ISSN 0327-6945 | ISSN 2618-3625 (en línea)

Revista Argentina de Cirugía Plástica

REVISTA ARGENTINA DE CIRUGÍA PLÁSTICA (ARGENTINE JOURNAL OF PLASTIC SURGERY)
ENERO - MARZO DE 2025 | AÑO 31 | NÚMERO 1

Editorial
Dr. Roberto Serrano Alcalá

Calcinosis cutánea en secuela de quemadura
Dr. Domingos Quintella de Paola, Dr. Adrián Corbalán, Dr. Domingos de Paola Neto, Dr. Leandro Adami, Dr. Víctor Adami

Sensibilidad del complejo areola-pezón post reducción mamaria. Estudio comparativo entre los pedículos posteroinferior y superointerno
Dra. Oriana Pesce, Dr. Juan Manuel Vera Vecchi, Dr. Javier Viguie, Dr. Daniel Postan

Fundamentos pedagógicos de la educación médica
Dr. Patricio F. Jacovella

Recuerdos y anécdotas del doctor Héctor Marino: segunda parte
Dr. Ricardo J. Losardo

Reflexiones de un cirujano plástico y un sueño
Dr. Manuel Alberto Sarrabayrouse

Índice de autores de 2024

Calcinosis cutánea en secuela de quemadura. Fotografía preoperatoria.

Fotografía postoperatoria alejada del tratamiento médico y quirúrgico.

SACPER
SOCIEDAD ARGENTINA DE CIRUGÍA PLÁSTICA, ESTÉTICA Y REPARADORA

SACPER

SOCIEDAD ARGENTINA DE CIRUGÍA
PLÁSTICA, ESTÉTICA Y REPARADORA

COMISIÓN DIRECTIVA 2024 - 2025

Presidente
Dr. Roberto Serrano Alcalá

Vicepresidente
Dr. Jorge Ricardo Wetzel

Secretaria General
Dra. Liliana Scarpinelli

Prosecretario
Dr. José María Schiavoni

Tesorero
Dr. Ariel Petroni

Protesorero
Dr. Aldo Daniel Álvarez

Secretaria de Actas
Dra. María Lorena Córdoba Díaz

Director de Publicaciones
Dr. Gustavo Emilio Schenone

Subdirector de Publicaciones
Dr. Pablo Guillermo Serpa

Vocales titulares
Dra. Iris Hebe Blanco
Dr. Juan José Juri
Dr. Adrián Orestes Cufaro
Dr. Javier Romero Reyna

Vocales suplentes
Dra. Yamila Ivana Giancarelli
Dra. Susana Beatriz Paredes
Dra. Aneley Fernanda Porto
Dr. José Luis Tesler

Presidente saliente
Dr. Edgardo Bisquert

CAPÍTULOS, COMISIONES Y COMITÉS AÑO 2024-2025

CAPÍTULOS

Cicatrización y Heridas Complejas
Dra. Marisa Pérez

Cirugía de la Calvicie
Dr. Oscar Marinacci

Cirugía del Contorno Corporal
Dr. José Cárdenas

Cirugía Estética Cérvico Facial
Dr. Ángel Appiani

Cirugía Estética Mamaria
Dr. Enrique Gagliardi (h)

Cirugía Estética Nasal
Dr. Juan Tommasino

Cirugía Estética Periorbitaria
Dra. Ricardo Hoogstra

Cirugía Infantil y Congénitas
Dr. Guillermo Franze

Cirugía íntima (Femenina y Masculina)
Dr. Diego Cunille

Cirugía Maxilofacial
Dr. Héctor Jorge Ochoa

Cirugía Posbariátrica
Dr. Gustavo Ghiglione

Cirugía Reparadora Mamaria
Dr. Rodrigo Rossignol

Cirugía Transgénero
Dr. Eduardo Angheben

Laser y Otras Tecnologías
Dra. Natalia Cotto Perroni

Microcirugía y Cirugía Reparadora de Miembros
Dr. Matías Sander

Procedimientos Estéticos Miniinvasivos
Dr. Nicolás Cotter

Quemados y Medicina Regenerativa
Dr. Ariel Talarn

COMISIONES

Comisión de Acción Solidaria
Dr. Hernán Arashiro (Encargado)
Dr. Javier Loro Marchese
Dra. Alejandra Cano

Comisión de Acreditación de Unidades Docentes
Dr. Hugo Benítez (Encargado)
Dra. Laila Musri
Dra. Marcela Marín
Dr. Pablo Reartes
Dr. Juan José Galli
Dr. Rodolfo Cucchiani
Dr. Carlos García
Dr. Daniel Taboada
Dr. Federico Autcher

Comisión de Actividad Sociocultural (Arte / Pintura / Música / Literatura / Escultura)
Dra. Sandra Sbrascini
Dra. Susana Paredes

Comisión de Admisión de Trabajos a Premio
Dr. Jorge Wetzel (Vicepresidente SACPER)
Dra. Liliana Scarpinelli (Secretaria General SACPER)
Dra. José María Schiavoni (Prosecretario SACPER)

Comisión de Asuntos Médico-Legales
Dr. Ricardo Denes (Encargado)
Dr. Osvaldo Daud (Encargado)
Dra. Gloria Cordary
Dr. Claudia Zúñiga Tepa
Dr. Pedro Krasnokuki
Dr. Juan Carlos Calvo de Alba
Dr. Oscar Merbilhaá
Dr. Yaquelina Torres
Dr. Sergio Rossaroli

Comisión de Bioseguridad
Dr. Martín Cerquatti
Dr. Mariano Mayor

Comisión de Cirugía Oncológica de la Piel
Dr. Luis Mastronardi (Encargado)
Dra. Liliana Scarpinelli
Dr. Sebastián Kramer
Dra. Natalia Kapko
Dr. Joaquín Nazar Anchorena
Dra. Josefina Cristofanelli

Comisión de Cirujanos Plásticos Jóvenes
Dr. Esteban Elena Scarafoni (Encargado)
Dr. Valentín Mogliani (Encargado)
Dra. María Laura Petersen
Dr. Rodrigo Rossignol
Dra. Silvina Aranda

Comisión de Control de Sitios Web y Redes Profesionales
Dr. Sebastián Morandi (Encargado)
Dr. José Hernán Almará
Dr. Diego Andjel

Comisión de Difusión Digital y Sitio Web SACPER
Dra. Aneley Porto (Encargada)
Dr. Edgardo Bisquert

Comisión de Docencia y Educación Médica Continua
Dr. Francisco Errea (Encargado)
Dra. Mirta Moreno
Dr. Manuel Viñal

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

Comisión de Estadística
Dra. Myriam De Rosa
Dr. Juan Manuel López

Comisión de Eventos y Actividades Científicas
Dr. Daniel Matteo (Encargado)
Dr. Paul Nani
Dr. Martín Colombo
Dr. Horacio García Igarza
Dr. Ricardo Losardo
Dr. Omar Pellicioni
Dr. Oscar Abdala Montoto
Dr. Sebastián Apa

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

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

Comisión de Nutrición en Cirugía Plástica
Dra. Ma. Cristina Picón
Dr. José Cárdenas

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

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

Comisión de Referencia y Contrarreferencia FLAP
Dr. Diego Steinberg (Encargado)
Dra. Cecilia Wenner
Dr. Miguel Floria
Dr. Agustín Amor
Dr. Rubén Medina
Dr. Guillermo Iturraspe
Dr. Sebastián Apa
Dr. Ramiro Lardapide

Comisión de Regulación del Ejercicio de la Cirugía Plástica
Dr. Roberto Serrano Alcalá (Presidente SACPER)
Dr. Jorge Wetzel (Vicepresidente SACPER)

Comisión de Residentes SACPER
Área Académica:
Dr. Jorge Mariano Balestrieri (Encargado)
Dr. Fernando Pigni
Dra. Magalí Bolotin
Dr. Ignacio Procickieviez
Residentes:
Dr. Tiago Reina Di Nunzio
Dr. Felipe Puche Burgos
Dra. Julieta Serrano Haro
Dra. Alejandra Sarmiento
Dra. Geraldine Begue
Dr. Guillermo Quiroz

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

Comisión de Vigilancia de Implantes Mamarios
Dr. Fernando Rives
Dr. Eduardo Palazzo
Dr. Federico Flaherty

Comisión de Vigilancia de Tecnologías Médicas
Dr. Rodolfo Villavicencio (Encargado)
Dr. Griselda Seleme
Dr. Ricardo Babaitis
Dr. Guillermo Di Biassio
Dr. Lucas Zurlo

COMITÉS

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

Comités de Ética
Sala 1
Dr. Ricardo Lara
Dr. Edgardo Raggi
Dr. Pedro Zapata
Sala 2
Dr. Esteban Elena
Dr. Germán González Vedoya
Dra. Isabel Díaz de San Román
Sala 3
Dr. Eduardo Stagnaro
Dr. León Dahan
Dr. Sergio Ledesma

Consejo Asesor de Expresidentes SACPER
Dr. Edgardo Bisquert
Dr. Alejandro Gómez Lucyszyn
Dr. Omar Pellicioni
Dr. Martín Colombo
Dr. Juan Carlos Rodríguez
Dr. Esteban Elena
Dr. Omar Ventura

JUNTA ELECTORAL
Titulares:
Dr. Omar Pellicioni
Dr. Gustavo Ángela
Dra. Mariela Acha
Suplentes:
Dr. Alberto Tuninetti
Dr. Gustavo Tita

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

PARLAMENTARIO
Dr. Edgardo Bisquert
(Presidente Saliente SACPER)

ÓRGANO DE FISCALIZACIÓN
Titulares
Dr. Carlos BertIni
Dr. Juan Carlos Ortega
Dr. Marcelo Bernstein
Suplentes
Dr. Esteban Elena
Dr. Edgardo Raggi
Dr. Carlos Mira Blanco

DEPARTAMENTOS

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

Revista Argentina de
Cirugía Plástica

COMITÉ DE REDACCIÓN AÑO 2024-2025

Editor
Dr. José Belmont

Coeditor
Dr. Ricardo Losardo

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 del Contorno Corporal
Dr. Ricardo Babaitis

Cirugía Estética
Dr. Alejandro Cantalapiedra, Dr. Rolando Pisanú

Cirugía Maxilofacial
Dr. Gustavo Pressacco

Cirugía Oncológica
Dr. Sergio Rossaroli

Cirugía Pediátrica
Dr. José Belmont

Microcirugía
Dr. Aníbal Mira

Quemados
Dr. Ricardo Lara

Marketing
Dr. Ariel Doña

SACPER
SOCIEDAD ARGENTINA DE CIRUGÍA PLÁSTICA, ESTÉTICA Y REPARADORA

Sociedad Argentina de Cirugía Plástica
REGISTRO PROPIEDAD INTELECTUAL
Expediente Nº 687144. Inscripta en el Boletín de OPS/OMS.
ISSN: 0327-6945. La Revista Argentina de Cirugía Plástica es una publicación de la Sociedad Argentina de Cirugía Plástica, Estética y Reparadora.
Comité de Redacción: Dr. José Belmont | revista@sacper.org.ar

PUBLICACIONES LATINOAMERICANAS S.R.L.

Producción editorial y gráfica
Publicaciones Latinoamericanas s.r.l.
Piedras 1333 2do C | (C1240ABC)
Ciudad Autónoma de Buenos Aires | Argentina
Tel/fax (5411) 4362-1600 | info@publat.com.ar
www.publat.com.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 Laguinge (†)
1982 – Dr. Julio Frontera Vaca (†)
1983 – Dr. Adrián Spadafora (†)
1984 – Dr. Carlos Caviglia (†)
1985 – Dr. Erdulfo Appiani Sotomayor (†)
1986 – Dr. Mauro Daroda (†)
1987 – Dr. Enrique Gandolfo
1988 – Dr. Alfredo Pardina
1989 – Dr. Pedro Mugaburu (†)
1990 – Dr. Jacobo Sananes (†)
1991 – Dr. Néstor Bravo (†)
1992 – Dr. Orlando López (†)
1993 – Dr. Osvaldo Orduna (†)
1994 – Dr. Juan José Galli (†)
1995 – Dr. Raúl Fernández Humble (†)

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

EXPRESIDENTES DE SACPER

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

EXPRESIDENTES DE CONGRESOS

1996 – Dr. Roberto Suriano (†)
1997 – Dr. Luis Albanese (†)
1998 – Dr. Rodolfo Ferrer
1999 – Dr. Abel Chajchir
2000 – Dr. Luis Aldaz
2001 – Dr. Enrique Gagliardi
2002 – Dr. Carlos Mira Blanco
2003 – Dr. Pedro Dogliotti (†)
2004 – Dr. Carlos Rodríguez Peyloubet
2005 – Dr. Luis Margaride
2006 – Dr. Horacio García Igarza
2007 – Dr. Adalberto Borgatello (†)
2008 – Dr. Ricardo Yohena (†)
2009 – Dr. Claudio Ghilardi
2010 – Dr. Juan Carlos Seiler (†)
2011 – Dr. Eduardo Gómez Vara
2012 – Dr. Vicente Hugo Bertone
2013 – Dr. Oscar Procickeviez
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

SACPER
SOCIEDAD ARGENTINA DE CIRUGÍA PLÁSTICA, ESTÉTICA Y REPARADORA

Registro de la Propiedad Intelectual en trámite. Reservados todos los derechos. Ninguna parte de esta publicación puede ser reproducida en forma o medio alguno, electrónico o mecánico, incluyendo fotocopias, grabaciones y otros sistemas de información presentes o futuros sin la autorización por escrito del titular del Copyright. Propietario: Sociedad Argentina de Cirugía Plástica | Av. Santa Fe 1611 P 3º - CABA | Argentina

Índice

Index

REVISTA ARGENTINA DE CIRUGÍA PLÁSTICA 2025;31(1):7. HTTPS://DOI.ORG/10.32825/RACP/202501/0007-0007

EDITORIAL | EDITORIAL

010

EDITORIAL
Dr. Roberto Serrano Alcalá

CASO CLÍNICO | CLINICAL CASE

011

CALCINOSIS CUTÁNEA EN SECUELA DE QUEMADURA
Cutaneous calcinosis in burn sequel
Dr. Domingos Quintella de Paola, Dr. Adrián Corbalán, Dr. Domingos de Paola Neto, Dr. Leandro Adami, Dr. Víctor Adami

ARTÍCULO ORIGINAL | ORIGINAL ARTICLE

014

SENSIBILIDAD DEL COMPLEJO AREOLA PEZÓN POST REDUCCIÓN MAMARIA. ESTUDIO COMPARATIVO ENTRE LOS PEDÍCULOS POSTEROINFERIOR Y SUPEROINTERNO
Sensitivity of the nipple-areola complex after breast reduction. Comparative study between the posterior-inferior and superointernal pedicles
Dra. Oriana Pesce, Dr. Juan Manuel Vera Vecchi, Dr. Javier Viguie, Dr. Daniel Postan

EDUCACIÓN MÉDICA CONTINUA | CONTINUING MEDICAL EDUCATION

020

FUNDAMENTOS PEDAGÓGICOS DE LA EDUCACIÓN MÉDICA
Pedagogical basis of medical education
Dr. Patricio F. Jacovella

HISTORIA DE LA CIRUGÍA PLÁSTICA | HISTORY OF PLASTIC SURGERY

026

RECUERDOS Y ANÉCDOTAS DEL DOCTOR HÉCTOR MARINO: SEGUNDA PARTE
Memories and anecdotes of Dr. Héctor Marino: Part 2
Dr. Ricardo J. Losardo

ARTÍCULO ESPECIAL | SPECIAL ARTICLE

029

REFLEXIONES DE UN CIRUJANO PLÁSTICO Y UN SUEÑO
Reflections of a plastic surgeon and a dream
Dr. Manuel Alberto Sarrabayrouse

031

ÍNDICE DE AUTORES DE 2024
2024 Index of authors

033

REGLAMENTO DE PUBLICACIONES
Publishing regulations

Sumario

REVISTA ARGENTINA DE CIRUGÍA PLÁSTICA 2025;31(1):8. HTTPS://DOI.ORG/10.32825/RACP/202501/0008-0008

CALCINOSIS CUTÁNEA EN SECUELA DE QUEMADURA

Dr. Domingos Quintella de Paola, Dr. Adrián Corbalán, Dr. Domingos de Paola Neto, Dr. Leandro Adami, Dr. Víctor Adami.

