, Kennedy R. *Buena/mala praxis en cirugía estética*. Buenos Aires. Ad Hoc. 2004.
23. Kvitko LA. *La responsabilidad médica: obligación de resultados en el ejercicio de determinadas especialidades*. Premio bienal 1979-1980, al mejor trabajo de medicina legal. Biblioteca de Profesionales. Facultad de Medicina, Universidad de Buenos Aires.
24. Lavalle H M. *Defensa médica II: Prevención de juicios de mala praxis*. Buenos Aires. A.G.A. Ediciones, 1998.
25. López Muñoz Larraz, G. *Defensas en negligencias médicas*. Madrid. Dykinson, 1991.
26. Lorenzetti R L. *Responsabilidad civil de los médicos*. Buenos Aires. Rubinzal Culzoni Editores, 1997.
27. Losardo R J. *Cirugía estética: Enfoque médico-legal*. Revista Argentina de Cirugía Plástica, 2002; VIII (2): 87-89.
28. Medone A, Califano JE. *Mala praxis médica: efectos y prevención*. Buenos Aires. Editorial La Prensa Médica Argentina, 1995.
29. Mobilio J. *Estrategia médico legal en cirugía plástica, estética, reparadora y dermatología*. Buenos Aires. Quorum, 2002.
30. Rey Huidobro L F. *La imprudencia médica en el ámbito del Derecho Penal*. En González Rus, J J: *Estudios penales y jurídicos*. Córdoba (España) Editorial Universidad, 1996.
31. Sanguinetti F. *Responsabilidad ética y jurídica del cirujano (Relato oficial del congreso Argentino de Cirugía de 1988)* Revista Argentina de Cirugía. 1988; número extraordinario.
32. Sproviero J. *Mala praxis, presentación jurídica del médico*. Buenos Aires. Abeledo Perrot, 1994.
33. Vázquez Ferreira R. *Daños y perjuicios en el ejercicio de la medicina*. Buenos Aires. Hammurabi, 1992.
34. Vázquez Ferreira R. *Prueba de la culpa médica*. Buenos Aires. Hammurabi, 1993.
35. Viniera Velázquez L. *La práctica de la medicina: situación actual*. www.posgrado.unam.mx (acceso mayo 2018).
36. Von Bertalanffy L. *Teoría general de los sistemas*. México. Fondo de Cultura Económica, 1980.

Recuerdos y anécdotas del doctor Héctor Marino: séptima parte

Memories and anecdotes of Dr. Héctor Marino: Part 7

Dr. Ricardo J. Losardo

RESUMEN

Se relata la participación del Dr. Héctor Marino en la fundación de la Sociedad Latinoamericana de Cirugía Plástica (1940) y en sus dos primeros congresos, en Brasil (1941) y Argentina (1942). Se mencionan algunos médicos protagonistas de estos hechos.

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

ABSTRACT

The article recounts Dr. Héctor Marino's participation in the founding of the Latin American Society of Plastic Surgery (1940) and in its first two congresses, in Brazil (1941) and Argentina (1942). It also mentions some of the physicians who played a key role in these events.

Keywords: biography, history of medicine, plastic surgery.

REVISTA ARGENTINA DE CIRUGÍA PLÁSTICA 2026;32(2):91-93. [HTTPS://DOI.ORG/10.32825/RACP/202602/0091-0093](https://doi.org/10.32825/RACP/202602/0091-0093)

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, una de ellas que lleva el título "Los dos primeros congresos latinoamericanos de cirugía plástica".

El tema principal de esta anécdota son los dos primeros congresos latinoamericanos de cirugía plástica, realizados en 1941 en Brasil y en 1942 en Argentina. En esta anécdota desfilan algunas figuras importantes de aquella época como Enrique (1881-1948) y Ricardo (1888-1962)

Finochietto, Oscar Ivanissevich (1895-1976), Ernesto Malbec (1903-1991), Lelio Zeno (1890-1968), Roberto Dellepiane-Rawson (1896-1979), Antonio Prudente (1906-1965, de Brasil) y Enrique Apolo (1897-1969, de Uruguay), entre otros.

