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

Revista Argentina de Cirugía Plástica

REVISTA ARGENTINA DE CIRUGÍA PLÁSTICA (ARGENTINE JOURNAL OF PLASTIC SURGERY)
OCTUBRE - DICIEMBRE DE 2025 | AÑO 31 | NÚMERO 4

Dr. Ricardo Losardo, distinguido con el premio Maestro de la Medicina Argentina 2025
Comité Editorial

¿Cirugía reparadora o reconstructiva? ¿Cuál es el término más apropiado?
Dr. Ricardo Jorge Losardo

Cirugía plástica postbariátrica: Experiencia de 65 casos
Dra. Micaela Taverna

Tratamiento de las secuelas cicatrizales con transferencia de grasa autóloga
Dr. Matías Crespo, Dr. Alexis Ohanian, Dr. Enrique Dantur, Dr. Gonzalo Solla

Reconstrucción nasal: estudio de carcinoma basocelular con colgajo paramedial frontal
Dr. Isttayner Magalhães, Dr. Domingos Quintella, Dr. Adrián Corbalán

Reconstrução nasal: estudo do carcinoma basocelular com retalho frontal paramediano
Dr. Isttayner Magalhães, Dr. Domingos Quintella, Dr. Adrián Corbalán

Pioderma gangrenoso: complicación severa tras cirugía de contorno corporal
Dr. Matías Del Río, Dra. Josefina Gazmuri, Dr. José Ramón Rodríguez

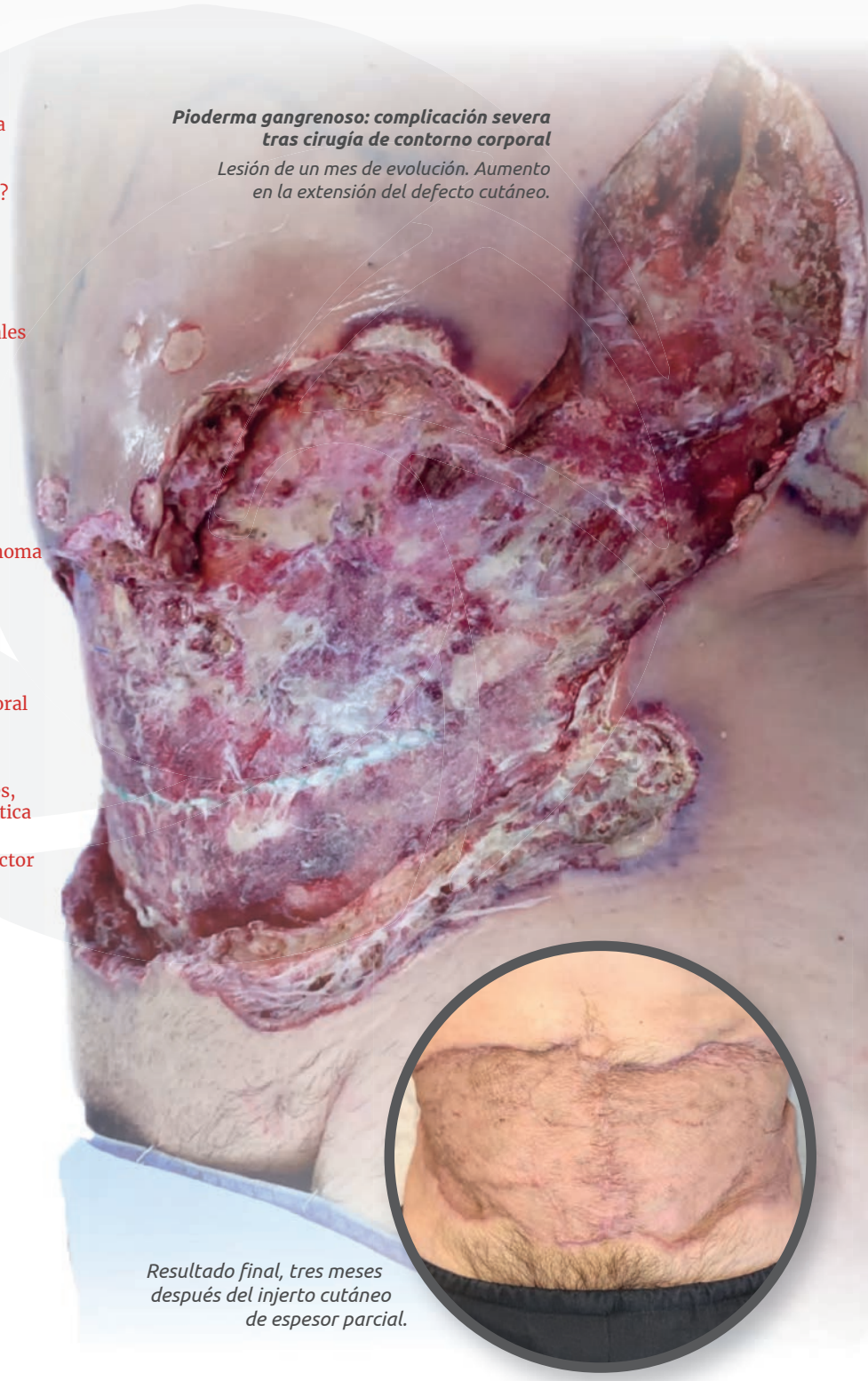
Estrategias de enseñanza, actividades, recursos y evaluación en cirugía plástica
Dr. Patricio F. Jacovella

Recuerdos y anécdotas del doctor Héctor Marino: quinta parte
Dr. Ricardo Jorge Losardo

Mi barrio, testigo de una vida
Dr. Manuel Alberto Sarrabayrouse

Profesor doctor Flavio Sturla (17/02/1930 - 31/08/2025)
Dr. Ricardo Jorge Losardo

Índice de autores de 2025



Pioderma gangrenoso: complicación severa tras cirugía de contorno corporal

Lesión de un mes de evolución. Aumento en la extensión del defecto cutáneo.

Resultado final, tres meses después del injerto cutáneo de espesor parcial.

SACPER
SOCIEDAD ARGENTINA DE CIRUGÍA PLÁSTICA, ESTÉTICA Y REPARADORA

SACPER
SOCIEDAD ARGENTINA DE CIRUGÍA PLÁSTICA, ESTÉTICA Y REPARADORA

COMISIÓN DIRECTIVA 2025 - 2026

Presidente
Dr. Jorge Ricardo Wetzel

Vicepresidente
Dr. Daniel Ernesto Matteo

Secretario
Dr. José María Schiavoni

Secretaria de actas
Dra. Cecilia Mercedes Chiappero Mira

Tesorero
Dr. Aldo Daniel Álvarez

Protesorero
Dr. Ariel Petroni

Director de publicaciones
Dr. Pablo Guillermo Serpa

Vocales titulares
Dra. Yamila Ivana Giancarelli
Dr. José Luis Tesler
Dr. Fernando Luis Arce
Dra. Adriana Natalia Cotto Perroni

Vocales suplentes
Dr. Federico Dieguez Aliaga

Presidente saliente
Dr. Roberto Serrano Alcalá

Revista Argentina de Cirugía Plástica

COMITÉ DE REDACCIÓN

Editor
Dr. Ricardo Losardo

Coeditor
Dr. José Belmont

Comité editorial

Secretario de Redacción
Dr. Carlos Juri

Cirugía de la calvicie
Dr. José Luis Tesler

Cirugía de reconstrucción mamaria
Dr. Sergio Pagani, Dr. Daniel Lafranconi

Cirugía de secuelas de las quemaduras
Dr. Ricardo Lara

Cirugía del contorno corporal
Dr. Ricardo Babaitis

Cirugía estética
Dr. Alejandro Cantalapiedra, Dr. Rolando Pisanú

Cirugía maxilofacial
Dr. Gustavo Pressacco

Cirugía plástica oncológica
Dr. Sergio Rossaroli

Cirugía plástica pediátrica
Dr. José Belmont

Microcirugía
Dr. Aníbal Mira

Marketing
Dr. Ariel Doña

Secretaría
Srta. Azul Mailen Real

SACPER
SOCIEDAD ARGENTINA DE CIRUGÍA PLÁSTICA, ESTÉTICA Y REPARADORA

PUBLICACIONES LATINOAMERICANAS S.R.L.

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

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(4):157. HTTPS://DOI.ORG/10.32825/RACP/202504/0157-0157

DISTINCIÓN HONORÍFICA | HONORARY DISTINCTION

159

DR. RICARDO LOSARDO, DISTINGUIDO CON EL PREMIO MAESTRO DE LA MEDICINA ARGENTINA 2025

Dr. Ricardo Losardo, honored with the 2025 Master of Argentine Medicine Award

Comité Editorial

EDITORIAL | EDITORIAL

161

¿CIRUGÍA REPARADORA O RECONSTRUCTIVA? ¿CUÁL ES EL TÉRMINO MÁS APROPIADO?

Reconstructive or reparative surgery? Which is the more appropriate term?