INTRODUCCIÓN: La calcinosis cutis es un término que describe un grupo de enfermedades, que se caracterizan por la acumulación de calcio depositado en la piel. La enfermedad se puede clasificar según el tipo de proceso de calcificación: distrófica, metastásica, idiopática e iatrogénica. Las lesiones localizadas de calcificación de tejido extra óseo pueden ocurrir en varios procesos destructivos locales, incluidas quemaduras, picaduras de artrópodos, lesiones de acné, venas varicosas, rabdomiólisis y traumatismos. OBJETIVOS: Reporte de un caso clínico con tratamiento quirúrgico, evaluación de resultados y revisión de la literatura. CASO: Paciente femenina, 64 años de edad, secuela de quemadura grave hace 40 años en accidente grave, con afectación de cara, miembros superiores y miembros inferiores, que desarrolló calcinosis cutis en miembros inferiores, siendo sometida a tratamiento médico-quirúrgico con exéresis de lesiones e injerto graso. CONCLUSIÓN: Parece que la terapia de injerto de grasa subcutánea podría mejorar la cicatrización de heridas causadas por enfermedades por depósito.

SENSIBILIDAD DEL COMPLEJO AREOLA PEZÓN POSREDUCCIÓN MAMARIA. ESTUDIO COMPARATIVO ENTRE LOS PEDÍCULOS POSTEROINFERIOR Y SUPERO-INTERNO

Dra. Oriana Pesce, Dr. Juan Manuel Vera Vecchi, Dr. Javier Viguie, Dr. Daniel Postan.

La mamoplastia reductiva tiene como objetivo principal aliviar los síntomas asociados a la hipertrofia mamaria, aunque la preservación de la sensibilidad en el complejo areola-pezón sigue siendo un desafío. Este estudio retrospectivo comparó la evolución de la sensibilidad postoperatoria en pacientes sometidas a mamoplastia con pedículo superointerno y posteroinferior. Los resultados mostraron que el pedículo PI fue más efectivo para preservar la sensibilidad en el largo plazo, con un mayor porcentaje de pacientes con sensibilidad igual a la preoperatoria luego de los 12 meses posoperatorio. El estudio resalta la importancia de tomar en cuenta la elección del pedículo neurovascular y su implicancia en resultados postquirúrgicos..

FUNDAMENTOS PEDAGÓGICOS DE LA EDUCACIÓN MÉDICA

Dr. Patricio F. Jacovella

Se presentan los conceptos básicos sobre pedagogía, didáctica y el proceso de enseñanza y aprendizaje. Se hace mención a la importancia de una formación adecuada en actividades docentes de manera de potenciar las actividades de enseñanza, más allá de las intenciones y experiencia en la especialidad, considerando que muchas veces algunos los médicos no tienen la oportunidad de capacitarse adecuadamente en enseñanza..

RECUERDOS Y ANÉCDOTAS DEL DOCTOR HÉCTOR MARINO: SEGUNDA PARTE

Dr. Ricardo J. Losardo

Se relata el inicio del Dr. Héctor Marino en el Hospital Rawson (1933) y la influencia sobre su formación quirúrgica de su padre, el destacado cirujano general Salvador Marino.

REFLEXIONES DE UN CIRUJANO PLÁSTICO Y UN SUEÑO

Dr. Manuel Alberto Sarrabayrouse

En estas líneas, un cirujano plástico al final de una larga trayectoria profesional plantea algunas reflexiones sobre la vida y la muerte, el amor y el miedo, la libertad y la soledad existencial, la fortaleza y la resiliencia. Luego, describe un sueño que tuvo, donde la fantasía se confunde con la realidad. Finalmente, esboza los desafíos que hay que enfrentar en la vida.

Summary

REVISTA ARGENTINA DE CIRUGÍA PLÁSTICA 2025;31(1):9. HTTPS://DOI.ORG/10.32825/RACP/202501/0009-0009

CUTANEOUS CALCINOSIS IN BURN SEQUEL

Dr. Domingos Quintella de Paola, Dr. Adrián Corbalán, Dr. Domingos de Paola Neto, Dr. Leandro Adami, Dr. Víctor Adami.

INTRODUCTION: Calcinosis cutis is a term that describes a group of diseases characterized by the accumulation of calcium deposited in the skin. The disease can be classified according to the type of calcification process: dystrophic, metastatic, idiopathic, and iatrogenic. Localized calcification of extraosseous tissue can occur in various local destructive processes, including burns, arthropod bites, acne lesions, varicose veins, rhabdomyolysis, and trauma. OBJECTIVES: Report of a clinical case with surgical treatment, evaluation of outcomes, and review of the literature. CASE: A 64-year-old female patient, with a severe burn injury 40 years ago in a serious accident, affecting her face, upper limbs, and lower limbs, developed calcinosis cutis in her lower limbs and underwent medical-surgical treatment with lesion excision and fat grafting. CONCLUSION: It appears that subcutaneous fat grafting therapy could improve wound healing caused by depositional diseases.

SENSITIVITY OF THE NIPPLE-AREOLA COMPLEX AFTER BREAST REDUCTION. COMPARATIVE STUDY BETWEEN THE POSTERIOR-INFERIOR AND SUPEROINTERNAL PEDICLES

Dra. Oriana Pesce, Dr. Juan Manuel Vera Vecchi, Dr. Javier Viguie, Dr. Daniel Postan.

The primary objective of reduction mammoplasty is to relieve symptoms associated with breast hypertrophy, although preserving sensation in the nipple-areola complex remains a challenge. This retrospective study compared the evolution of postoperative sensation in patients undergoing mammoplasty with a superior-internal pedicle and a posterior-inferior pedicle. The results showed that the PI pedicle was more effective in preserving long-term sensation, with a higher percentage of patients with sensation equal to preoperative sensitivity 12 months postoperatively. The study highlights the importance of considering the choice of neurovascular pedicle and its implications for postoperative outcomes.

PEDAGOGICAL BASIS OF MEDICAL EDUCATION

Dr. Patricio F. Jacovella

Medical educators often deliver complex material in a format that does not allow the positive learning engagement recommended by cognitive researchers and theorists. Intentional engagement and active learning pedagogies change the nature of learning, while simultaneously improving knowledge gain and recall abilities. Students find the work more interesting and thereby put more effort into it. Historical perspective reveals that medical faculty needs to make changes in their teaching methodologies. However, transforming pedagogical practice is difficult, as medical faculty have not had much exposure to pedagogical theory or training.

MEMORIES AND ANECDOTES OF DR. HÉCTOR MARINO: PART 2

Dr. Ricardo J. Losardo

This article describes the beginnings of Dr. Héctor Marino's career at the Rawson Hospital (1933) and the influence of his father, the prominent general surgeon Salvador Marino, on his surgical training.

REFLECTIONS OF A PLASTIC SURGEON AND A DREAM

Dr. Manuel Alberto Sarrabayrouse

In these lines, a plastic surgeon, at the end of a long career, offers some reflections on life and death, love and fear, freedom and existential loneliness, strength and resilience. He then describes a dream he had, in which fantasy merges with reality. Finally, he outlines the challenges one must face in life.

Editorial

Editorial

REVISTA ARGENTINA DE CIRUGÍA PLÁSTICA 2025;31(1):10. HTTPS://DOI.ORG/10.32825/RACP/202501/0010-0010

Es un placer realizar el editorial de este primer número de la revista del año 2025, que corresponde al período de enero-marzo, coincidente con la finalización de mi período como presidente de la SACPER.
La revista de la SACPER se inició un año después de la fundación de la Sociedad. El recorrido de este órgano oficial de publicación es extenso, desde 1953 a la actualidad: son 72 años.
El Dr. José Belmont deja el cargo de editor después de un importante trabajo y lo sucede el Dr. Ricardo Losardo, elegido por los asociados de la SACPER durante la Asamblea General Ordinaria realizada el 11 de marzo pasado. Es el duodécimo director de la revista, y asume esta responsabilidad a partir del 10 de abril de 2025 por un período de tres años.
Al Dr. Losardo lo conozco no solo de nuestro ámbito societario, en el cual fue siempre muy activo, sino también de cuando se desempeñó como cirujano plástico del Servicio de Cirugía Plástica del Hospital Interzonal General de Agudos Eva Perón (Ex Castex) de San Martín, donde demostró su capacidad quirúrgica y su espíritu docente en el grupo de los residentes, entre los que yo estaba.
Le deseamos éxitos en esta difícil tarea, que es tan importante para nuestra querida SACPER, y recordamos a los asociados que publican en nuestra revista que ella garantiza credibilidad, visibilidad y reconocimiento en nuestra comunidad médica.

Dr. Roberto Serrano Alcalá
Presidente SACPER 2024-2025

Calcinosis cutánea en secuela de quemadura

Cutaneous calcinosis in burn sequel

Dr. Domingos Quintella De Paola[1], Dr. Adrián Corbalán[2],
Dr. Domingos De Paola Neto[3], Dr. Leandro Adami[3], Dr. Víctor Adami[3]

RESUMEN

Introducción. La calcinosis cutis es un término que describe un grupo de enfermedades, que se caracterizan por la acumulación de calcio depositado en la piel. La enfermedad se puede clasificar según el tipo de proceso de calcificación: distrófica, metastásica, idiopática e iatrogénica. Las lesiones localizadas de calcificación de tejido extraóseo pueden ocurrir en varios procesos destructivos locales, incluidas quemaduras, picaduras de artrópodos, lesiones de acné, venas varicosas, rabdomiólisis y traumatismos.
Objetivos. Reporte de un caso clínico con tratamiento quirúrgico, evaluación de resultados y revisión de la literatura.
Caso. Paciente femenina, 64 años, secuela de quemadura grave hace 40 años en accidente grave, con afectación de cara, miembros superiores y miembros inferiores, que desarrolló calcinosis cutis en miembros inferiores, siendo sometida a tratamiento médico-quirúrgico con exéresis de lesiones e injerto graso.
Conclusión. Parece que la terapia de injerto de grasa debajo de la piel podría mejorar la cicatrización de heridas causadas por enfermedades por depósito.

Palabras clave: calcinosis cutis, exéresis, heridas, injerto de grasa.

ABSTRACT

Introduction. Calcinosis cutis is a term that describes a group of diseases characterized by the accumulation of calcium deposited in the skin. The disease can be classified according to the type of calcification process: dystrophic, metastatic, idiopathic, and iatrogenic. Localized calcification of extraosseous tissue can occur in various local destructive processes, including burns, arthropod bites, acne lesions, varicose veins, rhabdomyolysis, and trauma.
Objectives. Report of a clinical case with surgical treatment, evaluation of outcomes, and review of the literature.
Case. A 64-year-old female patient, with a severe burn injury 40 years ago in a serious accident, affecting her face, upper limbs, and lower limbs, developed calcinosis cutis in her lower limbs and underwent medical-surgical treatment with lesion excision and fat grafting.
Conclusion. It appears that subcutaneous fat grafting therapy could improve wound healing caused by depositional diseases.

Key words: calcinosis cutis, excision, wounds, fat grafting.

REVISTA ARGENTINA DE CIRUGÍA PLÁSTICA 2025;31(1):11-13. HTTPS://DOI.ORG/10.32825/RACP/202501/0011-0013

INTRODUCCIÓN

La calcinosis cutis es un término que describe un grupo de enfermedades que se caracterizan por la acumulación de calcio depositado en la piel. En todos los casos de piel con calcinosis cutis se almacenan compuestos de calcio insolubles debido a causas locales y/o sistémicas. Estas sales de calcio se forman principalmente a partir de cristales de hidroxiapatita y fosfato de calcio amorfo. La patogenia de la enfermedad no se comprende completamente y diferentes factores de riesgo permiten el desarrollo de diferentes cuadros clínicos. Los factores metabólicos son necesarios en la mayoría de los casos. La calcificación ectópica puede ocurrir en casos de hipercalcemia y/o hiperfosfatemia. Se puede clasificar en distrófica, metastásica, idiopática e iatrogénica[1-3].

1. Staff del Servicio de Cirugía Plástica y Reparadora, Hospital Federal d Servidores do Estado, Rio de Janeiro, Brasil.
2. Médico Pós-Graduando del Servicio de Cirurgia Plástica y Reparadora, Hospital Federal dos Servidores do Estado, Río de Janeiro, Brasil (2019). Actualmente Miembro Adherente SACPER. NEA.
3. Residente del Servicio de Cirugía Plástica y Reparadora, Hospital Federal dos Servidores do Estado, Río de Janeiro, Brasil.

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

Los autores no declaran conflictos de intereses
Recibido: 25/03/2025 | Aceptado: 31/03/2025

La calcinosis cutis distrófica suele localizarse en una zona específica de daño tisular, aunque también puede generalizarse en algunas afecciones[4].
Metástasis de calcinosis cutis: se caracteriza por un depósito generalizado de calcio. Se encuentran grandes depósitos en articulaciones grandes, como rodillas, codos y hombros[5], con distribución simétrica. Los depósitos de calcio en los órganos viscerales (riñones, pulmones, vasos sanguíneos y estómago) ocurren con mayor frecuencia que el almacenamiento en los músculos y la piel[6].
La calcinosis cutis idiopática se localiza principalmente en una zona del cuerpo.
La calcinosis cutis iatrogénica se localiza en el procedimiento realizado, aunque puede aparecer también en forma difusa.

OBJETIVOS

Reporte de un caso clínico con tratamiento quirúrgico, evaluación de resultados y revisión de la literatura.

INFORME DE CASO

Paciente femenina de 64 años, con quemadura grave de hace 40 años en accidente de tránsito que requirió reiteradas hospitalizaciones y múltiples cirugías. Refiere cuadro actual de inicio hace 3 meses, con lesiones bilaterales en miembros inferiores, con dificultad para la movilidad, requiriendo silla de ruedas recientemente. Las lesiones son ulceradas, irregulares, rojizas, de fondo variable y de diferente tamaño, predominando

Figura 1. Fotografía preoperatoria.

Figura 2. Fotografía intraoperatoria.

Figuras 3, 4 y 5. Fotografías postoperatorias con complicación a los 15 días.

el lado izquierdo. Al ingreso se realizó una anamnesis detallada y un examen físico completo, con análisis de sangre, radiografía y biopsia.