En esta anécdota también se nombra a Sabino Di Rienzo, pionero de la radiología en Argentina y a los influyentes cirujanos generales Atilio J. Costa y Alejandro Ceballos, que para esa época ya eran toda una autoridad.

Debemos tener presente que para ese entonces la Sociedad Argentina de Cirugía Plástica aún no se había creado y el único foro que tenían nuestros colegas en el país para la presentación de trabajos científicos era el de los cirujanos generales que se reunían en la Asociación Médica Argentina. Los Congresos Latinoamericanos de Cirugía Plástica, iniciados en 1941 –que se transformarían más tarde en Ibero latinoamericanos– impulsaron notablemente la especialidad en todos los países de habla románica del continente, el nuestro entre ellos⁷.

Recordemos que Marino se graduó en 1931 de médico y en 1939 de Doctor en Medicina con una tesis sobre un tema de cirugía general. En 1932 comenzó su formación quirúrgica junto a Ricardo Finochietto, primero en el Hospital Alvear y luego en el Rawson. Su inclinación por nuestra especialidad culminó en 1935 y 1938, Marino ya había realizado sus dos primeros viajes de formación en cirugía plástica (Alemania e Inglaterra y luego EE.UU.), donde había visto operar a los grandes cirujanos plásticos del mundo. En 1940, época de esta anécdota, estaba en el Servicio de Cirugía del Hospital Rawson (ya que no había aún un servicio de cirugía plástica) y allí había dos grupos: uno el de Enrique Finochietto y otro el de su hermano Ricardo. Entre los integrantes de ambos grupos había cierta rivalidad y competencia, muy habitual en las escuelas médicas de entonces.

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 Municipal de Oncología "María Curie". Profesor Titular, Escuela de Posgrado, Facultad de Medicina, Universidad del Salvador. Ex Presidente de la Sociedad de Cirugía Plástica de Buenos Aires. Presidente del 48º Congreso Argentino de Cirugía Plástica (SACPER).

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

El autor no declara conflictos de intereses

Recibido: 26/02/2026. Aceptado: 03/04/2026



Figura 1. Dr. Antonio Prudente, cirujano plástico brasileño (1906-1965)¹⁵.

Es oportuno señalar que los “iniciadores” de la cirugía plástica en Argentina fueron: Zeno y sus discípulos en Rosario, Ivanissevich en el Hospital Escuela o de Clínicas de Buenos Aires y los Finochietto en el Hospital Rawson. Estos tres grupos competían profesionalmente por ser las mejores escuelas.

*También Marino recuerda en estas líneas una anécdota de su libro **Labio leporino**, publicado en 1942 y prologado por su maestro Ricardo Finochietto, resultado del material preparado para su conferencia para el Segundo Congreso Latinoamericano.*

LOS DOS PRIMEROS CONGRESOS LATINOAMERICANOS DE CIRUGÍA PLÁSTICA

El aumento creciente de cirujanos interesados en la nueva especialidad y la creación de sociedades locales en cada Estado de Sudamérica trajo como consecuencia que, en 1940, en San Pablo, se concretara la idea de hacer un primer Congreso Latinoamericano de Cirugía Plástica.

Algunos cirujanos argentinos, entre ellos **Malbec**, participaron de esas reuniones previas con todo entusiasmo y finalmente la idea se llevó a cabo, organizando el primer congreso a realizarse en São Paulo y Río de Janeiro, presidido por **Antonio Prudente (Figura 1)**. La razón fue que, en ese entonces, la cirugía plástica estaba más avanzada en el Brasil que en la Argentina. Y al final, me encontré viajando a estas dos ciudades, las más pobladas de Brasil, en Julio de 1941, a sus lugares de celebración. La recepción fue no solo amistosa sino suntuosa y el Congreso todo un éxito, aunque ya entonces el grupo argentino mostró rivalidades de escuelas. Por ejemplo, entre la Escuela de **Ivanissevich**, capitán del grupo del Hospital de Clínicas y los cirujanos del Hospital Rawson (Escuela de **Finochietto**) y los de la ciudad de Rosario (Escuela de **Lelio Zeno**).