Dr. Ricardo Jorge Losardo

ARTÍCULO ORIGINAL | ORIGINAL ARTICLE

163

CIRUGÍA PLÁSTICA POSTBARIÁTRICA: EXPERIENCIA DE 65 CASOS

Postbariatric plastic surgery: Experience of 65 cases

Dra. Micaela Taverna

CASO0S CLÍNICOS | CLINICAL CASES

167

TRATAMIENTO DE LAS SECUELAS CICATRIZALES CON TRANSFERENCIA DE GRASA AUTÓLOGA

Treatment of scarring with autologous fat transfer

Dr. Matías Crespo, Dr. Alexis Ohanian, Dr. Enrique Dantur, Dr. Gonzalo Solla

170

RECONSTRUCCIÓN NASAL: ESTUDIO DE CARCINOMA BASOCELULAR CON COLGAJO PARAMEDIAL FRONTAL

Nasal reconstruction: study of basal cell carcinoma with paramedian frontal flap

Dr. Isttayner Magalhães, Dr. Domingos Quintella, Dr. Adrián Corbalán

174

RECONSTRUÇÃO NASAL: ESTUDO DO CARCINOMA BASOCELULAR COM RETALHO FRONTAL PARAMEDIANO

Nasal reconstruction: study of basal cell carcinoma with paramedian frontal flap

Dr. Isttayner Magalhães, Dr. Domingos Quintella, Dr. Adrián Corbalán

178

PIODERMA GANGRENOSO: COMPLICACIÓN SEVERA TRAS CIRUGÍA DE CONTORNO CORPORAL

Pyoderma gangrenosum: severe complication after body contouring surgery

Dr. Matías Del Río, Dra. Josefina Gazmuri, Dr. José R. Rodríguez

EDUCACIÓN MÉDICA CONTINUA / CONTINUING MEDICAL EDUCATION

182

ESTRATEGIAS DE ENSEÑANZA, ACTIVIDADES, RECURSOS Y EVALUACIÓN EN CIRUGÍA PLÁSTICA

Teaching strategies, activities, resources and evaluation in plastic surgery

Dr. Patricio F. Jacovella

HISTORIA DE LA CIRUGÍA PLÁSTICA / HISTORY OF PLASTIC SURGERY

192

RECUERDOS Y ANÉCDOTAS DEL DOCTOR HÉCTOR MARINO: QUINTA PARTE

Memories and anecdotes of Dr. Héctor Marino: Part 5

Dr. Ricardo J. Losardo

ARTÍCULO ESPECIAL | SPECIAL ARTICLE

197

MI BARRIO, TESTIGO DE UNA VIDA

My neighborhood, witness of my life

Dr. Manuel Alberto Sarrabayrouse

SEMBLANZA | SEMBLANCE

199

PROFESOR DOCTOR FLAVIO STURLA (17/02/1930 - 31/08/2025)

Professor doctor Flavio Sturla (02/17/1930 - 08/31/2025)

Dr. Ricardo Jorge Losardo

202

ÍNDICE DE AUTORES DE 2025

2025 Index of authors

203

REGLAMENTO DE PUBLICACIONES

Publishing regulations

Sumario

REVISTA ARGENTINA DE CIRUGÍA PLÁSTICA 2025;31(4):158. HTTPS://DOI.ORG/10.32825/RACP/202504/0158-0158

CIRUGÍA PLÁSTICA POSTBARIÁTRICA: EXPERIENCIA DE 65 CASOS

Dra. Micaela Taverna

Este trabajo describe la experiencia quirúrgica en 65 pacientes que han experimentado una pérdida de peso importante como consecuencia de cirugía bariátrica, resultando un exceso de tejidos dermograsos. Fueron intervenidos por cirugía plástica en un sanatorio con atención multidisciplinaria. Se señalan los resultados, los cuidados pre-, intra- y postquirúrgicos y las complicaciones observadas.

TRATAMIENTO DE LAS SECUELAS CICATRIZALES CON TRANSFERENCIA DE GRASA AUTÓLOGA

Dr. Matías Crespo, Dr. Alexis Ohanian, Dr. Enrique Dantur, Dr. Gonzalo Solla

Se describe el tratamiento realizado a tres pacientes que sufrieron un traumatismo complejo en sus miembros inferiores. En un primer tiempo se efectuó un injerto de piel y en un segundo tiempo un injerto de grasa. Se señala el buen resultado estético de los tejidos blandos afectados con el trasplante de grasa autóloga (realizada por lipotransferencia). Se resalta la ventaja de este procedimiento sobre otras opciones quirúrgicas y no quirúrgicas.

RECONSTRUCCIÓN NASAL: ESTUDIO DE CARCINOMA BASOCELULAR CON COLGAJO PARAMEDIAL FRONTAL

Dra. Isttayner Magalhães, Dr. Domingos Quintella, Dr. Adrián Corbalán

La reconstrucción de defectos quirúrgicos causados por la extirpación de tumores nasales representa un desafío para los cirujanos plásticos. La reconstrucción nasal, una preocupación de los cirujanos desde la antigüedad, no busca reparar con precisión la anatomía faltante, sino crear una apariencia similar a la parte que se vio afectada. Debido al color y la textura adecuados de la piel en la región frontal, dicha área se reconoce como la mejor zona donante para la cobertura nasal.

PIODERMA GANGRENOSO: COMPLICACIÓN SEVERA TRAS CIRUGÍA DE CONTORNO CORPORAL

Dr. Matías del Río, Dra. Josefina Gazmuri, Dr. José Ramón Rodríguez

El pioderma gangrenoso (PG) es una enfermedad cutánea inflamatoria poco frecuente, caracterizada por lesiones que evolucionan rápidamente hacia úlceras dolorosas y expansivas. Representa un desafío diagnóstico y terapéutico significativo, ya que con frecuencia se confunde con otras afecciones ulcerativas, especialmente infecciosas. Este error diagnóstico dificulta considerablemente el manejo eficaz del PG, el cual típicamente requiere un inicio oportuno de terapias inmunosupresoras o, más recientemente, inmunomoduladores. Describimos el caso de un paciente masculino de 47 años que desarrolló PG como complicación posterior a una lipoabdominoplastia, presentando lesiones ulcerativas extensas en la zona quirúrgica. Inicialmente se asumió un origen infeccioso, por lo que recibió múltiples esquemas antimicrobianos y desbridamientos quirúrgicos, con empeoramiento progresivo de las lesiones y compromiso sistémico. Una vez sospechado el PG e iniciado el tratamiento adecuado, se logró un rápido control de la enfermedad, lo que permitió la cicatrización de las heridas y la posterior realización de injertos cutáneos. Este caso resalta la importancia crítica del reconocimiento y tratamiento precoz del PG para mejorar el pronóstico y reducir la morbilidad y mortalidad asociadas.

ESTRATEGIAS DE ENSEÑANZA, ACTIVIDADES, RECURSOS Y EVALUACIÓN EN CIRUGÍA PLÁSTICA

Dr. Patricio F. Jacovella

Se presentan las siguientes etapas del planeamiento educativo: estrategias docentes, actividades de los educandos, recursos humanos y físicos para la enseñanza de cirugía plástica de postgrado y evaluación. Se mencionan ejemplos de experiencias.

RECUERDOS Y ANÉCDOTAS DEL DOCTOR HÉCTOR MARINO: QUINTA PARTE

Dr. Ricardo J. Losardo

El Dr. Héctor Marino relata su experiencia cuando estuvo a cargo de la Sala VII (Servicio de Cirugía Plástica) del Hospital Rawson y luego como jefe del Servicio de Cirugía Plástica en el Hospital Municipal de Oncología. A continuación, menciona su actuación en el Hospital Nacional "Baldomero Sommer" de General Rodríguez y su llegada a través de la Orden de Malta. Finalmente, comenta algunas situaciones personales vividas en estas tres instituciones y los colegas que las protagonizaron.

MI BARRIO, TESTIGO DE UNA VIDA

Dr. Manuel Alberto Sarrabayrouse

El autor describe su niñez, adolescencia y sus pasos de estudiante universitario en el contexto de su barrio, en la ciudad de Buenos Aires. Al finalizar, nos brinda unos versos sobre su experiencia de vida.

PROFESOR DOCTOR FLAVIO STURLA (17/02/1930 – 31/08/2025)

Dr. Ricardo Jorge Losardo

Se realiza un breve resumen de la trayectoria profesional del Dr. Flavio Sturla a raíz de su reciente fallecimiento. Se incluye su actividad asistencial, docente e investigativa. Además, se mencionan vivencias personales compartidas.

Dr. Ricardo Losardo, distinguido con el premio Maestro de la Medicina Argentina 2025

Dr. Ricardo Losardo, honored with the 2025 Master of Argentine Medicine Award

REVISTA ARGENTINA DE CIRUGÍA PLÁSTICA 2025;31(4):159-160. HTTPS://DOI.ORG/10.32825/RACP/202504/0159-0160

Con profunda alegría comunicamos que nuestro editor de la Revista Argentina de Cirugía Plástica, el Dr. **Ricardo Jorge Losardo,** ha sido galardonado con el premio Maestro de la Medicina Argentina 2025. Esta distinción honorífica se otorga desde 1977 a destacadas personalidades del ámbito médico, en reconocimiento a sus méritos científicos, éticos y a una trayectoria profesional consagrada al servicio de la salud.

El Dr. Losardo se graduó en la Facultad de Medicina de la UBA en 1979, obtuvo su doctorado en 1993 y se especializó en cirugía plástica en 1987. Trabajó en los Servicios de Cirugía Plástica de los hospitales Durand y Ramos Mejía (de la Ciudad de Buenos Aires) y Eva Perón (ex Castex) (de San Martín). Es jefe del Servicio de Cirugía Plástica del Hospital Municipal de Oncología "María Curie" de la Ciudad de Buenos Aires, desde 1996 y Profesor Titular de la Cátedra de Cirugía Plástica Oncológica de la Universidad del Salvador (USAL) desde 1998. En nuestra Sociedad ingresó como miembro adherente en 1986 y como miembro titular en 1988, desempeñándose en numerosos cargos de comisiones directivas y congresos.