Se realizó una radiografía simple que muestra infiltración radiopaca en el tejido subcutáneo. Se efectuó una biopsia de la región. También se sospecha úlcera de Marjolin.

Fecha de la cirugía: diciembre de 2017. Cirugía realizada bajo anestesia local, con eliminación de tejido osificado, conservando las partes blandas.

En el postoperatorio se produjo dehiscencia de la herida quirúrgica. Tratamiento conservador.

La anatomía patológica informa depósito de tejido cálcico, con sospecha de calcinosis cutis.

Se realizó evaluación por el servicio de dermatología, que propuso tratamiento médico combinado con hidróxido de aluminio 40 mg/día y alendronato 70 mg/semana, continuado durante 1 año.

Se propone un tratamiento con infiltraciones de injerto de grasa obtenidas por lipotransferencia del área abdominal en sesiones cada 15 días además del apósito de cobertura (Aquacel).

El posoperatorio después de 6 meses mostró un resultado satisfactorio y se mantuvo seguimiento y controles ambulatorios.

DISCUSIÓN

Las lesiones causadas por calcinosis cutis pueden volverse dolorosas, limitar la movilidad de las articulaciones y estructuras adyacentes o comprimir los nervios cercanos. Puede producir ulceración e infección secundaria. La calcificación vascular puede causar isquemia y necrosis del órgano afectado.

Las indicaciones quirúrgicas incluyen dolor, infección

Figuras 6 y 7. Fotografías postoperatorias alejadas del tratamiento médico y quirúrgico.

recurrente, ulceración y discapacidad funcional. Debido a que el trauma quirúrgico puede estimular la calcificación, primero se tratará un área limitada.

Los cambios incluyen una reducción de calcio y fósforo y una dieta cetogénica, que enfatiza el uso de ácidos grasos libres, y un tratamiento adicional con antagonistas del calcio como diltiazem[7-9].

Aunque la calcinosis después de quemaduras es poco común, los profesionales médicos deben tener en cuenta su posible diagnóstico. Cuando las pacientes se quejan de disminución de la movilidad o bloqueo en las articulaciones, además de heridas crónicas recurrentes, especialmente en zonas postrauma, está indicado un examen radiográfico para descartar esta enfermedad.

La cirugía es el tratamiento de elección cuando se confirma el diagnóstico[10,11]. Informes recientes sugieren que la escisión temprana es mejor que la cirugía tardía. El resultado del tratamiento de la escisión temprana combinada con fisioterapia suave es satisfactorio. La terapia con medicamentos es eficaz para disminuir el calcio tisular y la profilaxis[12].

CONCLUSIÓN

La terapia de injerto de grasa bajo la piel podría mejorar la cicatrización de heridas crónicas sin apoyo del tejido celular subcutáneo, aportando una herramienta adicional para este tipo de enfermedad por depósito, además del tratamiento clínico y quirúrgico oportuno.

Agradecimiento: A la mentoría del Dr. Domingos Quintella, quien me orientó en la realización del trabajo.

BIBLIOGRAFÍA

1. *Taylor EN, Henderson JM, Rennke HG, Magee CC. Traumatic calcinosis cutis in a dialysis patient. Am J Kidney Dis. 2004;44:e18-e21.*
2. *Larralde M, Giachetti A, Caceres MR, Rodríguez M, Casas J. Calcinosis cutis following trauma. Pediatr Dermatol.2005;22:227-9.*
3. *Tristano AG, Villarroel JL, Rodríguez MA, Millán A. Calcinosis cutis universalis in a patient with systemic lupus erythematosus. Clin Rheumatol. 2002;25:70-4.*
4. *Ellis IO, Foster MC, Womack C. Plumber's knee: calcinosis cutis after repeated minor trauma in a plumber. BMJ 1984;288:1723.*
5. *Fujii N, Hamano T, Isaka Y, Ito T, Imai E. Risedronate: a possible treatment for extraosseous calcification. Clin Calcium. 2005;15(suppl. 1): 75-8.*
6. *Murphy E, Freaney R, Bresnihan B, McKenna M, Fitzgerald O. Increased bone resorption and failure to respond to antiresorptive therapy in progressive dystrophic calcification. Calcif Tissue Int. 2003;73:433-40.*
7. *Vayssairat M, Hidouche D, Abdoucheli-Baudot N, Gaitz JP. Clinical significance of subcutaneous calcinosis in patients with systemic sclerosis. Does diltiazem induces its regression? Ann Rheum Dis.1998; 57:252-4.*
8. *Palmieri GM, Sebes JI, Aelion JA, Moinduddin M, Ray MW, Woo GC, et al. Treatment of calcinosis with diltiazem. Arthritis Rheum. 1995; 38:1646-54.*
9. *Abdallah-Loft M, Grasland A, Vinceneus P, SigalGrinberg M. Regression of cutis calcinosis with diltiazem in adult dermatomyositis. Eur J Dermatol. 2005;15:102-4.*
10. *Tsionos I, Leclercq C, Rochet JM. Heterotopic ossification of the elbow in patients with burns. Results after early excision. J Bone Joint Surg Br. 2004;86:396-403:*
11. *Elledge ES, Smith AA, McManus WF, Pruitt BA. Heterotopic bone formation in burned patients J Trauma. 1988;28:684–7.*
12. *Peterson SL, Mani MM, Crawford CM, Neff JR, Hiebert JM. Postburn heterotopic ossification: insights for management decision making. J Trauma. 1989;29:365-9.*

Sensibilidad del complejo areola-pezón post reducción mamaria. Estudio comparativo entre los pedículos posteroinferior y superointerno

Sensitivity of the nipple-areola complex after breast reduction. Comparative study between the posterior-inferior and superointernal pedicles

Dra. Oriana Pesce[1], Dr. Juan Manuel Vera Vecchi[1], Dr. Javier Viguie[2], Dr. Daniel Postan[3]

RESUMEN

La mamoplastia reductiva tiene como objetivo principal aliviar los síntomas asociados a la hipertrofia mamaria, aunque la preservación de la sensibilidad en el complejo areola-pezón sigue siendo un desafío. Este estudio retrospectivo comparó la evolución de la sensibilidad posoperatoria en pacientes sometidas a mamoplastia con pedículo superointerno y posteroinferior. Los resultados mostraron que el pedículo posteroinferior fue más efectivo para preservar la sensibilidad en el largo plazo, con un mayor porcentaje de pacientes con sensibilidad igual a la preoperatoria luego de los 12 meses posoperatorio. El estudio resalta la importancia de tomar en cuenta la elección del pedículo neurovascular y su implicancia en resultados postquirúrgicos.

Palabras clave: reducción mamaria, mamoplastia reductiva, sensibilidad complejo areola pezón, cirugía mamaria, hipertrofia mamaria.

ABSTRACT

The primary objective of reduction mammoplasty is to relieve symptoms associated with breast hypertrophy, although preserving sensation in the nipple-areola complex remains a challenge. This retrospective study compared the evolution of postoperative sensation in patients undergoing mammoplasty with a superior-internal pedicle and a posterior-inferior pedicle. The results showed that the posterior-inferior pedicle was more effective in preserving long-term sensation, with a higher percentage of patients with sensation equal to preoperative sensitivity 12 months postoperatively. The study highlights the importance of considering the choice of neurovascular pedicle and its implications for postoperative outcomes.

Key words: breast reduction, reduction mammoplasty, nipple-areola complex sensitivity, breast surgery, breast hypertrophy.

REVISTA ARGENTINA DE CIRUGÍA PLÁSTICA 2025;31(1):14-19. HTTPS://DOI.ORG/10.32825/RACP/202501/0014-0019

INTRODUCCIÓN

La mamoplastia de reducción constituye una de las intervenciones quirúrgicas más practicadas en el ámbito de la cirugía plástica[1], diseñada para abordar las manifestaciones clínicas de la hipertrofia mamaria tales como el dolor musculoesquelético crónico, las limitaciones funcionales y las afectaciones psicológicas.

Además de sus beneficios terapéuticos y estéticos, esta intervención presenta retos inherentes a la preservación anatómica y funcional de las estructuras involucradas, particularmente la inervación mamaria.

La complejidad de la inervación mamaria radica en su origen multifactorial. Estas redes nerviosas[2-7], fundamentales para la sensibilidad y funcionalidad de la mama, están expuestas a riesgos significativos durante la ejecución de técnicas quirúrgicas de reducción[1], lo que subraya la importancia de un abordaje técnico minucioso y una comprensión profunda de la anatomía regional[8,9].

Estas modificaciones pueden traducirse en pérdidas de sensibilidad temporales o permanentes, particularmente en el complejo areola pezón (CAP), que es considerado el principal marcador funcional de la sensibilidad mamaria. A largo plazo, dichas alteraciones pueden impactar de manera adversa en la calidad de vida de las pacientes, con implicaciones psicológicas, funcionales y sexuales[10].

El presente trabajo de investigación plantea un estudio comparativo de dos grupos de pacientes sometidas a mamoplastia de reducción, utilizando dos tipos de pedículos: superointerno (SI) y posteroinferior (PI). El objetivo fue determinar las diferencias de sensibilidad posoperatoria para cada técnica en un período de tiempo establecido.

Este diseño busca proporcionar datos que contribuyan a optimizar las decisiones quirúrgicas y a mejorar los resultados funcionales en futuras intervenciones.

1. Residente del Servicio de Cirugía Plástica. Hospital de Quemados (HQ) de la Ciudad de Buenos Aires.
2. Jefe de servicio de Cirugía Plástica. Hospital de Quemados de la Ciudad de Buenos Aires. Director de la carrera de especialista de la UBA. Sede HQ.
3. Médico de planta de Cirugía Plástica. Hospital de Quemados. Subdirector de la carrera de especialista. UBA. Sede HQ.

✉ **Correspondencia:** Dra. Oriana Pesce. orianapesce@outlook.com

Los autores no declaran conflictos de intereses

Recibido: 25/03/2025 | Aceptado: 31/03/2025

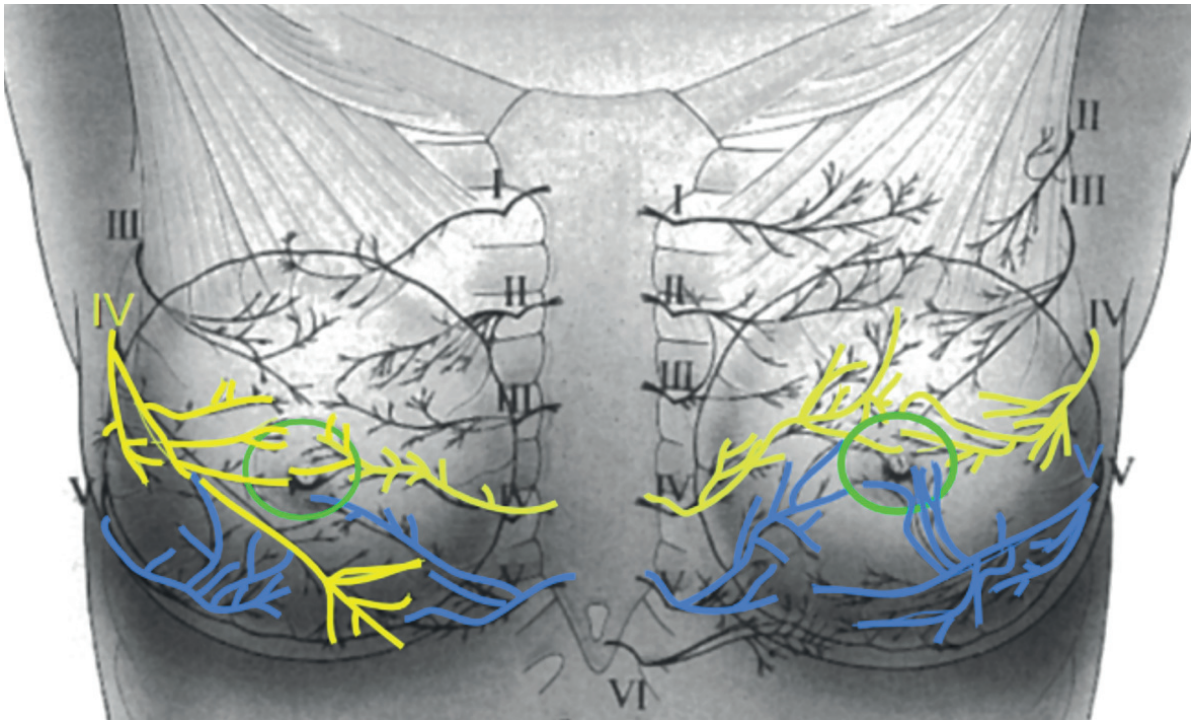

Figura 1. Imágenes originales extraídas de: Jaspars JJ, Posma AN, van Immerseel AA, Gittenberger-de Groot AC. The cutaneous innervation of the female breast and nipple-areola complex: implications for surgery. Br J Plast Surg. 1997;50(4):249-59. Se observa el recorrido del 4to (amarillo) y 5to (azul) nervio intercostal en sus ramos mediales y laterales. Y cómo inervan diferentes zonas de la mama incluido el CAP (verde), donde predomina la inervación de este por los ramos mencionados en comparación a los demás.

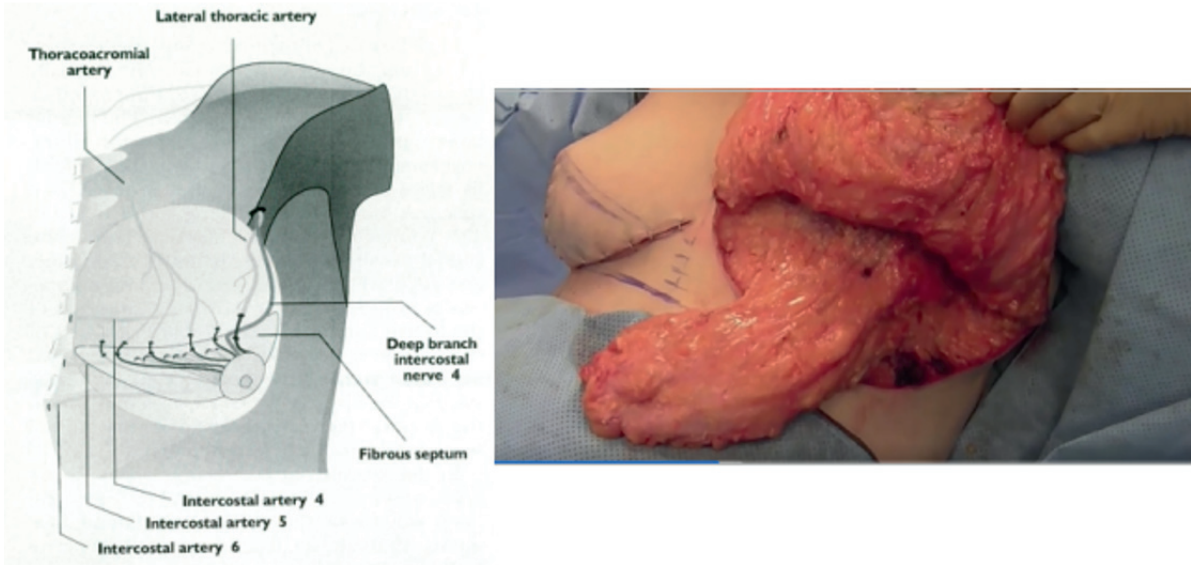

Figura 2. Imágenes originales extraídas de: (Derecha) Würzinger E, Mader N, Posch E, Holle J. Nerve and Vessel Supplying Ligamentous Suspension of the Mammary Gland. Plast Reconst Surg. 1998:101(6):1486-93. (Izquierda): Dennis Hammond, Baker Gordon. Alternative Techiques in Vertical Breast Reduction-Long Term Results. A lecture video from the 52nd Annual Baker Gordon Symposium Surgery. February 22, 2019. (Derecha) Busto izquierdo, vista cefalomedial: septo fibroso y suministro vascular y nervioso (Izquierda) Demostraccion de diseccion en cirugia de mastoplastia reductiva según tecnica de T invertida a pediculo inferior, en la imagen se muestra el septum disecado.