Si bien todo terminó con grandes demostraciones de amistad, la rivalidad era patente. Entre las decisiones



Figura 2. Dr. Lelio Zeno, cirujano plástico argentino (1890-1968)¹⁴.

importantes, de las muchas, anotaremos que el siguiente Congreso se realizaría en Buenos Aires y Rosario, en octubre de 1942, y la presidencia de ese próximo Congreso fue adjudicada, con fastidio de la gente del Clínicas, al rosarino **Lelio Zeno (Figura 2)** y el tema central a tratar fue el de Fisuras Labio-Palatinas.

La parte palatina fue adjudicada al uruguayo **Enrique Apolo (Figura 3)**, un excelente cirujano y otorrinolaringólogo que se había formado en Alemania, al lado de **Franz Ernst**, y que tenía muy buenos resultados con la pulsión del paladar hacia atrás mediante unas prótesis temporarias. En cuanto a las fisuras del labio, fuimos nombrados **Dellepiane Rawson**, del Servicio de **Enrique Finochietto**; y yo, del Servicio de **Ricardo Finochietto**.

Vuelto a Buenos Aires me encontré que tenía por delante todo un año para cumplir tanta responsabilidad. Lo primero que hice fue tratar de conseguir buen número de pacientes, para aumentar mi experiencia; y para ello recurrí al laboratorio Lepetit, a cuyos visitantes encargué que divulgaran en el interior del país que el Dr. **Marino** buscaba casos de fisura labial de cualquier especie para operarlos en Buenos Aires. El resultado fue que, ese año, fui sepultado por la cantidad de enfermos de cualquier edad, operados o no y con toda clase de defectos.

Por otra parte, busqué tratados y libros, para poder discutir mano a mano con sus autores. También, en ese sentido elegí a la editorial Mercatali, que se especializaba en impresiones de libros de Medicina y de Arte en general, de muy buena calidad y me dediqué con ahínco al trabajo. El asunto fue duro porque tenía que llegar a la inauguración del congreso siguiente, que se iba a celebrar en Buenos Aires y Rosario, pero afortunadamente, conseguí mis fines haciendo el primer libro que –sobre el tema– se publicaba en el mundo en lengua española. Al fin llegó el día de presentar el fruto de mis desvelos. El lugar de la presentación fue uno de los anfiteatros de la antigua Facultad de Medicina y la concurrencia, esa tarde, distinguida y muy grande, constituida no solo por los



Figura 3. Dr. Enrique Apolo, cirujano plástico uruguayo (1897-1969)¹⁴.

alumnos sino también por todo el cuerpo docente imaginable y por muchos miembros de la Academia Argentina de Cirugía. En el programa me tocaba hablar primero, pero se me acercaron los profesores **Atilio J. Costa** y **Alejandro Ceballos** para comunicarme que **Dellepiane-Rawson**, que estaba en segundo lugar, había dicho que si no se lo dejaba hablar primero se retiraba del Congreso. Naturalmente accedí de inmediato a que se cumpliera la voluntad del colega que presentó su trabajo, con ilustraciones seguidas de un film –desgraciadamente para todos– un poco oscuro y de escasa nitidez. Llegado mi turno me encontré con una audiencia cansada y decidí proyectar en 30 minutos todas las ilustraciones del libro “Labio Leporino”. El resultado fue notable; cuando terminé mi exposición, la audiencia, entusiasmada, me aplaudió de pie (cosa muy rara) y media Academia vino a felicitarme. Eso no le gustó nada a **Dellepiane** y esa tarde me gané un enemigo feroz por muchos años.

Al año siguiente, en 1943, presenté mi libro para optar al Premio Anual de la Asociación Argentina de Cirugía y, si bien muchos de sus miembros me votaron, tuve el inconveniente que compitió con el excelente trabajo de un médico cordobés, el Dr. **Di Rienzo**. En la sesión del Congreso Argentino de Cirugía dedicada a dicho premio, presentó una cantidad de diafanoscopias (o transiluminaciones) y sus experiencias radiológicas en vías biliares, que gustó mucho a los cirujanos. Resultado, que el premio fue para él, creo que también influyó el que viniera de una provincia y yo tuve que contentarme con el Accésit.