"Con una carrera que incluye ser Presidente del 48° Congreso Argentino de Cirugía Plástica (2018) y Director del Curso Trienal de Especialista de SACPER (2002-2015), el Dr. Losardo, actual Director de la Revista SACPER, sigue dejando una huella profunda en la formación de cirujanos y en la ciencia médica.

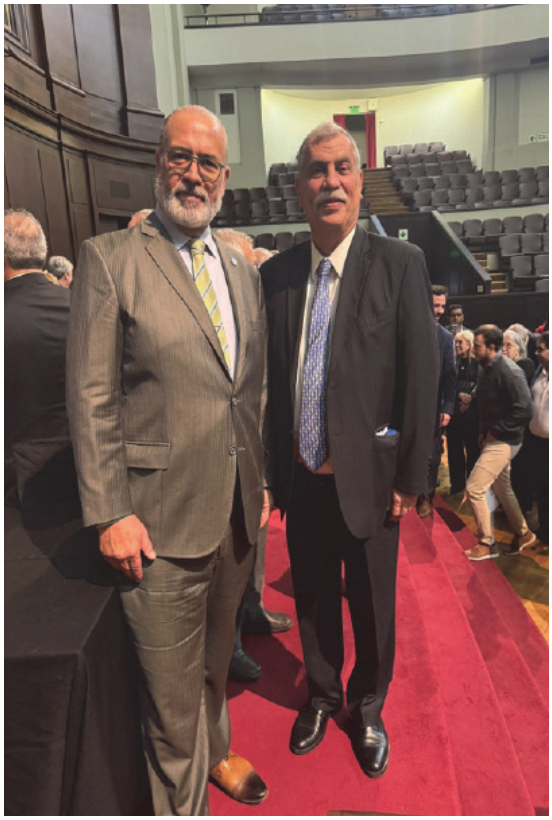


Figura 1. Dres. Jorge Wetzel (presidente SACPER) y Ricardo Losardo (premiado).

Figura 2. Medalla y plaqueta entregada al premiado Dr. Ricardo J. Losardo.

Figura 3. El Dr. Ricardo Losardo agradeciendo el premio Maestro de la Medicina Argentina. Hizo mención en su discurso a los cirujanos plásticos que influyeron en su formación.

Figura 4. De izquierda a derecha: el locutor dando inicio al acto de entrega del Premio Maestro de la Medicina Argentina 2025, en el Aula Magna de la Facultad de Medicina de la UBA. En el estrado: la vicedecana de la Facultad de Medicina de la UBA, ***Dra. Claudia Negri;*** *el vicepresidente de la Academia Nacional de Medicina,* ***Dr. Jorge Lemus;*** *el Director de La Prensa Médica Argentina,* ***Dr. Ariel López;*** *el Decano de la Facultad de Medicina de la UBA,* ***Dr. Luis Brusco;*** *el Rector de la UBA,* ***Dr. Ricardo Gelpi;*** *el Ministro de Salud del GCBA,* ***Dr. Fernán Quirós;*** *el representante del jurado del premio y premiado en el 2024,* ***Dr. Luis Sarotto;*** *el Presidente de la Asociación Médica Argentina,* ***Dr. Miguel Galmés;*** *y el Decano de la Facultad de Medicina de la USAL,* ***Dr. Daniel Martínez.***

Este reconocimiento celebra su dedicación, liderazgo y compromiso con la excelencia, inspirando a toda la comunidad médica a seguir creciendo y aportando al desarrollo de nuestra especialidad.
En su discurso, el premiado destacó que el médico desarrolla tres áreas: la asistencial, la docente y la investigativa; pero debe poseer una faceta humanitaria" señaló SACPER en sus redes sociales.

El **presidente de la SACPER**, Dr. **Jorge Ricardo Wetzel,** estuvo presente en el acto solemne de la entrega anual del premio Maestro de la Medicina Argentina que tuvo una numerosa y calificada concurrencia. El mismo se realizó el día 1 de octubre en el Aula Magna de la Facultad de Medicina de la Universidad de Buenos Aires.

De esta manera se vuelve a entregar este premio a un cirujano plástico después de un largo período. Recordamos que anteriormente lo recibieron nuestros expresidentes, los Dres. **Héctor Marino** en el año 1982 y **Fortunato Benaim** en el año 1996. Esta distinción permite posicionar a la cirugía plástica frente a las restantes especialidades médicas. Los tres premiados, Marino, Benaim y Losardo, formaron numerosas generaciones de cirujanos plásticos argentinos y latinoamericanos.

Felicitamos con orgullo a nuestro premiado por este importante logro.

Comité Editorial
Revista Argentina de Cirugía Plástica
revista@sacper.org.ar

¿Cirugía reparadora o reconstructiva? ¿Cuál es el término más apropiado?

Reconstructive or reparative surgery? Which is the more appropriate term?

REVISTA ARGENTINA DE CIRUGÍA PLÁSTICA 2025;31(4):161-162. HTTPS://DOI.ORG/10.32825/RACP/202504/0161-0162

Estos términos son utilizados indistintamente en nuestro medio para abarcar uno de los dos tópicos más generales de nuestra especialidad la "cirugía plástica", que se compone de dos áreas: la estética y la reparadora o reconstructiva.

Analicemos estas dos últimas palabras, que provienen del latín y su significado. ¿Qué dice al respecto el diccionario de la Real Academia Española (RAE)?

Reparadora. Del latín *reparator / reparatoris*. Que repara o mejora algo. Restaura, compone, renueva. Que restablece lo perdido. Que restaura a un estado anterior. Devuelve lo normal. Que rehabilita. Que satisface o reconforta.

Reconstructiva. Del latín *reconstructĭvus, -a, -um**, que deriva del verbo *reconstruĕre* (volver a construir). Se compone del prefijo re- (de nuevo, hacia atrás), la raíz *struere* (juntar, amontonar, construir) y el sufijo -tivo, que indica que algo tiene la capacidad o la relación para ser o hacer algo. Perteneciente o relativo a la reconstrucción. Restablecimiento de algo a su presunta forma anterior utilizando materiales existentes o de sustitución. Rehacer o volver a construir. Reproducir [algo] ya pasado.

Como vemos, la diferencia entre el significado de ambas palabras es sutil y está relacionada con el lenguaje y el pensamiento. Es decir, en nuestro medio, cuando el cirujano plástico menciona una de estas palabras, es captada por el paciente, y a través de su pensamiento le da un significado (concepto mental o idea) que influye en la toma de sus decisiones. Tiene una repercusión bioética. El término correcto debe respetar al individuo morfológico y funcional. La pregunta es: ¿en la práctica asistencial, se ha reparado o reconstruido?

En una encuesta que hemos realizado hace algunos años en el Servicio de Cirugía Plástica del Hospital Municipal de Oncología "María Curie" los pacientes preferían el término **cirugía reconstructiva** al de **cirugía reparadora**. Por supuesto que le explicamos que la operación era la misma, pero le preguntamos cómo le gustaría que se llame ¿reconstructiva o reparadora? Mayoritariamente la respuesta fue la primera. Preguntando a los pacientes por su elección, nos explicaban que este término generaba mayores expectativas sobre el procedimiento quirúrgico que se realizaba. De esta manera, en el imaginario del paciente, se enfrentan dos términos: uno emocional (reconstructiva) y otro lógico (reparadora). El término correcto debe buscar la armonía con la realidad posoperatoria.

Por supuesto que, a la hora de los conflictos médico-legales, ambas palabras pueden interpretarse como distintas y los problemas se hacen mayores. La percepción del paciente frente a la palabra **reconstructiva** genera la idea de un procedimiento completo o acabado. Mientras que la palabra **reparadora** transmite la idea de un procedimiento parcial. Desde este punto de vista, el término reparadora es más humilde, mientras el término reconstructiva es más ambicioso. Este último es más prometedor que el primero a la hora de los "resultados". Por lo tanto, sugerimos más adecuado a la realidad posoperatoria utilizar el término reparadora para que el paciente evite errores de interpretación. Es necesario respetar la rigurosidad y precisión de las palabras empleadas para evitar una inadecuada descripción e interpretación. Es de destacar que estos términos presentan una mayor confusión entre sí por su traducción del inglés.

Por ejemplo, la pérdida del órgano o del tejido causado por una resección oncológica deja un defecto que cambia la forma de la región corporal. El defecto se repara. ¿El tejido u órgano se reconstruye? La respuesta es negativa. La cirugía no puede reconstruir los tejidos, eso es patrimonio de la regeneración tisular, es decir de la biología misma de las células y de los tejidos. Con los avances de la biotecnología, llegará la hora de los distintos cultivos de células, tejidos y órganos; entonces se hablará con propiedad de medicina reconstructiva o regenerativa. Nosotros llevamos injertos y colgajos, es decir tejidos extraídos de zonas corporales sanas a otras, las enfermas. En una mastectomía no reconstruimos el tejido glandular con sus conductos y lobulillos ni el delicado pezón. Nosotros reparamos el defecto con tejidos provenientes de otras zonas

corporales o incluimos también prótesis o implantes. Tenemos más limitaciones aún para recuperar la función. Mejoramos el defecto anatómico (o la forma) para que no se haga tan evidente. Hay cirugías reparadoras de mama con resultados estéticos excelentes, pero nunca recuperamos función, como la de lactancia a esa mama extirpada.