MATERIALES Y MÉTODOS

Se realizó un estudio retrospectivo de corte longitudinal tomando como variable de estudio la sensibilidad del CAP, y en paralelo comparando los resultados entre dos grupos de pacientes sometidas a mamoplastia de reducción: a pedículo SI o a pedículo PI.

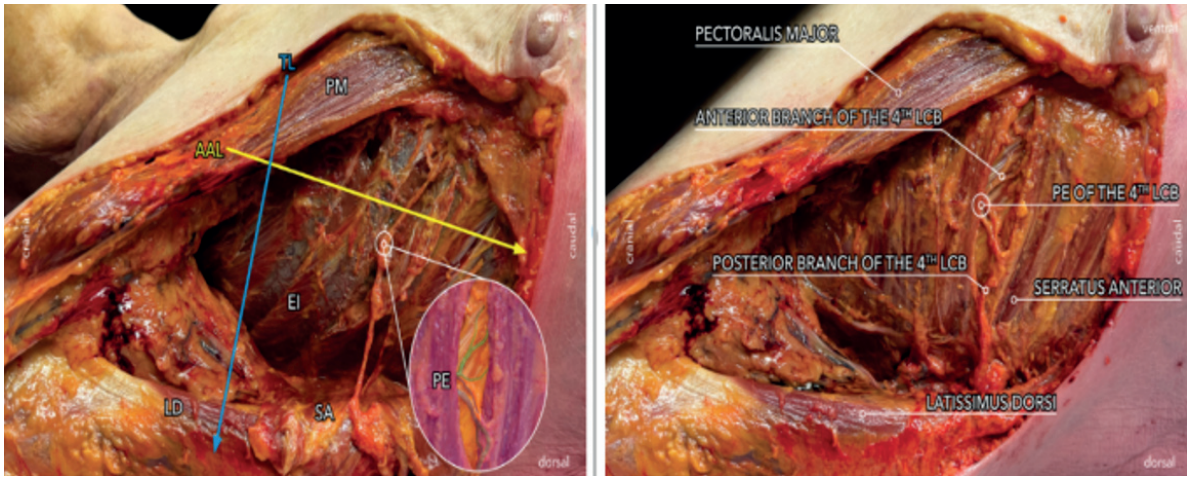

Figura 3. Imágenes originales extraídas de: Gardetto A, Hoermann R, Pfitscher K, Konschake M, Stofferin H. Anatomical mapping of the 4th intercostal nerve's lateral cutaneous branch in both sexes: implications for advanced breast Reconstruction. Surgical and Radiologic Anatomy. 2024;46:2019-26. 10.1007/s00276-024-03507-6. A la izquierda: AAL: línea axilar anterior. TL: línea que procede de la intersección de AAL con borde inferior de m. pectoralis mayor (PM) y se dirige hacia m. latissmus dorsi (LD), SA: m. serratus anterior. EI: m. intercostales externos. En el círculo blanco se evidencia el SA en púrpura, EI en naranja, PE (perforantes) rama anterior de la rama cutánea lateral en verde y la rama posterior en azul.

La población estuvo conformada por 26 pacientes intervenidas entre enero de 2013 y enero de 2023, seleccionadas a partir de los registros clínicos de la institución.

Los criterios de inclusión fueron: mujeres mayores de 18 años sometidas a mamoplastia de reducción sin cirugías mamarias previas ni posteriores, las cuales fueron intervenidas por el mismo servicio.

Todas las pacientes refirieron sensibilidad sin alteraciones previo a la cirugía. Se excluyeron pacientes con antecedentes que no completaron el seguimiento postoperatorio.

Es importante destacar que en el presente estudio no se incluyeron pacientes con antecedentes de comorbilidades como hipertensión, tabaquismo, obesidad u otros factores de riesgo, como tampoco cirugías previas o posteriores, con el fin de garantizar la validez y la objetividad de los resultados obtenidos sobre la sensibilidad postoperatoria.

De esta forma se buscó eliminar cualquier sesgo que pudiera afectar la interpretación de los resultados. Se estableció como criterio de exclusión la falta de memoria clara por parte de las pacientes sobre su sensibilidad previa y posterior a la cirugía.

Los datos se obtuvieron a partir de historias clínicas archivadas, entrevistas estructuradas realizadas y encuestas electrónicas mediante Google Forms.

Se realizaron estudios comparativos entre los dos grupos de pacientes, según el uso de pedículo SI (grupo A) o PI (grupo B). La variable primaria fue la sensibilidad posoperatoria en el CAP, categorizada como disminuida, aumentada o igual, al mes, a los seis meses y al año postoperatorio, medida mediante escalas subjetivas y autoexploración clínica.

Los resultados obtenidos se volcaron en gráficos para su análisis.

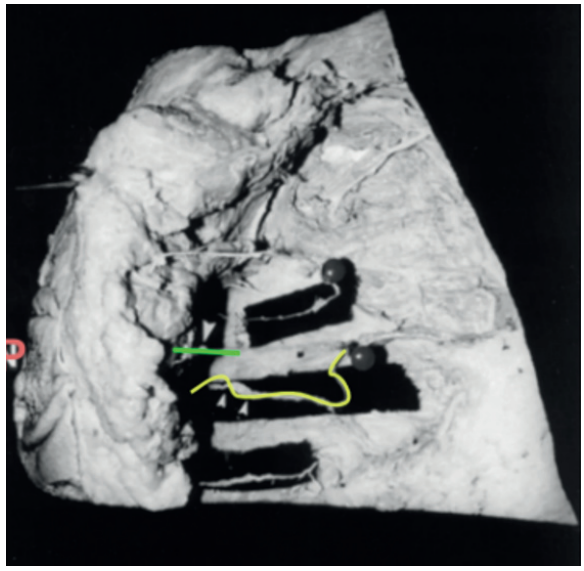

Figura 4. Imágenes originales extraídas de: Schlenz I, Kuzbari R, Gruber H, Holle J. The Sensitivity of the Nipple-Areola Complex: An Anatomic Study. Plast Reconstr Surg 2000;105(3):905-9. Vista lateral de busto izquierdo. Línea amarilla, rama cutánea lateral del 4to nervio intercostal alcanzando a superficie posterior del pezón(P); línea verde, rama cutánea de rama cutánea lateral terminando en la piel del cuadrante inferior lateral.

RESULTADOS

SENSIBILIDAD DE MASTOPLASTIA REDUCTIVA A PEDÍCULO POSTEROINFERIOR

En el primer mes posoperatorio **(Gráfico 1A),** la mayoría de las pacientes encuentra su sensibilidad disminuida (83,3%), mientras que en menor proporción se encuentran las que no perciben alteración de su sensibilidad; al menos en nuestra muestra, no se encontraron pacientes con sensibilidad aumentada.

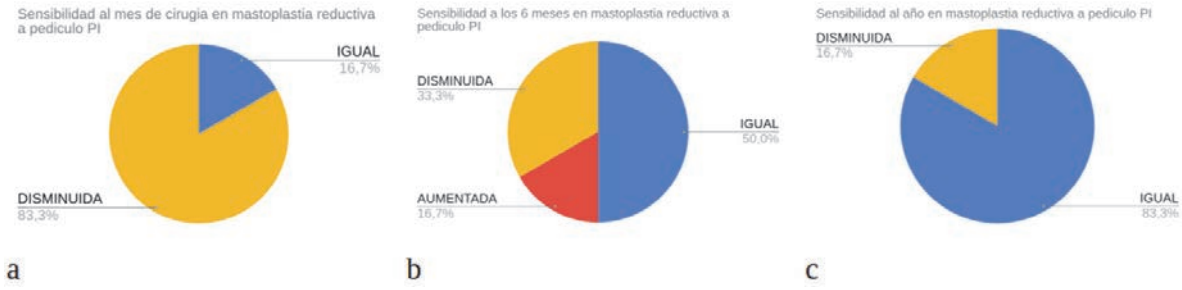

Gráfico 1.

Gráfico 2.

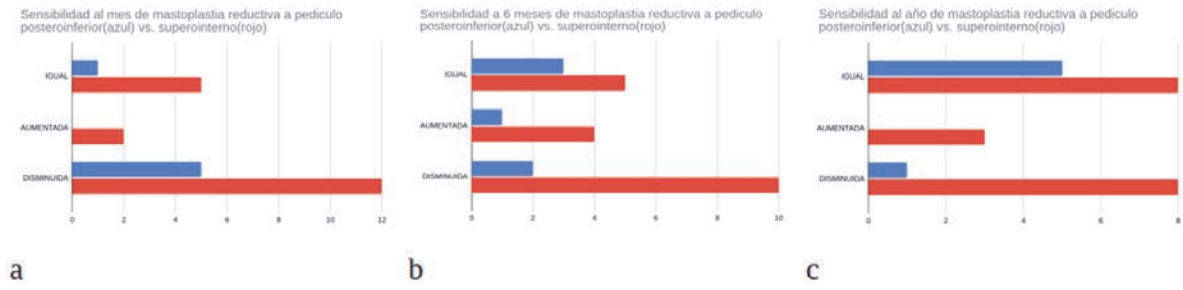

Gráfico 3.

En el sexto mes postoperatorio **(Gráfico 1B),** las proporciones de las tres respuestas a la sensibilidad varían, con un aumento en su proporción en aquellas que normalizan su sensibilidad (50%) con respecto a aquellas que perciben disminución (33,3%) e hipersensibilidad (16,7%).

Al año de la cirugía reductiva **(Gráfico 1C),** se evidencia una inversión de las proporciones encontradas al primer mes posoperatorio, con un aumento en la proporción de las pacientes con normalización de su sensibilidad (83,3%) frente a aquellas que se encuentran con una sensibilidad disminuida (16,7%).

SENSIBILIDAD DE MASTOPLASTIA REDUCTIVA A PEDÍCULO SUPEROINTERNO

Al analizar la sensibilidad al mes postoperatorio **(Gráfico 2A),** se evidencia cómo se encuentran en mayor proporción aquellas que refieren una disminución de la sensibilidad (63,2%) respecto de las que no refieren cambio (26,3%), y en último (pero no despreciable) término, aquellas que refieren hiperalgesia (10,5%). Al avanzar en el tiempo, vemos como a los 6 meses **(Gráfico 2B),** si bien el orden de frecuencia se mantiene, sus proporciones se modifican, mostrándonos un mayor porcentaje de pacientes con sensibilidad disminuida (52,6%) respecto de pacientes con sensibilidad no alterada (26,3%) y finalmente pacientes con sensibilidad aumentada (21,1%).

Respecto de los resultados obtenidos en respuesta a la sensibilidad al año **(Gráfico 2C),** encontramos como logra equipararse la proporción de pacientes con sensibilidad aumentada (42,1%) y sin cambios en ella (42,1%), y en menor proporción encontramos algunas pacientes aún con hiperalgesia (15,8%).

DISCUSIÓN

En cuanto a la elección de técnicas quirúrgicas para la reducción mamaria que preserven la sensibilidad del complejo areola-pezón, aquella se fundamenta en la comprensión detallada de la irrigación e inervación de la región mamaria.

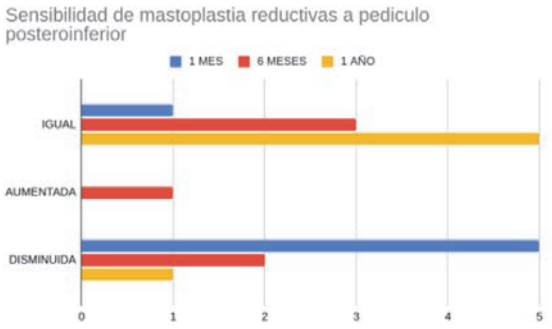

Gráfico 4.

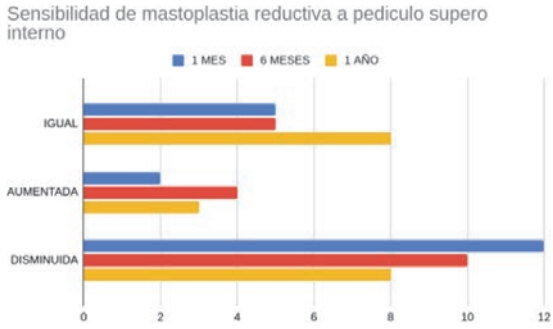

Gráfico 5.

La literatura existente enfatiza la importancia de mantener un balance entre la remoción de tejido mamario, la conservación de la sensibilidad y la preservación de la viabilidad del CAP mediante una selección técnica basada en principios anatómicos.

En la actualidad, se dispone de una amplia base de conocimientos sobre los conceptos anatómicos relacionados con las estructuras neurovasculares de la mama[2-9,11,12]. Estas estructuras constituyen los pilares primordiales que determinan el fundamento de los pedículos. Entre ellos, destacan la arteria torácica interna (mamaria interna) y sus perforantes que se acompañan de los nervios intercostales anteriores, principalmente del segundo, tercero y cuarto[4] espacios intercostales, esenciales para la inervación del pedículo SI **(Figura 1).**

Por otro lado, las arterias intercostales y sus nervios laterales correspondientes, desde el segundo hasta el sexto espacio intercostal, son responsables de la sensibilidad del pedículo PI **(Figura 1).**

Investigaciones recientes han corroborado que el CAP recibe su inervación de manera constante a través de las ramas cutáneas anterior y lateral del cuarto nervio intercostal, con contribuciones adicionales de los ramos cutáneos de los nervios intercostales tercero y quinto **(Figuras 1 a 4).**

La importancia de preservar estas ramas radica en la inervación del pedículo PI. Al mantener intacto el septum de Würinger[11,12] **(Figura 2)** es posible conservar las fibras nerviosas en su trayecto hacia el CAP, optimizando así los resultados funcionales y sensoriales en el procedimiento quirúrgico.

Bajo estos conceptos realizamos un análisis de los datos arrojados por la investigación hecha entre ambos grupos A y B para lograr determinar la correlación entre la anatomía descriptiva y la sensación posoperatoria en las diferentes técnicas. El primer hallazgo significativo **(Gráficos 4 y 5)** en ambos grupos (pedículo PI y SI) es la alta proporción de pacientes que experimentan una disminución de la sensibilidad en el primer mes postoperatorio.