CONCLUSIÓN

En esta séptima parte de nuestra publicación sobre recuerdos y anécdotas, el Dr. Héctor Marino relata detalles de los dos primeros congresos latinoamericanos de cirugía plástica. Es de resaltar que en nuestro país aún no se había realizado ningún congreso nacional, ya que la Sociedad Argentina de Cirugía Plástica se formó una década después de estos acontecimientos.

En el ámbito latinoamericano, Marino tuvo una actuación destacada y fomentó, junto a otros colegas, el desarrollo de la especialidad en el continente. Fue uno de los fundadores de la Sociedad Latinoamericana de Cirugía Plástica en 1940, en San Pablo, Brasil. Los dos primeros congresos se realizaron en Río de Janeiro-San Pablo, en julio de 1941 y Buenos Aires-Rosario, en octubre de 1942. Algunos años después, en 1954, fue director de la Revista Latinoamericana de Cirugía Plástica².

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 futuras generaciones de cirujanos plásticos, para que tengan modelos y ejemplos a seguir en estos tiempos actuales⁸⁻¹³.

BIBLIOGRAFÍA

1. Losardo RJ. Semblanza del Académico Profesor Doctor Héctor Marino. *Rev Asoc Med Argent.* 2018;131(2):4-6.
2. Losardo RJ, Marino HS. Héctor Marino. Pionero de la Cirugía Plástica Latinoamericana. *Prensa Med Argent.* 2023;109(2):64-74.
3. Losardo RJ. Dr. Héctor Marino. Crónica de viaje: Alemania e Inglaterra, 1935. *Rev ALMA Cult Med.* 2019;5(1):51-7.
4. Losardo RJ. Dr. Héctor Marino. Crónica de viaje: Estados Unidos, 1938. *Rev ALMA Cult Med.* 2019;5(2):8-16.
5. Losardo RJ. Dr. Héctor Marino. Crónica de viaje: La Segunda Guerra Mundial. *Rev ALMA Cult Med.* 2019;5(3):6-12.
6. Losardo RJ. Dr. Héctor Marino. Recuerdos de los Congresos Internacionales de Cirugía Plástica. *Rev ALMA Cult Med.* 2022;8(1):48-61.
7. Losardo RJ. Miguel Correa Iturraspe: la cirugía plástica que ha vivido. *Prensa Med Argent.* 2023;109(3):101-20.
8. Losardo RJ. Recuerdos y anécdotas del doctor Héctor Marino: primera parte. *Rev Argent Cir Plast.* 2024;30(4):343-5.
9. Losardo RJ. Recuerdos y anécdotas del doctor Héctor Marino: segunda parte. *Rev Argent Cir Plast.* 2025;31(1):26-8.
10. Losardo RJ. Recuerdos y anécdotas del doctor Héctor Marino: tercera parte. *Rev Argent Cir Plast.* 2025;31(2):78-81.
11. Losardo RJ. Recuerdos y anécdotas del doctor Héctor Marino: cuarta parte. *Rev Argent Cir Plast.* 2025;31(3):143-6.
12. Losardo RJ. Recuerdos y anécdotas del doctor Héctor Marino: quinta parte. *Rev Argent Cir Plast.* 2025;31(4):192-6.
13. Losardo RJ. Recuerdos y anécdotas del doctor Héctor Marino: sexta parte. *Rev Argent Cir Plast.* 2026;32(1):37-40.
14. Turnes A. Héctor A. Ardao, Maestro de la Cirugía Plástica Reparadora en el Uruguay. Montevideo: Ediciones Granada; 2011.
15. AC Camargo Cancer Center. Biografías: Antonio Prudente [Internet]. São Paulo: AC Camargo Cancer Center; [citado 27 Mar 2026]. Disponible en: <https://accamargo.org.br/institucional/biografias>