En definitiva, la cirugía reparadora en el área oncológica mejora la apariencia física del paciente, buscando recuperar -en la magnitud que sea posible- la armonía corporal perdida por la resección oncológica y disminuir el impacto emocional que ocasiona ser portador de una enfermedad neoplásica. De esta manera, se mejora la calidad de vida del paciente.

No dejemos de señalar que la cirugía reparadora alcanza a la cirugía plástica realizada sobre malformaciones congénitas, traumatismos, quemaduras, secuelas de enfermedades infecciosas crónicas, etc. En algunas de ellas, afortunadamente se logra la recuperación funcional total, en ese caso será correcto hablar de cirugía reconstructiva. El término debe concentrar la correcta información y descripción de la cirugía a realizarse.

La idea de estas líneas es reflexionar sobre el uso adecuado de esta terminología y medir el alcance de su significado en la mente de los pacientes para evitar expectativas que pueden perjudicar el noble esfuerzo que realizamos cotidianamente. Es necesario lograr el consenso terminológico y desterrar la palabra reconstructiva cuando no se logra la verdadera reconstrucción, con el fin de utilizar un lenguaje estandarizado y definido que permita una correcta comunicación entre médico y paciente.

Dr. Ricardo Jorge Losardo
Editor Jefe, Revista Argentina de Cirugía Plástica
ricardo.losardo@usal.edu.ar

Cirugía plástica postbariátrica: Experiencia de 65 casos

Postbariatric plastic surgery: Experience of 65 cases

Dra. Micaela Taverna

RESUMEN

Este trabajo describe la experiencia quirúrgica en 65 pacientes que han experimentado una pérdida de peso importante como consecuencia de cirugía bariátrica, resultando un exceso de tejidos dermograsos. Fueron intervenidos por cirugía plástica en un sanatorio con atención multidisciplinaria. Se señalan los resultados, los cuidados pre-, intra- y postquirúrgico y las complicaciones observadas.

Palabras clave: cirugía postbariátrica, cirugía plástica, cirugía reparadora, obesidad.

ABSTRACT

This paper describes the surgical experience of 65 patients who experienced significant weight loss as a result of bariatric surgery, resulting in excess dermal and fatty tissue. They underwent plastic surgery in a multidisciplinary hospital. The results, pre-, intra-, and postoperative care, and observed complications are reported.

Key words: post-bariatric surgery, plastic surgery, reconstructive surgery, obesity.

REVISTA ARGENTINA DE CIRUGÍA PLÁSTICA 2025;31(4):163-166. HTTPS://DOI.ORG/10.32825/RACP/202504/0163-0166

INTRODUCCIÓN

La obesidad mórbida y su tratamiento quirúrgico (cirugía bariátrica) han generado una población creciente de pacientes con grandes colgajos adiposo-cutáneos, que requieren cirugía plástica reparadora (cirugía postbariátrica). El objetivo principal de estos procedimientos es funcional y secundariamente estético, cuyo fin es mejorar la movilidad y la calidad de vida[1].

Este trabajo presenta una serie retrospectiva de 65 casos de pacientes derivados por un equipo interdisciplinario, intervenidos luego de más de 18 meses de haberse realizado la cirugía bariátrica, con índice de masa corporal (IMC) estabilizado y evaluación clínico nutricional.

MATERIAL Y MÉTODOS

Se intervinieron 65 pacientes entre octubre de 2019 y marzo de 2025 a los que se realizó cirugía plástica postbariátrica en institución privada de la provincia de Buenos Aires.

Se registraron: edad (**Gráfico 1**), peso (antes del tratamiento bariátrico y antes de la cirugía reparadora), comorbilidades, tipo de procedimiento, complicaciones y seguimiento.

Los pacientes fueron derivados tras alcanzar peso estable, y evaluados por los servicios de clínica médica, nutrición, psicología y cirugía bariátrica.

1. Cirujana plástica. Miembro Titular SACPER y SCPBA

✉ **Correspondencia:** Dra. Micaela Taverna. micaela.012@gmail.com

La autora no declara conflictos de intereses

Recibido: 01/10/2025 | Aceptado: 14/11/2025

RESULTADOS

PROTOCOLOS PRE-, INTRA- Y POSTQUIRÚRGICO

En el preoperatorio se solicitó laboratorio completo (hemograma, coagulograma, uremia, creatinina, glucemia, proteinograma, serologías). Todos fueron evaluados por cardiología, con riesgo quirúrgico clasificado como bajo o moderado. Hubo evaluación anestésica y correspondieron a un ASA 1 y 2.

Las comorbilidades incluyeron hipertensión arterial, dislipemia, hipotiroidismo y trastornos del ánimo. Aquellos con antecedentes de diabetes tipo 2 o insulinorresistencia presentaban glucemias normales y se encontraban sin medicación al momento de la cirugía. Ninguno de los pacientes incluidos era tabaquista. En su mayoría, recibieron suplementación con calcio, vitamina D y polivitamínicos[2].

En el preoperatorio inmediato se indicó baño con solución yodada jabonosa durante 48 hs previas[3] e hidrata-

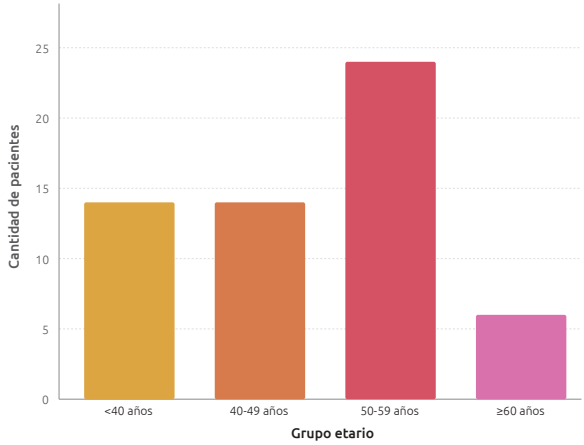


Gráfico 1. Distribución por edades de los 65 pacientes operados.

Figura 1. Abdominoplastia postbariátrica: a-b) prequirúrgica y c-d) postquirúrgica.

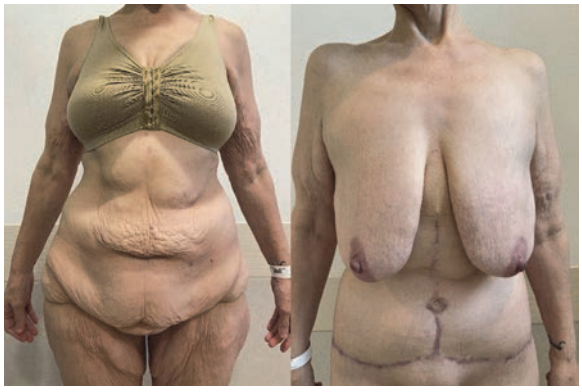


Figura 3. Dermolipectomía en Flor de Lis: a) prequirúrgico y b) postquirúrgico.

ción oral hasta 2 hs antes de la cirugía, conforme a protocolos ERAS (*Enhanced Recovery After Surgery*)[4].
Se aplicó el *score* de Caprini, con riesgo tromboembólico intermedio (3-4 puntos) en la mayoría de los casos[5].
Se usaron botas neumáticas durante el procedimiento y enoxaparina subcutánea profiláctica durante 48 hs exclusivamente en cirugías circunferenciales[6]. Se promovió la deambulación precoz (3-4 hs postoperatorias) como primera medida activa antitrombótica[7].
Se administró ácido tranexámico intravenoso al inicio de cada cirugía, con el objetivo de reducir el sangrado intra- y postoperatorio, como recomiendan múltiples estudios en cirugía reconstructiva de alta complejidad[8].
El tiempo promedio de cirugía de dermolipectomía simple fue de 2:30 hs y en los procedimientos circunferenciales fue de 4:30 hs. En todos los casos de cirugías mayores a 3 hs se colocó sonda vesical que se retiró al finalizar el procedimiento como medida adicional para promover la deambulación precoz.
En el postoperatorio inmediato, todos los pacientes recibieron indicación de uso de faja compresiva durante 2 meses[2].

Figura 2. Dermolipectomía de brazos postbariátrica: a-b) prequirúrgico y c-d) postquirúrgico.

Figura 4. Mastopexia postbariátrica sin prótesis: a-b) prequirúrgico y c-d) postquirúrgico.

Figura 5. Dermolipectomía de brazos más mastopexia posbariátrica: a-b) prequirúrgico y c-d) postquirúrgico.

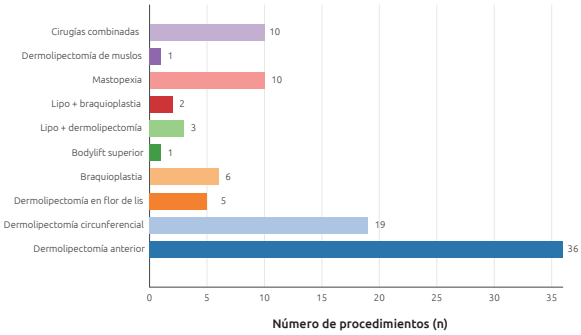


Gráfico 2: Distribución de procedimientos quirúrgicos postbariátricos.