En el grupo PI (grupo B), este porcentaje alcanza el 83,3%, mientras que en el grupo SI (grupo A) es de 63,2%. Este patrón es esperado y refleja la fisiología normal de la cirugía mamaria, donde las alteraciones de la sensibilidad, especialmente al mes, se deben principalmente al trauma quirúrgico sufrido por los nervios durante la manipulación y resección del tejido mamario. La manipulación de los nervios subcutáneos y la resección de tejido glandular pueden dañar temporalmente las fibras nerviosas que inervan el CAP, resultando en una disminución de la sensibilidad.

Este fenómeno es reportado en estudios previos, Hamdi y cols.[12,13] indican que una disminución en la sensibilidad es frecuente tras una mamoplastia de reducción, y generalmente se recupera parcialmente con el tiempo. A los seis meses posoperatorios, se observa una tendencia hacia la normalización de la sensibilidad en ambos grupos; sin embargo, lo interesante es que, en el grupo PI, la proporción de pacientes con sensibilidad normalizada es mayor.

Este fenómeno podría estar relacionado con la naturaleza del pedículo PI, que proporcionaría una mejor preservación de las estructuras nerviosas más profundas en la mama, lo que facilitaría la recuperación de la sensibilidad a largo plazo. En cambio, el pedículo SI, con un patrón de disección diferente, podría afectar de manera más prolongada a ciertos nervios periféricos responsables de la sensibilidad del CAP. En pacientes con pedículo SI, aunque la sensibilidad disminuye en la misma medida que en el grupo PI al principio, la recuperación parece ser más lenta y variable, lo que podría ser resultado de un tipo de trauma nervioso menos predecible debido a la ubicación y los cambios en la distribución del tejido mamario.

Un hallazgo importante del estudio es la diferencia en la persistencia de la disminución de la sensibilidad entre los dos grupos al año. En el grupo con pedículo PI, solo el 16,7% de las pacientes siguen experimentando una disminución de la sensibilidad, mientras que en el grupo SI, la disminución persiste en el 42,1% de las pacientes. Este hallazgo sugiere que el pedículo PI es más eficaz en promover la recuperación de la sensibilidad a largo plazo.

Esto puede deberse a que la técnica PI tiene la ventaja de preservar mejor las terminaciones nerviosas sensoriales clave en la zona del CAP, permitiendo que estas se conserven con mayor éxito. Por otro lado, la presencia de hipersensibilidad en el 15,8% de las pacientes

con pedículo SI al año también es un hallazgo importante. La hipersensibilidad podría ser un reflejo de la regeneración de las fibras nerviosas con terminaciones erráticas, lo que provoca disestesias. Este fenómeno no fue observado en el grupo con pedículo PI.

Cuando se comparan ambos grupos al año de la cirugía, la diferencia más destacada es que el pedículo PI parece ofrecer mejores resultados en términos de restauración de la sensibilidad a su valor preoperatorio. El 83,3% de las pacientes operadas con pedículo PI reportaron sensibilidad igual al estado preoperatorio al año, frente al 42,1% en el grupo SI.

Al comparar nuestros hallazgos con la literatura existente, se observa una fuerte concordancia en la superioridad de la técnica de pedículo inferior (PI) para preservar la sensibilidad del complejo areola-pezón. Hamdi y cols.[12,13] reportaron que el 60% de las pacientes con técnica PI recuperaron completamente su sensibilidad a los seis meses, resultados que son consistentes con nuestro hallazgo de un 83,3% de recuperación al año.

Por otro lado, Chiummariello y cols.[14] destacaron alteraciones más significativas en la sensibilidad cuando se emplearon técnicas de pedículo SI, lo que también se refleja en nuestro estudio, donde solo el 42,1% de las pacientes SI alcanzaron sensibilidad similar a la preoperatoria al año. Nuestros resultados no solo corroboran las conclusiones de estudios previos, sino que también aportan evidencia adicional que respalda el uso de la técnica PI como una opción preferida para optimizar la restauración sensorial del CAP, minimizando a su vez efectos secundarios como la hipersensibilidad observada en técnicas SI.

CONCLUSIÓN

Existe sobrada evidencia que muestra que ambos pedículos son confiables para realizar una mamoplastia de reducción, la elección del tipo de pedículo debe considerar no solo los resultados estéticos sino también los posibles efectos sobre la sensibilidad posoperatoria[5].

El pedículo PI parece ser preferible si el objetivo es una recuperación sensorial más completa y predecible, mientras que el pedículo SI, aunque útil para obtener resultados estéticos favorables, puede presentar una chance mayor de alteraciones sensoriales a largo plazo, incluida la hipersensibilidad.

ACLARACIÓN

Este artículo fue presentado en las Jornadas de médicos en formación, y recibió el Premio Dr. Ricardo Yohena 2025, de la Sociedad de Cirugía Plástica de Buenos Aires (SCPBA).

BIBLIOGRAFÍA

1. *Jones G. (Ed.). Bostwick's Plastic & Reconstructive Breast Surgery. 2020. Thieme Medical Publishers, Inc.*
2. *Knackstedt RM, Gatherwright J, Cakmakoglu C, Djohan M, Djohan R. Predictable location of breast sensory nerves for breast reinnervation. Plast Reconstr Surg. 2019:143(2):393-6.*
3. *Craig RD, Sykes PA. Nipple sensitivity following reduction mammaplasty. Br J Plast Surg 1970;23:165-72.*
4. *Smeele HP, Bijkerk E, van Kuijk SMJ, Lataster A, van der Hulst RRW, Tuinder SMHM. Innervation of the female breast and nipple: A systematic review and meta-analysis of anatomical dissection studies. Plast Reconstr Surg. 2022;150(2):243-55.*
5. *Jaspars JJ, Posma AN, van Immerseel AA, Gittenberger-de Groot AC. The cutaneous innervation of the female breast and nipple-areola complex: Implications for surgery. Br J Plast Surg. 1997;50(4),249-59.*
6. *Gardetto A, Hoermann R, Pfitscher K, Konschake M, Stofferin H. Anatomical mapping of the 4th intercostal nerve's lateral cutaneous branch in both sexes: Implications for advanced breast reconstruction. Surgical and Radiologic Anatomy. 2024;46:2019-26.*
7. *Nahabedian MY, Angrigiani C, Rancati A, Irigo M, Acquaviva J, Rancati A. The importance of fifth anterior intercostal vessels following nipple-sparing mastectomy. Plast Reconstr Surg. 2022;49(3):559-66.*
8. *Irigo M, Coscarelli L, Rancati A. Anatomical basis of pedicles in breast reduction. Gland Surgery. 2017;6(2):154-62.*
9. *Schlenz I, Kuzbari R, Gruber H, Holle J. The sensitivity of the nipple-areola complex: An anatomic study. Plast Reconstr Surg. 2000;105(3):905-9.*
10. *Koussayer B, Taylor J, Warner J, Alkaelani MT, Blount T., Wainwright D, et al. Breastfeeding ability after breast reductions: What does the literature tell us in 2023? Aesthetic Plastic Surgery. 2024;48(6):1142-55.*
11. *Wtiringer E, Mader N, Posch E, Holle J. Nerve and vessel supplying ligamentous suspension of the manunary gland. Plast Reconstr Surg. 1998;101:1486-1493.*
12. *Hamdi M, Greuse M, De Mey A, Webster MH. A prospective quantitative comparison of breast sensation after superior and inferior pedicle mammaplasty. Br J Plastic Surg. 2001;54(1):39-42.*
13. *Hamdi M, Van Landuyt K, Tonnard P, Verpaele A, Monstrey S. Septum-Based Mammaplasty: A Surgical Technique Based on Würinger's Septum for Breast Reduction. Plast Reconstr Surg. 2009; 123(2): 443-54.*
14. *Chiummariello S. Angelisanti M, Arleo S, Alfano C. Evaluation of the sensitivity after reduction mammoplasty. Our experienc e and review of the literature. Annali italiani di chirurgia. 2013;84(4):385-8.*

Fundamentos pedagógicos de la educación médica

Pedagogical basis of medical education

Dr. Patricio F. Jacovella

RESUMEN

Se presentan los conceptos básicos sobre pedagogía, didáctica y el proceso de enseñanza y aprendizaje. Se hace mención a la importancia de una formación adecuada en actividades docentes de manera de potenciar las actividades de enseñanza, más allá de las intenciones y experiencia en la especialidad, considerando que muchas veces algunos los médicos no tienen la oportunidad de capacitarse adecuadamente en enseñanza.

Palabras clave: educación médica, pedagogía, didáctica, planeamiento educativo.

ABSTRACT

Medical educators often deliver complex material in a format that does not allow the positive learning engagement recommended by cognitive researchers and theorists. Intentional engagement and active learning pedagogies change the nature of learning, while simultaneously improving knowledge gain and recall abilities. Students find the work more interesting and thereby put more effort into it. Historical perspective reveals that medical faculty needs to make changes in their teaching methodologies. However, transforming pedagogical practice is difficult, as medical faculty have not had much exposure to pedagogical theory or training. This first article describes some theoretical approaches to medical education, considering pedagogical approaches and didactics in order to assume their implications in medical education.

Key words: educational theories, pedagogy, didactics, educational planning.

REVISTA ARGENTINA DE CIRUGÍA PLÁSTICA 2025;31(1):20-25. HTTPS://DOI.ORG/10.32825/RACP/202501/0020-0025

1. INTRODUCCIÓN

La relación entre la medicina y su enseñanza se ha ido modificando a lo largo de la historia, como consecuencia del incremento incesante de conocimientos médicos y pedagógicos, sumados a la evolución de la informática y la inteligencia artificial. De esta manera, actualmente es posible acceder a información actualizada en tiempo real.

No obstante, a pesar del desarrollo en cuanto a ciencias de la comunicación se refiere, en algunas oportunidades se puede observar que se dejan de lado aspectos pedagógicos de la enseñanza de las especialidades. Es interesante tener en cuenta que esta aseveración corresponde a un artículo de 1972, publicado por Astolfi[4].

Con respecto a quienes deben enseñar, es evidente que la capacitación, en este caso de la cirugía plástica como especialidad, debe estar a cargo de profesionales con experiencia.

Si a los excelentes antecedentes de gran cantidad de especialistas que tienen la vocación y la entrega de enseñar se suman las ciencias de la educación, se podrá contar con profesionales mejor preparados para la noble tarea de educar. Este interesante concepto fue publicado por Santas, en 1979[30].

2. RESEÑA HISTÓRICA

La historia de la pedagogía comienza con los orígenes de los intentos de educar, en las diferentes culturas. La reseña es interesante como etapa recordatoria del pasado, ya que informa sobre las dificultades acaecidas en épocas anteriores y brinda la experiencia orientadora para la solución de problemas del tiempo presente.

La educación existe desde que hay noticias del hombre sobre la tierra. Dicha información se obtiene a través de restos prehistóricos y mediante transmisión de las culturas de los pueblos primitivos.

Considerando que la educación es la acción general de una sociedad sobre las generaciones más jóvenes, se puede inferir que se constituye en una parte integrante y esencial en la vida de los seres humanos.

La pedagogía al ser considerada como una reflexión sistemática sobre la educación, se convierte en la ciencia de la educación[22]. De esta manera, la historia de la pedagogía estudia los cambios y desarrollos que la educación ha experimentado a través del tiempo[23].

La historia de la educación es una parte de la evolución de la cultura, ya que es una manifestación de esta última. Existen diferentes manifestaciones culturales en varios géneros, como literatura, religión y pensamiento universal, que han servido de fuentes para su investigación. Desde la educación primitiva hasta la educación democrática, el fenómeno educativo se ha manifestado como necesidad de vida, como función social y como conocimiento continuo de la humanidad[13,23].

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

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

El autor no declaran conflictos de intereses

Recibido: 25/03/2025 | Aceptado: 31/03/2025

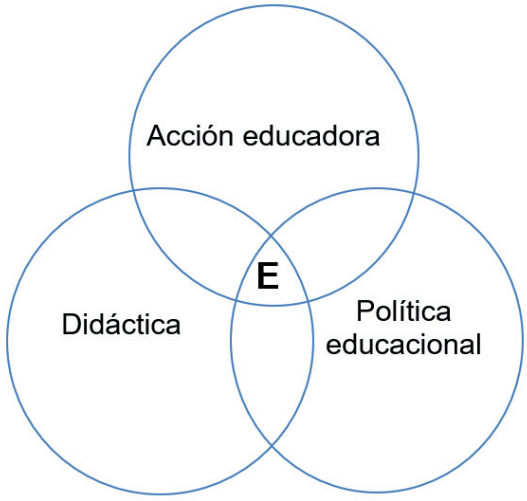

Figura 1. Esquema de la estructura de la pedagogía.

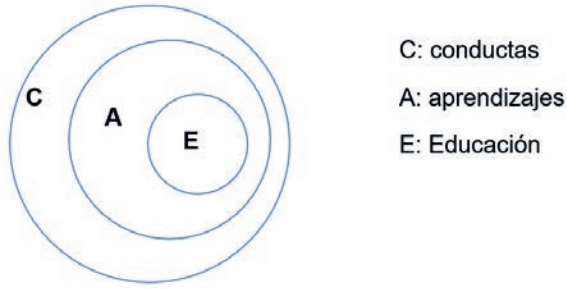

Figura 2. Diagrama del proceso enseñanza aprendizaje.

Como necesidad de vida, debido a que la comunicación es un proceso que tiende a compartir experiencias, hasta que se convierten en una posesión común y modifica las partes que participan en ella.
Como función social, porque el ambiente en sociedad abarca todas las acciones de los seres semejantes que intercambian experiencias y es un escenario educador en la medida en que un individuo participa en alguna actividad conjunta[13].
Como crecimiento al permitir la permanente posibilidad de cada educando de aprender a humanizarse.
Según Palés Argullós[27,28], la investigación en educación médica se inició en 1954, cuando George Miller, un especialista clínico de la Universidad de Buffalo, en Estados Unidos de Norteamérica, dijo que estaba interesado en "aprender a enseñar". Posteriormente, el investigador se trasladó a la Facultad de Medicina de Illinois, donde creó el "Centro para el desarrollo educativo".
Es muy importante considerar que todo el cuerpo docente esté involucrado en la investigación en educación, actuando en conjunto y de manera coordinada entre todos los miembros de una comunidad académica: profesores de ciencias básicas, profesores de ciencias clínicas, pedagogos y, a los fines de esta publicación, los educadores de posgrado en la especialidad que nos convoca.

3. CONOCIMIENTO E INFORMACIÓN

Ante todo, es importante diferenciar ambos conceptos. Conocimiento es lo que se sabe. Cuando el conocimiento permite tomar decisiones se transforma en información. Para resolver problemas en medicina es necesario tener acceso a la información y procesarla de manera adecuada, para actuar en consecuencia[18].
La epistemología, como rama de la filosofía, estudia los problemas que rodean a la teoría del conocimiento. Todo conocimiento es una relación entre el sujeto que conoce y el objeto que es conocido. La relación de un determinado conocimiento no puede estudiarse dejando de lado al sujeto y al objeto. La epistemología, como ciencia, estudia la mencionada relación como asimismo los problemas que esta última plantea[18].