Acto SACPER: Académico y Social San Miguel de Tucumán, 10 de abril de 2026

SACPER Event: Academic and Social
San Miguel de Tucumán, April 10, 2026

Dr. Daniel Ernesto Matteo¹, Dr. Oscar Luis Abdala Montoto²

REVISTA ARGENTINA DE CIRUGÍA PLÁSTICA 2026;32(2):94-96. [HTTPS://DOI.ORG/10.32825/RACP/202602/0094-0096](https://doi.org/10.32825/RACP/202602/0094-0096)

En el marco de su agenda institucional 2026–2027, la Sociedad Argentina de Cirugía Plástica, Estética y Reparadora (SACPER) llevó a cabo el día 10 de abril de 2026 un acto académico y social en la ciudad de San Miguel de Tucumán, realizando una jornada de alto valor institucional, científico y cultural.

El encuentro tuvo lugar en la **Casa Sucar - Museo de la Ciudad**, un espacio de fuerte identidad histórica y cultural, que no solo aportó un marco distintivo, sino que también expresó el compromiso de la Sociedad con una mirada integradora, promoviendo la actividad académica, científica y cultural.

La actividad reunió a referentes de la cirugía plástica nacional, profesores universitarios locales y autoridades locales, miembros de la Comisión Directiva, representantes del Órgano de Fiscalización, en un ámbito que combinó el intercambio científico con el fortalecimiento de los vínculos profesionales e institucionales. En este contexto, se formalizó un convenio de colaboración institucional con el **Colegio Médico de Tucumán**, presidido por la **Dra. Celia R. Valdez**, orientado a promover iniciativas conjuntas en formación médica continua y desarrollo profesional.

El evento fue inaugurado por el **Dr. Javier Vera Cucchiaro**, Director de Relaciones Institucionales de SACPER, integrante de su Órgano de Fiscalización y expresidente 2015.

A continuación, el **Dr. Ricardo Losardo**, como integrante de la comisión directiva de la Sociedad Científica Argentina (SCA), en el marco del Día del Investigador Científico en la Argentina (10 de

abril), puso en valor la figura del premio Nobel, Prof. Dr. Bernardo Houssay (miembro SCA), resaltando la importancia de la investigación, la evidencia científica y la formación continua como pilares indispensables en el ejercicio de la medicina. Además, Losardo, estudioso de la biografía de Houssay, recordó que se constituyó en la figura central del escenario científico argentino del siglo XX, siendo un auténtico formador de recursos humanos en la investigación médica de Argentina y América Latina. Finalmente, mencionó la **Casa Museo Bernardo Houssay**, ubicada cerca de la Facultad de Medicina de la Universidad de Buenos Aires, casa en la cual el Dr. Houssay vivió y actualmente es un museo que se puede visitar.

Durante el acto, se destacó la participación de referentes académicos de la provincia, entre ellos el **Dr. Antonio Brahin**, Profesor Emérito de la Universidad Nacional de Tucumán y Maestro de la Asociación Argentina de Cirugía, quien brindó un discurso en el que puso en valor el rol de la formación médica, la transmisión del conocimiento y la responsabilidad profesional en el desarrollo de la especialidad.

El presidente de SACPER, **Dr. Daniel Ernesto Matteo**, brindó su discurso de inicio de gestión, que se encuentra al inicio de esta misma revista.



Figura 1. Banda de jazz "JazzPer" que dio inicio a la actividad cultural con un show musical.

1. Presidente SACPER

2. Secretario General SACPER



Figura 2. Dr. Javier Vera Cucchiaro, ex presidente de SACPER 2015, destacó la importancia de la actividad federativa de la SACPER y su relación con instituciones internacionales de la especialidad.



Figura 3. Dr. Ricardo Losardo, Director de la Revista Argentina de Cirugía Plástica (SACPER), miembro de la comisión directiva de la Sociedad Científica Argentina y vicepresidente de la Sociedad Internacional de Historia de la Medicina, recordó el legado del premio Nobel Bernardo Houssay en el aniversario de su nacimiento.