PROCEDIMIENTOS QUIRÚRGICOS REALIZADOS

Se realizaron dermolipectomías anteriores (n=36), circunferenciales (n=19), en flor de lis (n=5), braquioplastias (n=6) y *bodylifts* (lifting corporal) superiores (brazos-rollos abdominales-mastopexia) (n=1). Se sumaron lipoaspiraciones asociadas a dermolipectomías (n=3) y a braquioplastias (n=2), mastopexia (n=10), dermolipectomía de muslos (n=1). En un mismo acto quirúrgico se hicieron cirugías combinadas (n=10), **(Gráfico 2)**.
En cirugías mayores a 3 hs se colocó sonda vesical, retirada al finalizar. En procedimientos circunferenciales se colocaron dos drenajes; en dermolipectomías simples, uno. No se colocaron drenajes en brazos ni mamas.
Se usaron puntos de Baroudi en todos los casos para reducir la formación de seromas[9].

ESTADÍSTICAS

Edad media: 48,1 años (rango 29-72). Pérdida ponderal promedio: 43,8 kg. IMC prequirúrgico: 30.
El 21,9% tenía >55 años; en estos, las dermolipectomías circunferenciales se realizaron en 2 tiempos. Se identificaron 6 hernias/eventraciones, reparadas simultáneamente.
En cuanto a las complicaciones, se registraron dos hemorrágicas con requerimiento transfusional: un ingreso a UTI por sangrado tras dermolipectomía circunferencial con lipoaspiración, y otro caso, con drenaje quirúrgico. Se documentó además un seroma y 5 dehiscencias menores que fueron curadas con ungüento de colagenasa y cloranfenicol.
Seguimiento promedio: 28,3 meses.

Figura 6. Dermolipectomia circunferencial: a-b) prequirúrgico y c-d) postquirúrgico.

ILUSTRACIÓN DE CASOS CLÍNICOS:

A continuación, se presentan algunos casos clínicos que fueron operados y sus respectivas técnicas quirúrgicas, con su pre- y postoperatorio (**Figuras 1 a 6**).

DISCUSIÓN

Coincidimos con Gusenoff & Rubin, quienes destacaron que el objetivo prioritario en cirugía postbariátrica es funcional, no estético[1]. La suplementación nutricional ha sido clave en la cicatrización y recuperación[2]. El uso abreviado de enoxaparina se respaldó en evidencias como el estudio de Prevención de la Tromboembolia Venosa (VTEPS)[6] y las guías del *American College of Chest Physicians*[7]. El *score* de Caprini validado para pacientes de cirugía plástica[5] permitió adecuar la tromboprofilaxis mecánica y farmacológica. El uso de ácido tranexámico como estrategia de control de sangrado ha demostrado ser confiable en esta población[8]. La implementación sistemática de medidas como botas neumáticas y movilización precoz fue efectiva en prevenir eventos tromboembólicos[4].
Se indicó el baño prequirúrgico con solución yodada durante las 48 hs previas, práctica que ha demostrado

reducir infecciones del sitio quirúrgico[3]. El uso de puntos de Baroudi como técnica intraoperatoria contribuyó a reducir complicaciones como seromas[9].
Una característica común en individuos con antecedentes de obesidad y posterior pérdida masiva de peso es que presentan signos clínicos de hiperlaxitud dérmica generalizada, demostración mediante estudios histológicos y biomecánicos de una reducción significativa del colágeno tipo I, desorganización de fibras y disminución del grosor y resistencia tensil dérmica. Estas condiciones predisponen a una cicatrización anómala o retardada, particularmente en zonas sometidas a tensión, y justifican la implementación de estrategias quirúrgicas conservadoras y en etapas[10]. Asimismo, diferir procedimientos extensos en mayores de 55 años disminuye la morbimortalidad sin afectar resultados[11,12], lo que coincide con nuestra práctica en este grupo etario.
El respeto por los tiempos de cicatrización normal, la evaluación nutricional, la implementación de las técnicas quirúrgicas únicas o asociadas y la atención a la complicación trombótica pulmonar, disminuyen los riesgos de estas cirugías.
En estos casos, es conveniente expresar y explicar el tipo de cirugía plástica al que será sometido, los beneficios y los riesgos que el paciente afrontará. Esto debe estar claro en el consentimiento informado preoperatorio[13].
No debemos olvidar que la cirugía postbariátrica permite al paciente recuperar su imagen corporal perdida. El defecto físico resultado de la cirugía bariátrica le trae dificultades en su vida de relación social con los grandes colgajos adiposos cutáneos redundantes, producto de su antiguo cuadro de obesidad. De esta manera, el paciente busca en la cirugía postbariátrica resolver un problema consigo mismo y con los demás.
Estas cirugías postbariátricas permiten lograr en estos pacientes una salud plena e integral, involucrando aspectos físicos, psíquicos y sociales[14].

CONCLUSIONES

La cirugía plástica postbariátrica constituye un procedimiento especial para la recuperación funcional del paciente con grandes descensos ponderales.
Este trabajo señala que siguiendo ciertos cuidados se pueden obtener resultados satisfactorios con baja tasa de complicaciones.

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

BIBLIOGRAFÍA

1. *Gusenoff JA, Rubin JP. Plastic surgery after weight loss: current concepts in massive weight loss surgery. Aesthet Surg J. 2008;28(4):452–5.*
2. *Michaels JV, Coon D, Rubin JP. Complications in postbariatric body contouring: strategies for assessment and prevention. Plast Reconstr Surg. 2011;127(3):1352–7.*
3. *Veiga DF, Damasceno CA, Veiga-Filho J, Silva Jr RV, Cordeiro DL, Vieira AM, et al. Influence of povidone-iodine preoperative showers on skin colonization in elective plastic surgery procedures. Plast Reconstr Surg. 2008;121(1):115–8.*
4. *Bartlett EL, Zavlin D, Friedman JD, Abdollahi A, Rappaport NH. Enhanced Recovery After Surgery: The Plastic Surgery Paradigm Shift. Aesthet Surg J. 2018;38(6):676–85.*
5. *Caprini JA. Thrombosis risk assessment as a guide to quality patient care. Dis Mon. 2005;51(2-3):70–8.*
6. *Pannucci CJ. Evidence-based recipes for venous thromboembolism prophylaxis: a practical safety guide. Plast Reconstr Surg. 2017;139(2):520e–9e.*
7. *Gould MK, Garcia DA, Wren SM, Aronowitz VP, Caprini JA, Merli GJ, et al. Prevention of VTE in nonorthopedic surgical patients: Antithrombotic therapy and prevention of thrombosis, 9th ed. Chest. 2012;141(2 Suppl):e227S–77S.*
8. *Taeuber I, Weibel S, Herrmann E, Neef V, Schlesinger T, Kranke P, et al. Association of intravenous tranexamic acid with thromboembolic events and mortality: a systematic review, meta-analysis, and meta-regression. JAMA Surg. 2021;156(6):e210884.*
9. *Aly AS, Cram AE, Chao M, Pang J, McKeon M. Belt lipectomy for circumferential truncal excess: The University of Iowa experience. Plast Reconstr Surg. 2003;111(1):398–413.*
10. *Hany M, Zidan A, Ghozlan NA, Ghozlan MN, Abouelnasr AA, Sheta E, et al. Comparison of histological skin changes after massive weight loss in post-bariatric and non-bariatric patients. Obes Surg. 2024;34(3):855–65.*
11. *Coon D, Michaels JV, Gusenoff JA, Purnell C, Friedman T, Rubin JP. Multiple procedures and staging in the massive weight loss population. Plast Reconstr Surg. 2010;125(2):691–8.*
12. *Cuadrado MA, Moina G, Moina D. Body contour surgery in massive weight loss patients. En: Serdev NP, editor. Body Contouring and Sculpting. London: IntechOpen; 2016.*
13. *Losardo RJ. Cirugía estética: Enfoque médico-legal. Rev Argent Cir Plást. 2002;VIII(2):87–9.*
14. *Hurtado-Hoyo E, Losardo RJ, Bianchi RI. Salud plena e integral: un concepto más amplio de salud. Rev Asoc Méd Argent. 2021;134(1):18–25.*

Tratamiento de las secuelas cicatrizales con transferencia de grasa autóloga

Treatment of scarring with autologous fat transfer

Dr. Matías Crespo[1,3], Dr. Alexis Ohanian[2,3], Dr. Enrique Dantur[1,3], Dr. Gonzalo Solla[1,3]

RESUMEN

Se describe el tratamiento realizado a tres pacientes que sufrieron un traumatismo complejo en sus miembros inferiores. En un primer tiempo se efectuó un injerto de piel y en un segundo tiempo un injerto de grasa. Se señala el buen resultado estético de los tejidos blandos afectados con el trasplante de grasa autóloga (realizada por lipotransferencia). Se resalta la ventaja de este procedimiento sobre otras opciones quirúrgicas y no quirúrgicas.

Palabras clave: injerto graso, células madre, traumatismos complejos, miembros inferiores.

ABSTRACT

The treatment of three patients who suffered complex trauma to their lower extremities is described. Skin grafting was performed initially, followed by fat grafting. The aesthetic results of the affected soft tissues with autologous fat transplantation (performed by lipotransfer) are noted. The advantage of this procedure over other surgical and nonsurgical options is emphasized.