4. PEDAGOGÍA

4.1. CONCEPTO

Es el planteo y la solución científica de los problemas de la educación. La palabra resulta de la yuxtaposición de dos raíces griegas: *país / paidós* que significa "niño", y *ago agein*, que quiere decir "dirigir"[25]. El vocablo originariamente significó el arte de dirigir a los niños.
Diferentes definiciones coinciden en los aspectos principales del concepto. "Pedagogía es el estudio intencionado, sistemático y científico de la educación; es la ciencia de la educación"[21]. "Es el conjunto de conocimientos sistemáticos relacionados al fenómeno educativo"[25].
Como ciencia, tiene como propósito específico el estudio del fenómeno o hecho educativo, tratado en sus múltiples aspectos y dimensiones, en sus manifestaciones temporales y espaciales, y en sus relaciones de causa efecto con los demás fenómenos que integran la vida humana de la sociedad.

4.2. CLASES DE PEDAGOGÍA

Son las diferentes maneras de enfocar la misma disciplina, según se la considere a nivel descriptivo o a nivel formativo.
Como ciencia a nivel descriptivo, presenta ciertas características:

- Tener un objeto propio de investigación.
- Tener principios reguladores constituyentes de un sistema.

- Usar métodos de observación, experimentación y estadística.

Considerándola como técnica a nivel normativo, brinda las pautas prácticas de ejecución y se traduce en tres actividades principales **(Figura 1):**

- Acción educadora.
- Política educacional.
- Didáctica.

El diagrama de conjuntos muestra la estructura de la teoría pedagógica considerada como sistema, con sus componentes y su entorno. En el área donde confluyen las actividades, aparece la educación. [16, 18]

De conformidad con los conceptos expuestos, se puede concluir en que la pedagogía es un saber interdisciplinario con una estructura interna que comprende dos niveles: descriptivo y normativo. Se nutre de disciplinas auxiliares para su estudio, como son biología, psicología, sociología, antropología y filosofía.

El fenómeno "educación", al normalizarse, abarca tres conceptos: política educacional, acción educadora y didáctica.

5. EDUCACIÓN Y ACCIÓN EDUCADORA

5.1. EDUCACIÓN

Es un proceso mediante el cual una sociedad comunica su cultura, en vista a la realización de las personas que viven en ella.

Desde el punto de vista humano, implica dos procesos: socialización e individualización. Socialización significa la adquisición de normas y pautas para vivir en sociedad. Individualización es la conducta mediante la cual cada ser humano desarrolla sus capacidades personales y crece interiormente. Ortega y Gasset, citado por Luzuriaga[22], dice que "la educación es un proceso de cambio, resultante de la interacción entre el individuo y su mundo, en el cual aquel se realiza a sí mismo, a la vez que adquiere los recursos para vivir bien en la realidad sociocultural de su tiempo".

5.2. ACCIÓN EDUCADORA

Es una técnica social que emplea una serie de métodos para influir en el comportamiento humano de manera que éste se encuadre en los patrones vigentes de interacción. Es realizada por la comunidad de una institución o dentro de un marco institucional llamado sistema educativo. Acción educadora, entonces, es una actividad destinada a producir educación[18].

5.3. INTEGRACIÓN DE CONCEPTOS

La educación es un proceso que se desarrolla en el interior del individuo, en una estructura conocida como personalidad, entendida como el conjunto de sistemas responsables de la conducta de la persona que se educa[14].

La acción educadora es la tarea que provoca el mencionado proceso. Esta diferenciación entre educación y acción educadora solo puede tener lugar en un análisis teórico para su mejor entendimiento, ya que en la práctica son dos fases de un mismo proceso.

La educación a nivel descriptivo es una clase especial de conducta; al pasar a nivel normativo, pasa a ser acción educadora[18].

Conducta es el conjunto organizado de operaciones intelectuales, seleccionadas en función de las informaciones recibidas del medio, por las cuales los individuos integran sus tendencias[7]. Es la manera en que los seres humanos administran su vida y dirigen sus acciones.

6. EL PROCESO DE ENSEÑANZA Y APRENDIZAJE

Enseñanza y aprendizaje constituyen conceptos integrantes de un proceso caracterizado por un movimiento mental permanente y dinámico. El diagrama de la **Figura 2** permite sintetizar lo mencionado.

El esquema muestra que, dentro del universo o conjunto de las conductas, algunas son aprendizajes y a su vez, algunos aprendizajes son educación[15]. La educación es una clase especial de conducta, que debe ser individualmente satisfactoria y socialmente aceptable. Es decir, solamente las conductas de valores positivos para la sociedad constituyen lo que se denomina educación.

6.1. ENSEÑANZA

Es una serie de actos que realiza el personal docente, con el propósito de crear situaciones de aprendizaje. Este concepto se asemeja al de acción educadora, en cuanto a que ambos son procesos tendientes a producir cambios en el sujeto que se educa. Pero se diferencia en cuanto a la finalidad. Mientras la enseñanza pretende que el alumno logre sus objetivos definidos, la acción educadora tiene a conseguir el desarrollo integral de la personalidad del educando[16].

Enseñar es estimular, conducir, acompañar y evaluar permanentemente el proceso de aprendizaje. Es dar a los educandos una oportunidad para manejar de manera inteligente los datos de una disciplina, asistiendo y guiando sus experiencias vivenciales de actividad reflexiva. Es encaminar a los alumnos para que adquieran hábitos de aprendizaje y así puedan ser útiles a la sociedad[23].

6.2. APRENDIZAJE

Es el conjunto de experiencias concretas, de carácter reflexivo, sobre los fundamentos y datos de una asignatura[23.],

Es la resolución de problemas por parte de los educandos, mediante la comparación con experiencias pasadas, es decir, contar con un período variable durante la búsqueda de la solución al problema planteado[15].

Cuando ante un episodio determinado, en el que un

individuo trata de adaptar su comportamiento para obtener éxito ante una situación demandante de acción para lograr un fin determinado, se habla de una experiencia de aprendizaje[1,11].

6.3. PROCESO ENSEÑANZA-APRENDIZAJE

Enseñanza y aprendizaje son dos conceptos interdependientes, ya que en realidad integran un solo proceso. Son separables únicamente a los fines de un análisis teórico detallado.

En el proceso mencionado, tanto docentes como alumnos cumplen funciones diferenciadas y a su vez integradas. Pero el alumno es el eje del proceso y es quien actúa ante las situaciones planteadas por el docente[22].

Si la enseñanza constituye un conjunto de procedimientos, estimulantes, orientadores y reguladores, garantizará la alta eficiencia de los mismos[20].

Aprendizaje, entonces, es un proceso dinámico de interacción entre un sujeto y algún referente, cuyo producto representa un nuevo repertorio de respuestas y estrategias de acción, que le permitan al primero, resolver futuras situaciones similares[16,20].

En toda situación de aprendizaje es posible discriminar varios factores interrelacionados: un sujeto, un referente, diferentes modos de interacción y un producto.

La pregunta entonces es: ¿qué se puede aprender?

Se pueden aprender datos, conceptos, principios, generalizaciones, habilidades, destrezas, resolución de problemas y actitudes, entre otras conductas, y no simplemente conocimientos, como habitualmente se piensa y considera. [25]

En síntesis, el binomio enseñanza–aprendizaje es un proceso de establecimiento de relaciones entre un estímulo y una respuesta apropiada[1]. El estímulo puede ser visual, auditivo o táctil y la respuesta puede ser motora, intelectual o combinada. Es un proceso de significación de experiencias sensoriales tendientes a encontrar el entendimiento de las relaciones a través de la percepción, que puede ser repentina o progresiva.

En esta última definición, está implícita la actual concepción de aprendizaje, cuando quien aprende logra internalizar lo aprendido.

Los estudios realizados para conocer la manera en que los médicos aprenden ponen de manifiesto que, a lo largo de su vida, el aprendizaje autónomo representa el 90%, mientras que la formación mediante enseñanza reglada solamente constituye un 10%. Es decir que los docentes, más allá de su jerarquía académica deben tener el papel de facilitadores, incentivando a los estudiantes, en este caso de posgrado[26].

7. EL HECHO EDUCATIVO

7.1. CONCEPTO

Es un aprendizaje que se caracteriza por un cambio de conducta, tendiente a alcanzar una meta, según una motivación determinada. El mencionado cambio debe ser individualmente satisfactorio y socialmente aceptable. El docente es quien incentiva; el alumno se motiva. La elección de una meta es el reconocimiento de un objeto, capaz de restablecer el equilibrio alterado y así lograr un aprendizaje determinado[16].

Un/a buen/a docente debe proveer la organización, el aliento, los materiales necesarios, las compensaciones y las observaciones. Pero es el estudiante el que necesita aprender, aunque quienes enseñan también aprenden durante el proceso.

Si el aprendizaje es una cuestión individual, un médico, bioquímico, enfermero, farmacéutico o psicólogo quienes enseñan, deben reconocer que diferentes personas aprenden diferentes cosas, por diversos medios y en tiempos propios[1].

Por lo expresado, para que los residentes, concurrentes e integrantes de diferentes programas de posgrado aprendan, no basta solamente que los docentes expliquen bien y presenten elocuentes clases magistrales. Es necesario despertar su atención de manera de crear en ellos el interés por el estudio; estimularlos en el deseo de conseguir resultados y cultivar el interés por el desarrollo personal y la integración grupal.

Incentivar es despertar el interés por los valores contenidos en una asignatura, módulo, carrera u otra capacitación. Es hacer irrumpir en la psique del estudiante, las fuentes de energía interior, y como docente encauzar esa energía para lograr aprendizajes significativos. Es presentar verdaderas situaciones de enseñanza-aprendizaje, más allá de lucimientos personales de quienes pretenden educar.

7.2. DIDÁCTICA

Según Mattos[25], es la disciplina pedagógica de carácter eminentemente práctico y normativo, que tiene por objeto específico la técnica de la enseñanza. Es el conjunto de principios, normas, recursos y procedimientos *ad hoc* que todo docente, ya sea ayudante o profesor, debe conocer y saber aplicar, para orientar con seguridad a sus alumnos durante el aprendizaje. Es la ciencia que estudia la técnica de enseñar en sus aspectos operativos[17].

7.3. CARACTERÍSTICAS DESEABLES DE UN EDUCADOR

El educador es un trabajador social que actúa no solamente en su campo específico, sino en su entorno cotidiano habitual. Un buen educador debe reunir ciertas características deseables[8].

Debe ser experto en su especialidad, asignatura o módulo, ser modelo en todos los aspectos del quehacer humano, estar capacitado en ciencias de la educación y estar comprometido desde el punto de vista ético, con una forma de vida al servicio de la humanidad.

En síntesis, un educador profesional es aquel que, poseyendo vocación natural, tiene la preparación específica, como asimismo la autoridad y responsabilidad que la educación necesita.

7.4. HIPÓTESIS SOBRE UN HECHO EDUCATIVO

Mediante la formulación de varias preguntas y en un intento de fundamentar científicamente las respuestas, Bunge[9] propone, a manera de idea conductora, la siguiente interpretación del hecho educativo.

- ¿Qué es un hecho educativo? Es un cambio de conducta en el ser humano, tendiente a alcanzar una meta, según una motivación. El citado cambio puede ser cualitativo y a su vez cuantitativo.
- ¿Dónde ocurre? En una estructura de la mente humana llamada personalidad.
- ¿Cuáles son las variables pertinentes? Según Aebli[2], en una concepción didáctica fundada en la psicología de Jean Piaget, las variables son: actualización genética y aprendizaje como alimentadores intrínsecos; percepción y comunicación como alimentadores extrínsecos.

Una vez que el proceso se ha iniciado, todas las variables tienen el mismo valor de integración. En el momento en que se dan las cuatro variables mencionadas, se produce el hecho educativo.

8. CONCLUSIONES

En los últimos tiempos se han producido cambios importantes, que han obedecido a la transformación de un sistema de enseñanza tradicional centrado en el profesor, a una nueva concepción centrada en el alumno.

Según Palés Argullós[27], se ha pasado de un proceso formativo centrado en lo que se enseña, a otro basado en lo que el médico en formación aprende. Todo esto ha hecho necesario redefinir el papel del docente, con especificación de sus nuevos roles. Es interesante considerar que debe profesionalizarse la actividad de la enseñanza en medicina, mediante carreras de formación docente[27].

Asimismo, desde un punto de vista pedagógico, está probado que el contexto en la enseñanza de la medicina, en este caso de la cirugía plástica, es un factor fundamental e imprescindible en la potenciación del aprendizaje, más allá de los conocimientos teóricos de tinte enciclopedista[10,17,19].

Baudelot y Leclercq [6] hablan de los efectos posibles de la educación como enriquecimiento personal de los educandos, además de la incorporación de conocimientos, conductas y actitudes. En un nivel más alto, aprender a planificar y tomar decisiones, constituyen las operaciones intelectuales más trascendentes ya que conducen a un cambio significativo de experiencias al considerar los aspectos afectivos[5].

Mariscal hace hincapié en el método de estudio de casos, como manera de conocer la realidad y permitir que el aprendizaje tenga su fundamento[24].

Por lo comentado, se puede concluir que las universidades tienen un papel importante en la sociedad de hoy y deben contribuir con la construcción de una comunidad social cada vez mejor estructurada y con más herramientas preparadas para trabajar de manera eficiente. La función del profesor universitario no debe ser la de un mero ejecutor de programas, sino que tiene una gran responsabilidad en la planificación de la enseñanza con bases sólidas, que lo debe hacer reflexionar sobre la naturaleza de su función y capacitarse de manera adecuada. Al respecto, Antognazza[3] propone abandonar los mandatos o argumentos de vida que llevan a un pensamiento reduccionista que les impide ver el entorno, al descalificar modelos diferentes al propio.

Por todo lo expresado se puede concluir en que ser idóneo en cirugía plástica es imprescindible para enseñar, pero no suficiente. Si a la elogiable vocación de educar se agrega una carrera docente de formación pedagógica y la autoridad moral para ejercer su función con compromiso, comprensión y apertura, se habrá llegado al ideal del profesor universitario, como ser humano[11,12,27].

De esta manera se evitarán los siete pecados imperdonables de la educación médica, publicados por Pérez de Nucci[29]: indiferencia, indolencia, ineficiencia, inconstancia, imprudencia, inexperiencia e ignorancia.

Nota: en próximos artículos se continuará con varios temas referidos a educación médica.