Figura 4. Dr. Antonio Brahin, Profesor Emérito de la Universidad Nacional de Tucumán, destacó la importancia de la docencia, la investigación y la actividad asistencial en el ejercicio de la profesión.



Figura 5. Dra. Celia R. Valdez, Presidente del Colegio Médico de Tucumán, quien destacó la importancia del trabajo conjunto entre ambas instituciones.



Figura 6. Dr. Daniel Matteo, presidente de la Sociedad Argentina de Cirugía Plástica, Estética y Reparadora (SACPER), dando el discurso de inicio de gestión 2026-2027.



Figura 7. El Dr. Ricardo Losardo (cirujano plástico) recibiendo el diploma de integrante de la Comisión de eventos y actividades científicas de la SACPER, de manos del Dr. Federico Brahin (cirujano general), ambos designados el año pasado "Maestros de la Medicina".



Figura 8. De izquierda a derecha: Dres. Oscar Abdala Montoto (Secretario General SACPER), Daniel Matteo (Presidente SACPER), Celia R. Valdez (Presidente Colegio Médico Tucumán), María Cristina Bazán (Secretaria de actividades científicas del Colegio Médico de Tucumán) y Susana Paredes (Vicepresidente SACPER).

El encuentro permitió además reafirmar los lineamientos estratégicos de la actual gestión de SACPER, centrados en la excelencia científica, el fortalecimiento institucional y el acompañamiento permanente a los socios, promoviendo una sociedad activa, inclusiva y comprometida con los desafíos contemporáneos de la medicina.

En este sentido, la realización de esta actividad en Tucumán adquiere un valor particular, no solo por su significado histórico y académico, sino también como expresión concreta del objetivo de consolidar una institución cercana a sus regionales, acompañando y fortaleciendo el trabajo de las sociedades locales. En esta oportunidad, el respaldo a la **Sociedad Tucumana de Cirugía Plástica**, presidida por el **Dr. Oscar Abdala Montoto**, se manifestó como parte de una estrategia institucional orientada a la integración y al desarrollo equilibrado de la especialidad en todo el territorio nacional.

Más allá de su carácter formal, el acto constituyó un espacio de encuentro entre generaciones, trayectorias y experiencias, reafirmando que el crecimiento de la cirugía plástica argentina se sustenta no solo en el avance científico y técnico, sino también en la construcción de una sólida comunidad profesional.



Figura 9. De izquierda a derecha, los colegas de Tucumán: Dres. Oscar Abdala Montoto (presidente Soc. Tucumana Cir. Plast.), Guillermo Layus (ex instructor de residencia de cirugía general), Antonio Brahin (Profesor Emérito, Universidad Nacional de Tucumán), Daniel Matteo (Presidente SACPER) y Federico Brahin (cirujano general y Maestro de la Medicina 2025).



Figura 10. Foto institucional con algunos asistentes del evento, de izquierda a derecha, Dres.: Horacio Lostia, Ricardo Roncaglia, Federico Barranco, Esteban Bolea, Rodolfo Villavicencio, Gustavo García Toro, Ricardo Lara, Ricardo Losardo, Oscar Abdala Montoto, Susana Paredes, Celia Valdez, María Cristina Bazán, Antonio Brahin, Daniel Matteo, Javier Vera Cucchiari, Federico Brahin, Lic. Mariana Frandino y Lic. Carolina Oliver.

Este tipo de iniciativas reflejan el espíritu de SACPER como institución académica y científica, proyectando su desarrollo hacia el futuro sin perder de vista los valores que históricamente la han definido.

Dr. Daniel Ernesto Matteo
Presidente

Dr. Oscar Luis Abdala Montoto
Secretario General

Global Plastic Surgery Congress 2026: Buenos Aires como epicentro de la cirugía plástica mundial

Global Plastic Surgery Congress 2026: Buenos Aires as the Epicenter of Global Plastic Surgery

REVISTA ARGENTINA DE CIRUGÍA PLÁSTICA 2026;32(2):97-98. [HTTPS://DOI.ORG/10.32825/RACP/202602/0097-0098](https://doi.org/10.32825/RACP/202602/0097-0098)

Del 27 al 29 de mayo de 2026 se llevó a cabo en el Hotel Hilton de Puerto Madero en Buenos Aires el “Global Plastic Surgery Congress 2026”, uno de los encuentros científicos internacionales más relevantes de la especialidad, organizado conjuntamente por la **American Society of Plastic Surgeons (ASPS)** Global Partners Forum y la **Sociedad Argentina de Cirugía Plástica, Estética y Reparadora (SACPER)**.