Key words: fat graft, stem cells, complex trauma, lower limbs.

REVISTA ARGENTINA DE CIRUGÍA PLÁSTICA 2025;31(4):167-169. HTTPS://DOI.ORG/10.32825/RACP/202504/0167-0169

INTRODUCCIÓN

Los defectos por traumatismos complejos en miembros inferiores susceptibles de reconstrucción, tanto inmediata como diferida, constituyen un desafío para el cirujano plástico.

Las secuelas anatómicas y funcionales que se pueden observar en estos pacientes, son: a) asimetrías, b) impotencia funcional, c) secuelas estéticas, d) mala calidad del recubrimiento, e) atrofia de tejidos blandos, entre otros.

Para conseguir un resultado óptimo de la reconstrucción que mejore la calidad de vida de estos pacientes, es necesario lograr una adecuada calidad de los tejidos blandos. Para ello, el uso de injerto graso con células madre mesenquimatosas y adipocíticas es una alternativa interesante ya que es menos invasiva que otros procedimientos (inclusión de siliconas) y disminuye los costos. En este trabajo presentamos nuestra experiencia en tres casos clínicos.

MATERIALES Y MÉTODOS

Se presentan tres casos operados en el Servicio de Cirugía Plástica del Hospital Municipal de Urgencias de Córdoba.

CASOS CLÍNICOS

CASO 1

Mujer de 51 años cuyo motivo de consulta consistió en una lesión de MID secundario a accidente de tránsito (octubre 2021). Su tratamiento inicial fue de múltiples sesiones de injertos de piel de espesor parcial, mientras que para el tratamiento de las secuelas se optó por trasplante de grasa autóloga (**Figura 2**).

Figura 1.

1. Cirujano del Servicio de Cirugía Plástica del Hospital Municipal de Urgencias de Córdoba, provincia de Córdoba, Argentina
2. Jefe del Servicio de Cirugía Plástica. Hospital Municipal de Urgencias de Córdoba, Argentina
3. Miembro Titular SACPER

✉ **Correspondencia:** Dr. Alexis Ohanian. alexisohanian@hotmail.com

Los autores no declaran conflictos de intereses

Recibido: 06/10/2025 | Aceptado: 14/11/2025

Figura 2. Caso 1.

CASO 2

Mujer de 56 años con un motivo de consulta de lesión de MID secundario a accidente de tránsito (2021). Su tratamiento inicial consistió en múltiples injertos de piel de espesor parcial y para el tratamiento de sus secuelas se optó por un trasplante de grasa autóloga (**Figura 3**).

CASO 3

Mujer de 32 años cuyo motivo de consulta consistió en una lesión de MII secundario a accidente de tránsito (2016). Su tratamiento inicial fue de cirugías traumatológicas, con injertos de piel de espesor parcial. Para el tratamiento de las secuelas se optó por trasplante de grasa autóloga (**Figura 4**).

Figura 3. Caso 2.

RESULTADOS

Los tres pacientes operados tuvieron resultados satisfactorios, tanto para los médicos cirujanos como para los pacientes.

El planeamiento preoperatorio incluyó: estudios prequirúrgicos (electrocardiograma, laboratorio completo de sangre, serología), preparación del paciente prequirúrgico con lavado previo, preparación de la zona donante con utilización de crema.

En el procedimiento quirúrgico realizado, se comenzó con una infiltración anestésica (SF + lidocaína + adrenalina). Luego se realizó una lipoaspiración del área seleccionada como dadora del tejido, para realizar así el procesamiento de la grasa. Una vez terminado dicho procesamiento, se trató la secuela cicatrizal con un injerto graso en forma de retroinyección creando un tramado tridimensional.

El tejido graso se obtuvo mediante una técnica quirúrgica que incluyó material específico: cánulas de lipoaspiración y de lipotransferencia, bomba de succión y mangueras de aspiración, así como recipientes y jeringas colectoras.

Las recomendaciones postoperatorias fueron: utilización de fajas de compresión, analgesia, antibióticos, drenaje linfático y ultrasonido para la zona donante.

DISCUSIÓN

La continua búsqueda de resultados más armoniosos es un constante motivo de consulta en nuestro servicio. Los pacientes no buscan solamente una solución estética sino también una mejoría tanto en la calidad de vida como en la funcionalidad del miembro dañado y pronta reinserción social a las actividades cotidianas.

Se presentan las siguientes opciones terapéuticas: a) materiales biodegradables (ácido hialurónico), b) prótesis o siliconas, c) injerto graso.

El ácido hialurónico solamente sirve como relleno. No

Figura 4. Caso 3.

otorga ninguna solución para la reconstrucción de la zona dañada ni a corto ni a largo plazo. Esto sin contar con el costo de cada ampolla y la masiva cantidad de las mismas que se necesitan para un resultado visiblemente satisfactorio.

Ante la duda sobre prótesis o siliconas surge el mismo inconveniente del ácido hialurónico, puesto que estas dos alternativas no otorgan ningún beneficio más allá de lo estético, por tratarse de material inerte.

Ante estos casos consideramos que el injerto graso **sí** es la mejor alternativa por tratarse de tejido adiposo vivo y también de relleno activo, por contener la mayor fuente tanto de células madre mesenquimatosas de fácil acceso como de células madre adipocíticas, las cuales producen aumento de síntesis de colágeno, granulación, angiogénesis y estimulación de factores de crecimiento. Esto reduce los costos de la intervención por no necesitar material externo como ácido hialurónico, prótesis o siliconas.

CONCLUSIONES

Los **traumatismos complejos** incluyen asimetrías, atrofia de tejidos blandos, mala calidad del recubrimiento, impotencia funcional y secuelas estéticas.

El **injerto graso** consiste en realizar la corrección de una secuela cicatrizal mediante la técnica de retroinyección grasa.

Las **células madre** presentes en el tejido graso lo convierten a este en un relleno activo.

Agradecimientos: Al cuerpo médico, enfermería y personal de instrumentación del Hospital Municipal de Urgencias de Córdoba.

BIBLIOGRAFÍA

1. *Cárdenas-Camarena L. Transferencia de tejido graso autólogo: un procedimiento quirúrgico multifuncional. Cir Plást Ibero-Latinoam. 2013;39(1):S90-S98. Disponible en: https://scielo.isciii.es/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0376-78922013000500018*

Reconstrucción nasal: estudio de carcinoma basocelular con colgajo paramedial frontal

Nasal reconstruction: study of basal cell carcinoma with paramedian frontal flap

Dr. Isttayner Magalhães[1], Dr. Domingos Quintella[2], Dr. Adrián Corbalán[3]

RESUMEN

La reconstrucción de defectos quirúrgicos causados por la extirpación de tumores nasales representa un desafío para los cirujanos plásticos. La reconstrucción nasal, una preocupación de los cirujanos desde la antigüedad, no busca reparar con precisión la anatomía faltante, sino crear una apariencia similar a la parte que se vio afectada. Debido al color y la textura adecuados de la piel en la región frontal, dicha área se reconoce como la mejor zona donante para la cobertura nasal.

Palabras clave: reconstrucción nasal, carcinoma basocelular, colgajo paramedial frontal, cirugía plástica.

ABSTRACT

The reconstruction of surgical defects caused by the removal of nasal tumors represents a challenge for plastic surgeons. Nasal reconstruction, a concern of surgeons since ancient times, does not seek to precisely replicate the missing anatomy, but rather to create an appearance similar to the affected part. Due to the appropriate color and texture of the skin in the frontal region, this area is recognized as the best donor area for nasal coverage.

Key words: nasal reconstruction, basal cell carcinoma, paramedian frontal flap, plastic surgery.

REVISTA ARGENTINA DE CIRUGÍA PLÁSTICA 2025;31(4):170-173. HTTPS://DOI.ORG/10.32825/RACP/202504/0170-0173

INTRODUCCIÓN

La historia de la reconstrucción nasal va de la mano con la cirugía plástica, ya que es una de las primeras intervenciones de las que tenemos una descripción. La transferencia de un colgajo frontal para la reconstrucción nasal es pionera en las intervenciones que luego subsiguieron[1].

El tejido perdido debe reponerse con el mismo tamaño y forma del que poseía antes de la lesión; de lo contrario, los puntos de referencia nasales residuales se distorsionarán, siendo empujados o traccionados por el tejido de reemplazo, lo que provocará la constricción de la vía aérea o una mala posición nasal. La región frontal, debido al color y la textura adecuados de la piel, se reconoce como una excelente zona donante para la cobertura nasal[2,3].

Por la importancia social que se le ha asignado a la nariz, su pérdida (amputación) parcial o total, en todas las épocas de la historia del hombre, se la ha padecido como un estigma difícil de sobrellevar, por lo que se deduce que su reparación haya sido una búsqueda permanente desde los inicios de la civilización[4].

Burget y Menick introdujeron el concepto de unidades estéticas de la nariz, estableciendo que las incisiones deben ubicarse en los límites de estas unidades. Si la resección requiere más de un tercio de una unidad, es necesario que se realice por completo y reconstruirse[5,6].

En 1597 Gaspare Tagliacozzi (1545-1599) publicó la primera edición de su libro *De Curtorum Chirurgia Per Insitionem* (Sobre la cirugía de la mutilación por medio del injerto). Fue muy famoso en toda Europa por sus reconstrucciones de la nariz. El método consistía en separar un colgajo de piel del brazo y fijarlo a la nariz. Al miembro donador lo inmovilizaba con un aparato de cuero que sujetaba la cabeza y la mano, para mantenerlo unido a la nariz mutilada hasta su total prendimiento. Posteriormente seccionaba el pedículo y separaba el brazo de la nariz. Su objetivo era devolver la forma y, si fuera posible, la armonía a un rostro mutilado[7].