BIBLIOGRAFÍA

1. *Abrahamson S, Cohen ES, Graser HP, Harnack RS, Land A, Miller GE. Enseñanza y aprendizaje en escuelas médicas. Buenos Aires. Alfa Graciano, 1969.*
2. *Aebli H. Una didáctica fundada en la psicología de Jean Piaget. Buenos Aires. Kapelusz, 1958.*
3. *Antognazza JE. ¿Qué hacer con la vida? Buenos Aires. Beas, 1993.*
4. *Astolfi E. Metodología de la enseñanza. La Semana Médica. 1972; 141: 503.*
5. *Avolio de Cols S. Planeamiento del proceso de enseñanza-aprendizaje. Buenos Aires. Marymar, 1976.*
6. *Baudelot C, Leclercq F. Los fines de la educación. Buenos Aires. Del Estante, 2008.*
7. *Bleger J. Psicología de la conducta. Buenos Aires. Paidós, 1985.*
8. *Bridge EM. Pedagogía médica. Washington. Organización Panamericana de la Salud, 1967.*
9. *Bunge M. La ciencia, su método y su filosofía. Buenos Aires. Siglo XX, 1986.*
10. *Centeno AM. La importancia del contexto en la enseñanza de la medicina: un concepto elusivo y muchas veces olvidado. Rev Argent Educ Med. 2008;2:43-4.*
11. *Child D. Psicología para los docentes. Buenos Aires. Kapelusz, 1975.*
12. *Crosby JR, Harden RM. The good teacher is more than a lecturer: the twelve roles of the teacher. Med Teach. 2000;22(4): 334-47.*
13. *Dewey J. Democracia y educación. Buenos Aires. Losada, 1978.*

14. *Filloux JD. La personalidad. Buenos Aires. EUDEBA, 1954.*
15. *Hill WF. Teorías contemporáneas del aprendizaje. Buenos Aires. Paidós, 1985.*
16. *Jacovella PF. Bases científicas de la educación. En: Jacovella PF: Introducción a la docencia en medicina. Buenos Aires. López Libreros Editores, 1991;I:25-40.*
17. *Jacovella PF. Pedagogía y didáctica. En: Dirección Asociada de Docencia e Investigación Hospital de Clínicas. Docencia e investigación en salud: programas educativos. Buenos Aires. Akadia. 2022; 1: 3-11.*
18. *Jacovella PF, Borracci RA, Giuliano RJ. El conocimiento. En: Esper RJ y Machado RA. La investigación en medicina. Buenos Aires. La Prensa Médica Argentina Editorial. 2008;1:21- 29.*
19. *Koens F, Mann KV, Custers EJ, Ten Cate OT. Analysing the concept of context in medical education. Med Educ. 2005; 39: 1243-1249.*
20. *Lafourcade P. Planeamiento, conducción y evaluación en la enseñanza superior. Buenos Aires. Kapelusz, 1974.*
21. *Lemus LA. Pedagogía: temas fundamentales. Buenos Aires. Kapelusz, 1969.*
22. *Luzuriaga L. Diccionario de pedagogía. Buenos Aires. Kapelusz, 1969.*
23. *Luzuriaga L. Historia de la educación y de la pedagogía. Buenos Aires. Kapelusz, 1980.*
24. *Mariscal LE. El método del estudio de casos. Medicina Integrada. 1972;3:36.*
25. *Mattos LA. Compendio de didáctica general. Buenos Aires. Kapelusz, 1974.*
26. *Nolla Domenjo M. El proceso de enseñanza y aprendizaje en educación médica. En: Millán Núñez-Cortés J, Palés Argullós JL: Principios de educación médica. Madrid. Panamericana. 2015;1:75- 80.*
27. *Palés Argullós JL. El desarrollo del personal docente. Los nuevos roles del profesor. En: Millán Núñez-Cortés J, Palés Argullós JL: Principios de educación médica. Madrid. Panamericana. 2015;15:327-33.*
28. *Palés Argullós JL. La educación médica como campo científico. En: Millán Núñez-Cortés J, Palés Argullós JL: Principios de educación médica. Madrid. Panamericana. 2015;3:19-25.*
29. *Pérez de Nucci AM. Educación médica: siete pecados imperdonables. Día Médico. 1980;52:363.*
30. *Santas AA. Problemática de la educación médica. Revista de la Asociación Médica Argentina. 1979;92:146.*

Recuerdos y anécdotas del doctor Héctor Marino: segunda parte

Memories and anecdotes of Dr. Héctor Marino: Part 2

Dr. Ricardo J. Losardo

RESUMEN

Se relata el inicio del Dr. Héctor Marino en el Hospital Rawson (1933) y la influencia de su padre, el destacado cirujano general Salvador Marino, sobre su formación quirúrgica.

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

ABSTRACT

This article describes the beginnings of Dr. Héctor Marino's career at the Rawson Hospital (1933) and the influence of his father, the prominent general surgeon Salvador Marino, on his surgical training.

Key words: biography, history of medicine, plastic surgery

REVISTA ARGENTINA DE CIRUGÍA PLÁSTICA 2025;31(1):26-28. HTTPS://DOI.ORG/10.32825/RACP/202501/0026-0028

INTRODUCCIÓN

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

Marino escribió en los últimos años de su vida tres crónicas de viajes (1935, 1938 y 1944-1945) así como recuerdos y anécdotas de distintas épocas de su vida[4-7]*. A continuación, transcribimos, con algunos retoques, dos de ellas que llevan los títulos "Don Salvador Marino" y "Hospital Rawson: la Escuela Quirúrgica Municipal".*

*En la **primera anécdota** habla de su padre, don Salvador (1876-1956) **(Figura 1)**, a quien respetaba y admiraba, tanto en lo personal como profesional. Con él dio sus primeros pasos como ayudante en sus cirugías durante las tardes. Su padre tenía únicamente la nacionalidad italiana, se inició en el Hospital San Roque (desde 1914, Ramos Mejía) y luego pasó al Hospital Italiano, siendo su jefe y maestro el Dr. Nicolás Repetto (1871-1965), donde desarrolló toda su carrera asistencial. Durante la Primera Guerra Mundial viajó con su familia a Europa (1915-1919) para ejercer como cirujano en la atención de los soldados heridos. Por esta actuación, la Academia de Medicina de Roma lo integró como "Académico"; y el ejército italiano le otorgó el grado de teniente coronel médico*[1,12]*.*

Luego Héctor Marino comenzó con el Dr. Ricardo Finochietto, primero en el Hospital Alvear (como relatamos en la primera parte) y después en el Hospital Rawson. Menciona en este escrito la relación profesional de su padre con destacados cirujanos de aquella época, como José Arce (1881-1968) del Hospital de Clínicas, Adrián Jacobo Bengolea (1887-1950) del Hospital Rivadavia, Pedro Chutro (1880-1937) del actual Hospital Ramos Mejía y Ricardo Finochietto (1888-1962) del Hospital Rawson. También, en otro escrito, menciona la relación que tuvo su padre con Rodolfo Santiago Roccatagliata (1877-1925) del Hospital Militar Central. Todos ellos, personajes de una época gloriosa para la cirugía argentina, discípulos de los maestros Ignacio Pirovano (1844-1895) y Alejandro Posadas (1870-1902). También hace mención a la Asociación Argentina de Cirugía, iniciada en 1928 y fundada en 1930, lugar de encuentro para difundir y discutir los trabajos que presentaban los cirujanos y lo hacían en la sede de la Asociación Médica Argentina (AMA).

*En la **segunda anécdota** habla del traslado del equipo de médicos -del cual formaba parte- de RF, desde el flamante Hospital Alvear (inaugurado en 1910) al Hospital Rawson (1868). En ese momento, su padre ya era director del Hospital Italiano de Buenos Aires (inaugurado en 1901)*[9,11,15]*.*

DON SALVADOR MARINO

Al final de un poco más de un año en el Alvear, yo estaba en una posición ambigua: por un lado, aprendía la cirugía del esfuerzo consciente de la Escuela

1. Presidente de la Academia Panamericana de Historia de la Medicina. Vicepresidente de la Sociedad Internacional de Historia de la Medicina. Profesor Titular de la Carrera de Especialización en Cirugía Plástica y Reparadora de la Facultad de Medicina de la Universidad del Salvador (USAL).

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

El autor no declara conflictos de intereses

Recibido: 24/01/2025 | Aceptado: 04/02/2025

Figura 1. Don Salvador Marino (14/01/1876, Italia – 26/02/1956, Argentina) con su uniforme de teniente coronel médico del ejército italiano. Foto cedida por su nieto, el cirujano plástico Héctor Salvador Marino.

de *Finochietto;* y por el otro, presenciaba la cirugía sencilla y genial de don **Salvador**. Confieso que entonces no me daba cuenta de que era hijo de un verdadero genio y sólo después, con los años, vi una evidencia que ya habían percibido tantos colegas amigos o enemigos y agradecidos clientes. Mi padre era ante todo un acabado anatomista, lo que le permitía, como a **Enrique Finochietto**, llegar al problema sin pérdida de sangre ni tejidos innecesariamente lastimados; operaba rápido y seguro, con pocos instrumentos y complicaciones, casi sin ayudante y sin instrumentadora. Y con esos medios exiguos, conseguía resultados casi milagrosos.

Vaya un ejemplo al margen: en esa era preantibiótica la apendicitis aguda, seguida de necrosis del apéndice, era bastante común y desgraciadamente mortal. ¿Qué sucedía?: el cirujano hacía su diagnóstico correcto, y hasta ahí todo andaba bien, pero luego abría el vientre e iba en busca del absceso apendicular y trataba de sacar los restos del órgano terminando con un copioso drenaje de la zona. Como el peritoneo se había contaminado, el paciente, en general, sucumbía a una peritonitis generalizada o sobrevivía después de una denodada lucha. Don **Salvador** (y hay que señalar que, en eso, era seguido por muchos que lo habían visto claro, incluidos los **Finochietto**) abría el vientre y, con largas valvas y mechas de gasa, iba hacia el flemón creando una barrera infranqueable entre el pus y el resto del peritoneo. Llegado al lugar del "incendio" procedía a arrancar en pedazos los restos del apéndice necrosado con un largo clamp, limpiaba someramente el foco, a menudo con gasas empapadas en éter y daba por terminado este primer tiempo. A los 20 días, con el paciente repuesto, se retiraba el tapón de gasa empapado en pus y quedaba una cavidad de firmes adherencias peritoneales con una fístula estercorácea en el fondo. El paciente se iba recuperando sin novedades y, después de un tiempo prudencial la cavidad se había cerrado hasta dejar una simple fístula fecal, fácil de solucionar.

Aplicando los mismos principios lógicos ante una úlcera perforada o sangrante, no esperaba la catástrofe; operaba con el paciente aún entero, resecando el estómago afectado y los resultados eran siempre brillantes. La resección de estómago se hacía, a menudo, en caso grave, con una inyección de eucodal con hioscina y una abundante infiltración de las paredes y mesos, sin muchas pinzas o clamps. La intervención no era tan bonita, pero como no se había tirado o traccionado de los mesos ni había bordes necrosados por los clamps (pues sólo usaba clamps en la parte que se iba), los edemas de boca eran desconocidos; y el paciente, al día siguiente, estaba masticando sin tragar bocados de bife para hacer alimentación total a la semana, con resultados espectaculares.

Las litiasis biliares se solucionaban con extirpación de la vesícula siempre de fondo a cuello, con lo que nunca vi una ligadura del colédoco (y que haberlas había...). Un vaciamiento de cuello bilateral llevaba minutos; nunca presencié una parálisis de cuerda vocal en resección de tiroides, operada por este súper anatomista. En fin, estaba en presencia de alguien que creía en una cirugía aparentemente sencilla pero basada en principios biológicos que aún hoy son lamentablemente olvidados.

Creo que esto explica por qué, en este estado de duplicidad inconsciente, yo terminé dedicándome a una especialidad quirúrgica bastante ajena a la actividad de mi padre.

Como última reflexión permítanme decir que don **Salvador** tenía una virtud o defecto, como se quiera llamarlo: era terriblemente modesto y no se hacía propaganda y, por lo mismo, le gustaba mucho enseñar, pero no escribir o dar conferencias sobre lo que hacía. Por ejemplo, la técnica de la apendicectomía la publiqué yo en "El Día Médico" a instancias de **Ricardo Finochietto**, que lo admiraba sin límites. En cuanto al relato sobre "Mioma uterino" que hizo para el tercer Congreso de la Asociación Argentina de Cirugía con **Adrián Bengolea**, este disertó sobre el tratamiento y mi padre sobre las complicaciones de la miectomía. Esta parte -que le tocó a él- la tuve que escribir bajo su dictado. Para comprender el reconocimiento que tenían los colegas sobre mi padre, quiero recordar que el relato del primer congreso, en 1928, se lo dieron a **José Arce**; el segundo, en 1930, a **Pedro Chutro***;* y el cuarto, en 1932, a los hermanos **Enrique** y **Ricardo Finochietto**. Por estas razones, se comprenderá que cuando "las papas quemaban", amigos y enemigos (que también los tuvo) recurrieron a don **Salvador** y algunos murieron en sus manos.

HOSPITAL RAWSON: LA ESCUELA VQUIRÚRGICA MUNICIPAL

Si mal no recuerdo, en 1933, **RF** ganó el concurso de jefe de Servicio de la Sala VI del Rawson y todo el grupo tuvo que emigrar a nuevos lares. Esto nos costó mucho, pero se hizo con gran entusiasmo juvenil. En realidad, todo era igual, pues la Asistencia Pública no había cambiado; lo que teníamos era como lo de antes, pero mirado con una poderosa lente de aumento. Al grupo inicial se fueron agregando muchos, que más tarde se destacaron: **Julio Uriburu**, **Leoncio Fernández**, **Atilio Lasala**, **Pedro Esperne**, **Alfonso Roque Albanese**, **Santos Luchetti**, **Horacio Resano**, el comunista declarado **Américo Nunziata**, etc. etc. Pero la disciplina quiso ser la misma y se respetaron las mismas reglas de vestimenta, de cajas escritorio, de rigurosas historias clínicas, de exámenes de anatomía, de idiomas, de literatura extranjera, de uñas..., etc. Como no había remedio todos los nuevos aceptaron las reglas, incluidos los insultos del jefe, o se fueron.

Naturalmente, el número de pacientes se multiplicó y, por consiguiente, se instalaron salas de operaciones en todos los lugares libres y las dos salas de internación, de hombres y mujeres, estaban ocupadas al máximo, lo que tenía corriendo a todo el personal. La eficaz "caba" de la Sala de Hombres era una enfermera antigua, eficaz y experimentada, que en caso necesario (dolores terminales de cancerosos, por ejemplo) practicaba la eutanasia sin ambages. El resto de las enfermeras era también bueno y la Hermana de Caridad de acuerdo al modelo, enemiga de **RF**, amiga nuestra y de infinita paciencia. Lamentablemente, en uno de esos triunfos de las fuerzas de izquierda, las Hermanas de Caridad debieron retirarse de la Asistencia Pública, con la consiguiente disminución de la calidad de la atención y el encarecimiento de los servicios.

En cambio, mi padre, en ese momento director del **Hospital Italiano**, pidió a Roma una Orden de Hermanas para su hospital -donde también habían sido suprimidas por iguales influencias- con un enorme éxito y el general beneplácito de sus administrados. Y, volviendo al Rawson, como ahora y como siempre, el desperdicio era enorme, el robo común y la comida pésima, con lo que los internados, después de un tiempo, entraban en un estado que entre nosotros fue llamado de "hospitalitis", una depresión orgánica general, con la consiguiente disminución de los resultados del tratamiento. Por ello, cuando a mí me llegó el turno de tomar funciones ejecutivas, decidí cuidar especialmente esos aspectos.

En esta segunda parte de nuestra publicación, remarcamos que en 1933 Ricardo Finochietto, con un primer grupo de siete discípulos, entre los que estaba Héctor Marino, pasó del Hospital Alvear al Hospital Rawson. Allí el grupo de discípulos se agrandó con una decena más de jóvenes galenos entusiastas. En estos primeros años de graduado, Héctor Marino iniciaba su formación en cirugía general. Su inclinación por la cirugía plástica, fundamentalmente la reparadora, vendría un par de años más adelante[2,3,13,14].

Esta serie de artículos pretende recordar la figura de Héctor Marino y la época inicial de la cirugía plástica argentina, ante las futuras generaciones de cirujanos plásticos, para que tengan modelos y ejemplos a seguir en nuestros tiempos actuales[8,10].