El congreso reunió a una gran cantidad de asistentes y más de 200 disertantes nacionales e internacionales, siendo un espacio de intercambio académico, innovación científica y fortalecimiento institucional para la cirugía plástica mundial.

Un encuentro de alcance internacional

Durante tres jornadas intensas de trabajo científico, el *Global Congress* convocó a destacados referentes de África, América Latina, Estados Unidos de América, Europa y Asia, quienes compartieron experiencias, avances tecnológicos, técnicas quirúrgicas innovadoras y debates sobre los principales desafíos de la especialidad. La elección de la ciudad de Buenos Aires como sede reflejó el creciente reconocimiento internacional de la región latinoamericana dentro del mapa global de la cirugía plástica.

El protagonismo de SACPER

La realización del congreso representó un importante

logro institucional para SACPER, que tuvo un rol central en la organización y coordinación local del evento junto a la ASPS. Bajo la presidencia del Dr. Daniel Matteo, SACPER trabajó para lograr un encuentro científico de alto nivel, fortaleciendo vínculos internacionales, promoviendo la participación de especialistas argentinos y posicionando a la cirugía plástica nacional dentro de la agenda global de la especialidad.

Un programa científico de excelencia

El congreso ofreció una programación académica de primer nivel, con participación de reconocidos expertos internacionales en cirugía estética, reconstructiva y medicina regenerativa. Las sesiones abordaron des-



Figura 1. Asistentes al Global Plastic Surgery Congress 2026, realizado en el Hotel Hilton de Puerto Madero.



Figura 2. El Dr. Daniel Matteo, Presidente de SACPER, junto al Dr. Bob Basu, Presidente de ASPS, recibiendo una distinción durante el Global Plastic Surgery Congress 2026, realizado en Buenos Aires.



Figura 3. Apertura del Global Plastic Surgery Congress 2026 en el Hotel Hilton de Puerto Madero, Buenos Aires.



Figura 4. Dres. Gregory Greco, Co Chair ASPS y Javier Vera Cuchiari, Co Chair SACPER.



Figura 5. Autoridades del Global Leadership Forum ASPS.

de las últimas tendencias en técnicas mínimamente invasivas hasta debates sobre ética profesional, liderazgo médico e inteligencia artificial aplicada a la práctica quirúrgica. El formato combinó conferencias magistrales, talleres prácticos y mesas de discusión que favorecieron el intercambio directo entre los participantes.

Participación argentina y fortalecimiento institucional

La presencia de numerosos especialistas argentinos en calidad de disertantes, coordinadores y asistentes reflejó el compromiso permanente de nuestra comunidad con la actualización científica y el intercambio de conocimientos. El congreso también brindó un espacio privilegiado para estrechar relaciones con sociedades hermanas de la región y con organismos internacionales de referencia en la especialidad.

Un hito para la cirugía plástica argentina

El *Global Plastic Surgery Congress 2026* marcó un antes y un después para la presencia internacional de la cirugía plástica argentina. La capacidad de Buenos Aires y de SACPER para albergar y coorganizar un evento de esta magnitud ratifica la solidez científica e institucional de nuestra sociedad y abre nuevas perspectivas de colaboración con las principales organizaciones de la especialidad a nivel mundial. El balance es ampliamente positivo, y el espíritu de este congreso continuará impulsando el desarrollo de la cirugía plástica argentina en los años venideros.

Comisión Directiva

Sociedad Argentina de Cirugía Plástica,
Estética y Reparadora (SACPER).

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.

Los autores deben respetar las normas éticas internacionales para la publicación de trabajos médico-científicos.