Otro concepto importante que condujo a mejores resultados en la cirugía reconstructiva fue el compromiso, al crear colgajos locales, de hacer incisiones a lo largo de los bordes de las regiones, para aumentar el camuflaje de las cicatrices[8,9].

El objetivo de este trabajo es analizar una opción quirúrgica para la reconstrucción nasal compleja después de la resección de un carcinoma basocelular localmente avanzado.

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

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

Los autores no declaran conflictos de intereses

Recibido: 03/10/2025 | Aceptado: 14/11/2025

Fotos 1 a 4. Preoperatorio de resección de carcinoma basocelular en la región nasal, con marcación del colgajo local a realizar.

Foto 8. Primer día de postoperatorio.

CASO CLÍNICO

Paciente de 71 años, con antecedentes de exposición solar prolongada y tabaquismo. Desarrolló una lesión ulcerada en el dorso nasal, de 6 meses de evolución, con placa eritematosa que luego confluyen y úlcera en el centro. Biopsia nasal: carcinoma basocelular. Rinoscopia sin lesiones aparentes.

Fue derivado al Servicio de Cirugía Plástica del Hospital Federal dos Servidores do Estado, en Río de Janeiro **(Fotos 1 a 4).**

La cirugía se realizó bajo anestesia local, con examen histopatológico intraoperatorio por congelación, que mostró márgenes libres tras la extirpación del tumor. La lesión se resecó sin afectar las estructuras nasales subyacentes **(Fotos 5 y 6)**.

Se realizó cobertura con colgajo paramediano frontal y síntesis primaria en zona donante, dejando cicatrizar por segunda intención el pequeño defecto remanente de la frente **(Fotos 7, 8 y 9)**.

El colgajo paramediano frontal se basa en la arteria su-

Fotos 5 y 6. Intraoperatorio. Tallado y disección del colgajo local paramediano frontal.

Foto 7. Postoperatorio inmediato de la reconstrucción nasal.

Foto 9. Primera semana de postoperatorio.

pratroclear y es un colgajo arterial. Su longitud varía según la necesidad de cobertura y su pedículo es estrecho en relación con su vértice. Su ancho promedio es de 1,2 a 1,5 cm. Su forma varía de vertical a oblicua, en forma de gaviota (Millard) o incluso vertical (Gilles) (**Foto 10**).

El paciente actualmente se encuentra realizando sus actividades habituales y está satisfecho con los resultados obtenidos.

DISCUSIÓN

Los defectos nasales en las estructuras de soporte son poco frecuentes. En la gran mayoría de los casos, las lesiones se asocian con pérdida de piel importante, por lo que colgajos paramedianos o frontales resultan sumamente útiles en el proceso de reconstrucción[10,11].

Por lo tanto, en una reconstrucción más extensa, si no se dan las condiciones ideales para restaurar toda la cobertura cutánea en la misma intervención quirúrgica, la reparación debe posponerse para una etapa posterior, pudiendo llegar a precisar de materiales sintéticos como matriz dérmica o el uso de expansores para la utilización de cobertura de piel del propio paciente[12].

Algunos autores han recomendado que los injertos óseos o de cartílago, cuando sean necesarios, se realicen en una segunda etapa quirúrgica, cuando los tejidos blandos ya se hayan estabilizado adecuadamente. Mientras, otros autores prefieren realizar la estructura cartilaginosa y la cobertura cutánea necesarias en una sola intervención quirúrgica, para evitar el colapso de los tejidos blandos y su contracción tardía[13,14].

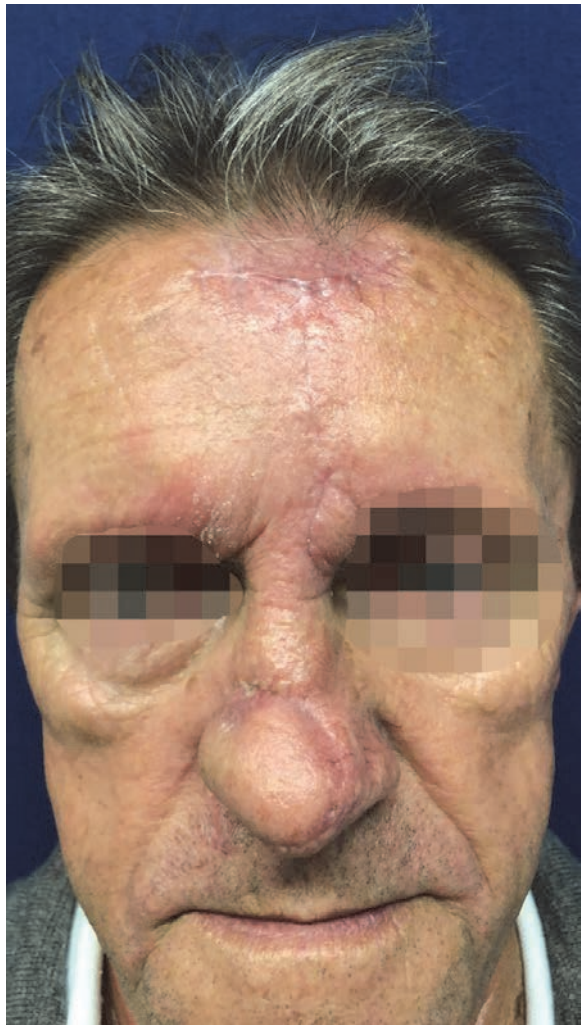


Foto 10. Refinamiento del colgajo con mantenimiento del pedículo vascular, procediendo a la lipectomía del colgajo distal y ajuste del grosor de los bordes cutáneos. Primer mes postoperatorio de revisión quirúrgica.

CONCLUSIÓN

Una reconstrucción nasal bien planificada y estructurada es clave para un resultado satisfactorio en cuanto a estética y función nasal.

Se sugiere trabajar con un equipo multidisciplinario para evitar secuelas funcionales en grandes defectos y evaluar la pieza operatoria. Lograr márgenes quirúrgicos libres es fundamental para evitar la recidiva. Para ello, es preferible contar con un Servicio de Anatomía Patológica especializado en estos temas. Es conveniente, posterior a la resección, realizar la cobertura primaria.

También se debe evaluar, para realizar el plan quirúrgico, las fuentes de cartílago accesorio, ya sea de otras zonas donantes o cartílago cadavérico, matriz dérmica y colgajo cutáneo acorde al defecto, desde injerto de piel libre, pasando por colgajos nasogenianos o incluso mediofrontales.

BIBLIOGRAFÍA

1. *Converse JM. Reconstruction of the nose by the scalping flap technique. Surg Clin North Am. 1959;39(2):335-65.*
2. *Barton FE. Aesthetic aspects of nasal reconstruction. Clin Plast Surg. 1998;15(1):155-66.*
3. *Kurata S, Hashimoto H, Terashi H, Kanda T, Tanaka K. Frontonasal flap for reconstruction of complete alar defects. Dermatol Surg. 1996;22(10):850–2.*
4. *Soria JH, Losardo RJ. La amputación nasal como motivación de la rinoplastia. Rev ALMA, Cultura y Medicina. 2020;6(4):38-64.*
5. *Burget GC, Menick FJ. The subunit principle in nasal reconstruction. Plast Reconstr Surg. 1985;76(2):239-47.*
6. *Rieger RA. A local flap for repair of the nasal tip. Plast Reconstr Surg. 1967;40(2):147–9.*
7. *Soria JH, Losardo RJ, Rosales y de Gante S. Trascendencia de la cirugía plástica y la rinoplastia en la historia y la filosofía de la medicina. Rev Asoc Méd Argent. 2020;133(3):30-40.*
8. *Gonzalez-Ulloa M. Restoration of the face covering by means of selected skin in regional aesthetic units. Br J Plast Surg. 1956;9:212-21.*
9. *Talmant JC. Reconstruction du Nez. En: EMC. Techniques chirurgicales: chirurgie plastique reconstructive et esthétique. Vol. 1. Paris: Elsevier; 2000.*
10. *Soares VR. Reconstrução de nariz em neoplasias. Rev Bras Med. 1975;32(1):3-9.*
11. *Laitano FF, Teixeira LF, Siqueira EJ, Alvarez GS, Martins PDE, Oliveira MPD. Uso de retalho cutâneo para reconstrução nasal após ressecção neoplásica. Rev Bras Cir Plast. 2012;27(2):217-22.*
12. *Menick FJ. Practical details of nasal reconstruction. Plast Reconstr Surg. 2013;131(4):613e-30e.*
13. *Passini AP, Agacy RO, Tissiani LAL, Albano AM. Reconstrução da pálpebra superior com retalho médio-frontal em tempo único associado a tarsorrafia lateral permanente. Rev Bras Cir Plást. 2009;24(2):252-5.*
14. *Quintas RCS, Araújo GP, Medeiros Junior JHGDM, Quintas LFFM, Kitamura MAP, Cavalcanti ELF, et al. Reconstrução nasal complexa: opções cirúrgicas numa série de casos. Rev Bras Cir Plást. 2013;28(2):218-22.*

Reconstrução nasal: estudo do carcinoma basocelular com retalho frontal paramediano

Nasal reconstruction: study of basal cell carcinoma with paramedian frontal flap

Dr. Isttayner Magalhães[1], Dr. Domingos Quintella[2], Dr. Adrián Corbalán[3]

RESUMEN

A reconstrução de defeitos cirúrgicos causados pela remoção de tumores nasais representa um desafio para os cirurgiões plásticos. A reconstrução nasal, uma preocupação dos cirurgiões desde a antiguidade, não visa reparar precisamente a anatomia ausente, mas sim criar uma aparência semelhante à parte afetada. Devido à cor e textura adequadas da pele na região frontal, esta área é reconhecida como a melhor área doadora para cobertura nasal.