BIBLIOGRAFÍA

1. *Losardo RJ, Marino HS. Héctor Marino. Pionero de la Cirugía Plástica Latinoamericana. La Prensa Médica Argentina, 2023;109 (2): 64-74.*
2. *Losardo RJ. Alfonso Roque Albanese: cirujano y anatomista. Ediciones Universidad del Salvador. Buenos Aires, 2020.*
3. *Losardo RJ. Doctor Alfonso Roque Albanese, pionero de la cirugía cardíaca. Revista ALMA Cultura y Medicina, 2020;6(1):30-51.*
4. *Losardo RJ. Dr. Héctor Marino. Crónica de viaje: Alemania e Inglaterra, 1935. Revista ALMA Cultura & Medicina. 2019;5(1):51-7.*
5. *Losardo RJ. Dr. Héctor Marino. Crónica de viaje: Estados Unidos, 1938. Revista ALMA Cultura & Medicina. 2019;5(2):8-16.*
6. *Losardo RJ. Dr. Héctor Marino. Crónica de viaje: La Segunda Guerra Mundial. Revista ALMA Cultura & Medicina. 2019;5(3):6-12.*
7. *Losardo RJ. Dr. Héctor Marino. Recuerdos de los Congresos Internacionales de Cirugía Plástica. Revista ALMA Cultura & Medicina, 2022;8(1):48-61.*
8. *Losardo RJ. Dr. Miguel Correa-Iturraspe: La cirugía plástica que ha vivido. La Prensa Médica Argentina. 2023;109(3):101-20.*
9. *Losardo RJ. Oscar V. Mallo. Pionero de la cirugía plástica infantil argentina. La Prensa Médica Argentina. 2024;110(3):123-30.*
10. *Losardo RJ. Recuerdos y anécdotas del doctor Héctor Marino: primera parte. Revista Argentina de Cirugía Plástica, 2024;30(4):343-5.*
11. *Losardo RJ. Semblanza del Académico Profesor Doctor Fortunato Benaim. Revista de la Asociación Médica Argentina. 2021;134(4):6-8.*
12. *Losardo RJ. Semblanza del Académico Profesor Doctor Héctor Marino. Revista de la Asociación Médica Argentina. 2018;131(2):4-6.*
13. *Losardo RJ, Albanese EF. El final del Hospital Rawson y la diáspora finochiettista. A 45 años de estos hechos. Revista de la Asociación Médica Argentina. 2023;136 (2):18-25.*
14. *Losardo RJ, Cruz-Gutiérrez R, Prates JC, Rodríguez-Torres A, Valverde-Barbato de Prates NE, Arteaga Martínez M, Halti-Cabral R. Doctor Alfonso Roque Albanese: Pionero de la cirugía cardíaca latinoamericana. Homenaje de la Asociación Panamericana de Anatomía. International Journal of Morphology. 2017;33(3):1016-1025.*
15. *Losardo RJ, Prezzavento G. Académico Fortunato Benaim (18/10/1919 – 24/09/2023). Revista Argentina de Cirugía Plástica, 2023;29(1):158-160.*

Reflexiones de un cirujano plástico y un sueño

Reflections of a plastic surgeon and a dream

Dr. Manuel Alberto Sarrabayrouse

RESUMEN

En estas líneas un cirujano plástico al final de una larga trayectoria profesional plantea algunas reflexiones sobre la vida y la muerte, el amor y el miedo, la libertad y la soledad existencial, la fortaleza y la resiliencia. Luego, describe un sueño que tuvo, donde la fantasía se confunde con la realidad. Finalmente, esboza los desafíos que hay que enfrentar en la vida.

Palabras clave: reflexiones de vida, cirugía plástica, resiliencia.

ABSTRACT

In these lines, a plastic surgeon, at the end of a long career, offers some reflections on life and death, love and fear, freedom and existential loneliness, strength and resilience. He then describes a dream he had, in which fantasy merges with reality. Finally, he outlines the challenges one must face in life.

Key words: life reflections, plastic surgery, resilience.

REVISTA ARGENTINA DE CIRUGÍA PLÁSTICA 2025;31(1):29-30. HTTPS://DOI.ORG/10.32825/RACP/202501/0029-0030

En mis muchos años de haber ejercido como cirujano plástico tratando de dar esa felicidad al ser humano, expresada con nuestras manos intentando detener el paso del tiempo en los cuerpos; otros pacientes esperanzados en su singularidad personal que haría que se cumplan sus expectativas para alcanzar esa paz tan ansiada; siento que he conseguido cumplir mis objetivos a pesar de algunos errores cometidos que me enseñaron a corregirlos aprendiendo de los mismos para con resiliencia crecer en esta vida.

La **singularidad** es la creencia de que uno es invulnerable, inviolable, que está más allá de las leyes ordinarias de la biología y del destino.

En algún momento de nuestras vidas enfrentamos crisis, enfermedades, problemas laborales o un divorcio; esa es la vida, llena de misterios y preguntas. Ese dolor, que muchos hemos vivido en carne propia y que se siente muy profundo, se cura con la mejor medicina, que es la **fortaleza** y la **resiliencia** para poder superarlo.

En el ocaso de nuestras vidas surgen reflexiones que creo aparecen de una manera obsesiva. La primera es la que surge a todo aquel que se pregunte a sí mismo sobre la **muerte**. Aquella que se debate entre el deseo de seguir viviendo y el conocimiento de un fin inevitable.

La segunda es la **libertad**. Somos criaturas que deseamos la estructura y nos atemoriza ese concepto de libertad que implica que debajo de nosotros no existe nada, absolutamente nada.

La libertad implica que cada uno es el responsable de sus propias decisiones, como diría Jean Paul Sartre, uno es el autor, o sea es el responsable de un modelo de vida elegido.

La **soledad existencial**, otra reflexión sobre la vida. Se refiere a la brecha infranqueable entre el sujeto y los demás. Uno está aislado de los otros y constituye su propio universo también aislado del resto del mundo.

He conversado con profesionales de la psicoterapia llegando a la conclusión de que la soledad existencial no tiene remedio, respecto de la cual los terapeutas tal vez debieran desistir de soluciones inciertas.

Ahora, quisiera adentrarme en esa pregunta de difícil respuesta, que es: ¿por qué vivo? y ¿cómo vivo?

Buscamos con empeño ese significado que nos crea **valores** y por ende un código del comportamiento humano que alimenta nuestras **almas**.

En este momento de mi vida reflexiono sobre la problemática y las indescifrables preguntas sobre la existencia de nuestras vidas, siempre ligada con la muerte, el amor ligado con la pérdida, la libertad con el miedo, el desarrollo con la separación. Todos estamos inmersos en todo esto juntos y debemos de asumirlo con valor.

Anoche tuve **un sueño** que me hizo reflexionar sobre la importancia de estar vivos, de poder desenmascarar la fantasía que muchas veces se confunde con la realidad y nos lleva a la obsesión, tan dañina como el estrés para nuestra salud. Y esta fue mi pesadilla:

Era una noche más de guardia, el ruido de las ambulancias, el chirrido de los frenos, las sirenas, y algunas voces desesperadas que con gritos rompían el silencio de ese viejo y querido hospital, que encierra muchos recuerdos grabados en mis retinas.

Nunca pensé que aquella noche iba a ser una noche dife-

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

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

El autor no declara conflictos de intereses

Recibido: 20/03/2025 | Aceptado: 25/03/2025

rente, nunca pensé que aquel corredor oscuro que tantas veces recorrí, me iba a transportar a una historia fantástica que se inició cuando al final de ese pasillo atravesé la puerta vaivén de la sala de guardia. Lo hice con la decisión de aquellos que están familiarizados con todo el entorno que presupone ese santuario, que es el lugar dedicado a salvar vidas.

Pero el espectáculo de aquel día era totalmente distinto al conocido por mí mismo hasta ese momento de mi vida. Mi cuerpo empezó a mostrar signos de sudoración profusa y mi sangre golpeaba fuertemente mi pecho a tal punto que sentía que mi corazón iba a estallar.

Lo que estaba viendo ante mí era una obra fantástica seguramente escrita por un loco, o quizás una broma macabra de alguien que no pertenecía a este mundo.

Al llegar vi como el jefe de enfermeros golpeaba brutalmente a un paciente mientras que otros festejaban con gestos y risotadas este hecho abominable. Me acerqué al grupo y al mirar al hombre que yacía en la camilla observé con estupor que era yo.

Muchas preguntas pasaron por mi mente en ese instante, pero ninguna encontraba una respuesta lógica que me asegurara que no me había vuelto loco. Perdí el conocimiento con la certeza de haber abandonado este mundo. Pasaron sobre mí a una velocidad inusitada imágenes de cuando yo era un niño y jugaba con mis amigos en el barrio, mi abuelo llegando a casa con su bastón de caña, mi padre felicitándome por mi título de médico, mi hermano y mi mujer mostrándome a mi primogénito...

Tratando de controlarme para no lanzar una furia incontenible contra un fantasma que blandía un cuchillo en su mano derecha, cuando desperté, observé como unos seres extraños, yo diría irreales se comunicaban con gestos y sonidos metálicos que retumbaban en mis oídos. Traté desesperadamente de comunicarme con ellos, pero me era imposible emitir palabra alguna, mi voz estaba apagada y ellos parecían no escucharme.

Al mirar mi cuerpo comprobé como mi piel no presentaba ningún estigma del paso de algún bisturí o elemento cortante conocido por mí. Todo era increíble y la pesadilla continuaba. Un ser de baja estatura y de un aspecto extraterrestre daba órdenes y gesticulaba ampliamente con sus manos y brazos, mientras que otros con gestos adustos y economía de movimientos obedecían ciegamente. Estábamos ya muy lejos de la tierra.

Este fue mi sueño y al despertar pude comprobar como siempre que tenemos que **luchar contra la oscuridad y buscar con fuerza la iluminación de nuestras vidas.**

El dilema existencial: un ser que busca "significado" y "certeza" en un universo que parece que carece de ambos. Sin duda, es la pregunta final para la que no logro encontrar respuesta. Pero estamos en este mundo y no debemos pretender la **ubicuidad**, esa omnipresencia reservada a Dios.

Vivamos y gocemos de esta vida. Tiene sentido ocuparse de ella. Creo que hay que esforzarse en desechar el terror a la muerte, y la fe en muchos casos es una ayuda importante para apaciguar la ansiedad que presupone el tratar de descifrar la misma. De esta manera, el desafío está presente, solo falta enfrentarlo, claro si con éxito mejor.

Índice de autores de 2024

2024 Index of authors

REVISTA ARGENTINA DE CIRUGÍA PLÁSTICA 2025;31(1):31-32. HTTPS://DOI.ORG/10.32825/RACP/202501/0031-0032

Abrile, Gustavo: 147, 211, 317, 322, 333.
Acosta, Carlos: 090.
Alló, Santiago: 152, 167, 232.
Alvarado, Facundo: 306.
Aranda, Gisela Naanim: 211.
Artero, Guillermo: 074.
Auersvald, André: 010.
Auersvald, Luiz Augusto: 010.
Babaitis, Ricardo: 037, 243.
Banegas, Raúl A.: 032.
Barbosa, Benedito: 243.
Belmont, José: 009, 103, 201, 299.
Bolea, Esteban: 152.
Bonetto Saldanha, Cristianna: 139.
Bou, Marcelo: 152, 162, 232.
Bruno, Guillermina: 306.
Cacao, Eugenio: 139.
Cantalapiedra, Alejandro: 281.
Clerici, Micaela: 268.
Colantoni, Roberto Fabio: 276.
Comparin, Daniel: 147, 317.
Cordero Ramírez, César: 268.
Cunille, Diego Rubén: 054.
Curado Machado Borges, Aline: 139.
Di Diego, Juan Manuel: 306.
Díaz, Jimena: 202.
Diéguez Aliaga, Federico: 162.
Dip, Fernando: 167.
Disanti, Nadia: 317.
Drago, Hugo Alberto: 284.
Duarte, Luciano Miguel: 333.
Exquivel, Javier: 317.
Figueroa-Villar, Astrid: 313.
Fumeketter, Walter Damián: 147, 211, 317, 322.
Gamba, Silvina: 306.
Garone, Andrés Oscar: 300.
Giuri, Carina: 032.
Gómez, Alejandro Ariel: 248.
Gorron Maloof, Rachid, 327.
Graneros, León: 152, 167, 232.
Hechavarría Jiménez, Yulexi: 260.
Hoogstra, Ricardo: 024, 171.
Kostecki, Mónica Gabriela: 333.
Lembo, Saverio: 104, 202.
León Acuña, Isaías El Emir: 147, 322.
Leoni, Héctor Tito: 041.
López Cormenzana, María Belén: 276.
Losardo, Ricardo J.: 343.
Lucena, María del Pilar: 222.
Marinovich, Vanesa: 222.
Martínez, Juan Esteban: 147, 322, 333.
Mazars Oddone, Lucas: 152, 167, 232.
Menegazzo, Marcos Ricardo: 139.
Mira, Carlos: 187.
Mogliani, Valentín A.: 222.
Moina, Daniel: 239.
Moina, Gabriel: 239.
Mokarzel, Karin Luiza: 139.
Moretti, Ernesto: 268.
Mottura, Antonio Aldo: 085.
Mura, Luciano: 104, 202.
Murcia Bonilla, Eduar Arnaldo: 139.
Narvaitz Sarzur, Juan Martín: 041.
Nunes e Silva, Daniel: 010.
Ochoa, Héctor Jorge: 048.
Olivero Vila, Francisco: 041.
Ouviña, Jorge Manuel: 276.
Paloma, Lara: 322.
Pavani, Juan: 104, 202, 346.
Pellicioni, Omar A.: 162.
Pérez Rivera, Fabián: 181.
Petralli, Nora: 310.
Pizzo, Carlos: 268.
Ramírez Martínez, Juan Ramón: 260.
Reyes-Benítez, Maylén: 313.
Rodríguez, Antonella: 333.
Romero-Reyes, Yanixia: 313.
Rossi, María Inés: 085.
Rossignol, Rodrigo R.: 222.
Saldanha (Filho), Osvaldo: 139.

Saldanha, Osvaldo: 139.
Sánchez Saizar, Pablo: 116.
Schiavoni, José M.: 229.
Serra, Facundo Emilio: 306.
Teme, Alberto R.: 130.
Torra i Bou, Joan Enric: 041.
Triglia, Romina C.: 248.
Vañek, Ludmila: 276.
Vela Cabrera, Francisco Alberto: 339.
Villegas-Alzate, Francisco Javier: 015, 121.
Vincent, Ezequiel Ignacio: 264.
Vincent, Néstor: 264.
Wexler, Luciana: 072.
Zaldívar-Castillo, Dayamí: 313.

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). 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 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 al que 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 principales 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.
Identificación de edad, sexo y características de la muestra (tipo de animales utilizados para la investigación; tipo de material cadavérico usado).
Identificación de las especificaciones técnicas de los aparatos, de los métodos y procedimientos, que permitan a otros investigadores reproducir resultados.
Identificación de fármacos, dosis, vías de administración, implantes o elementos biotecnológicos.
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 numerados 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 fotografías 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 separan con coma. Los años se escribirán sin separación, puntos ni comas.

La Dirección de la revista no se hace responsable de las opiniones emitidas por los autores de los artículos.