Palavras-chave: reconstrução nasal, carcinoma basocelular, retalho frontal paramediano, cirurgia plástica.

ABSTRACT

The reconstruction of surgical defects caused by the removal of nasal tumors represents a challenge for plastic surgeons. Nasal reconstruction, a concern of surgeons since ancient times, does not seek to precisely replicate the missing anatomy, but rather to create an appearance similar to the affected part. Due to the appropriate color and texture of the skin in the frontal region, this area is recognized as the best donor area for nasal coverage.

Key words: nasal reconstruction, basal cell carcinoma, paramedian frontal flap, plastic surgery.

REVISTA ARGENTINA DE CIRUGÍA PLÁSTICA 2025;31(4):174-177. HTTPS://DOI.ORG/10.32825/RACP/202504/0174-0177

INTRODUÇÃO

A história da reconstrução nasal anda de mãos dadas com a cirurgia plástica, sendo um dos procedimentos mais antigos conhecidos. A transferência de um retalho frontal para reconstrução nasal é pioneira entre os procedimentos subsequentes[1].

O tecido perdido deve ser reposto com o mesmo tamanho e formato de antes da lesão; caso contrário, os pontos de referência nasais residuais serão distorcidos, empurrados ou puxados pelo tecido de substituição, resultando em constrição das vias aéreas ou mau posicionamento nasal. A região frontal, devido à sua cor e textura de pele adequadas, é reconhecida como uma excelente área doadora para cobertura nasal[2,3].

Devido à importância social que foi atribuída ao nariz, sua perda parcial ou total (amputação), ao longo de todos os períodos da história da humanidade, foi sofrida como um estigma difícil de suportar, razão pela qual se pode deduzir que sua reparação tem sido uma busca permanente desde o início da civilização[4].

Burget e Menick introduziram o conceito de unidades estéticas do nariz, estabelecendo que as incisões devem ser localizadas nos limites dessas unidades. Se a ressecção exigir mais de um terço de uma unidade, ela deve ser realizada completamente e reconstruída [5,6].

Em 1597, Gaspare Tagliacozzi (1545-1599) publicou a primeira edição de seu livro "De Curtorum Chirurgia Per Insitionem" (Sobre a Cirurgia da Mutilação por Enxerto). Ele era muito famoso em toda a Europa por suas reconstruções nasais. O método consistia em separar um retalho de pele do braço e fixá-lo ao nariz. Ele imobilizou o membro doador com um dispositivo de couro que segurava a cabeça e a mão, mantendo-o preso ao nariz mutilado até que estivesse completamente fixado. Em seguida, seccionou o pedículo e separou o braço do nariz. Seu objetivo era restaurar a forma e, se possível, a harmonia de um rosto mutilado[7].

Outro conceito importante que levou a melhores resultados na cirurgia reconstrutiva foi o compromisso, na confecção de retalhos locais, de realizar incisões ao longo das bordas das regiões, para aumentar a camuflagem das cicatrizes[8,9].

El objetivo de este trabajo es analizar una opción quirúrgica para la reconstrucción nasal compleja después de la resección de un carcinoma basocelular localmente avanzado.

CASO CLÍNICO

Paciente de 71 anos, com histórico de exposição solar

1. Chefe do Serviço de Cirurgia Plástica e Reconstrutiva do Hospital Servidores do Estado, Rio de Janeiro – Brasil
2. Professor de Cirurgia Plástica e Reconstrutiva do Hospital Servidores del Estado, Rio de Janeiro – Brasil
3. Médico Pós-Graduando do Serviço de Cirurgia Plástica e Reconstrutiva do Hospital Servidores del Estado, Rio de Janeiro – Brasil

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

Conflicto de intereses: Os autores declaram não haver conflitos de interesse.

Recibido: 03/10/2025 | Aceptado: 14/11/2025

Fotos 1 a 4. Ressecção pré-operatória de carcinoma basocelular na região nasal, com marcação do retalho local a ser confeccionado.

Foto 8. Primeiro dia de pós-operatório.

prolongada e tabagismo, desenvolveu lesão ulcerada no dorso nasal há 6 meses, com placa eritematosa que posteriormente coalesceu e ulcerou no centro. A biópsia nasal revelou carcinoma basocelular. A rinoscopia não revelou lesões aparentes.

Fotos 5 e 6. Intraoperatório. Escultura e dissecção do retalho paramediano frontal local.

Foto 7. Pós-operatório imediato de reconstrução nasal.

Ele foi encaminhado ao Serviço de Cirurgia Plástica do Hospital Federal dos Servidores do Estado, no Rio de Janeiro (**Fotos 1 a 4**).

A cirurgia foi realizada sob anestesia local, com exame histopatológico intraoperatório de imagem congelada mostrando margens livres após a excisão do tumor. A lesão foi resseada sem afetar as estruturas nasais subjacentes (**Fotos 5 y 6**).

A cobertura foi realizada com retalho paramediano da testa e síntese primária na área doadora, permitindo que o pequeno defeito remanescente na testa cicatrizasse por segunda intenção (**Fotos 7, 8 y 9**).

O retalho paramediano frontal baseia-se na artéria supratroclear e é um retalho arterial. Seu comprimento varia de acordo com a necessidade de cobertura e seu pedículo é estreito em relação ao ápice. Sua largura média é de 1,2 a 1,5 cm. Seu formato varia de vertical a

Foto 9. Primeira semana de pós-operatório.

oblíquo, em forma de gaivota (Millard) ou mesmo vertical (Gilles) (**Foto 10**).
O paciente está atualmente realizando suas atividades habituais e está satisfeito com os resultados obtidos.

DISCUSSÃO

Defeitos nas estruturas de suporte do nariz são raros. Na grande maioria dos casos, as lesões estão associadas a perda significativa de pele, tornando os retalhos paramedianos ou frontais extremamente úteis no processo de reconstrução[10,11].
Portanto, em uma reconstrução mais extensa, se não houver condições ideais para restaurar toda a cobertura cutânea na mesma intervenção cirúrgica, o reparo deve ser postergado para uma fase posterior, podendo necessitar de materiais sintéticos como matriz dérmica ou uso de expansores para utilização da própria cobertura cutânea do paciente[12].
Alguns autores recomendam que enxertos ósseos ou de cartilagem, quando necessários, sejam realizados em um segundo estágio cirúrgico, após a estabilização adequada dos tecidos moles. Enquanto isso, outros autores preferem criar a estrutura cartilaginosa e a cobertura cutânea necessárias em um único procedimento cirúrgico para evitar o colapso dos tecidos moles e a contração retardada[13,14].

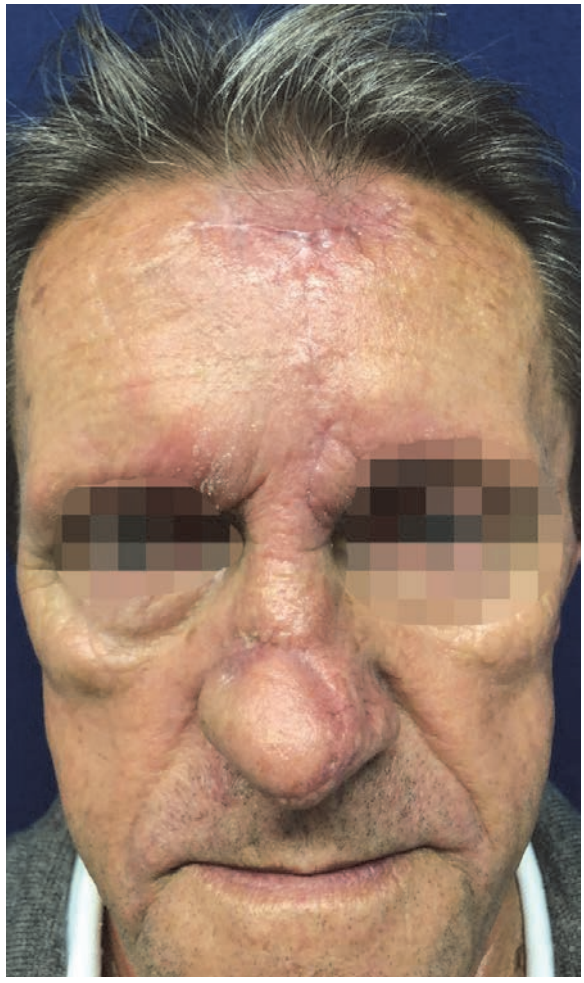


Foto 10. Refinamento do retalho mantendo o pedículo vascular, seguido de lipectomia do retalho distal e ajuste da espessura da margem cutânea. Primeiro mês pós-operatório da revisão cirúrgica.

CONCLUSÃO

Uma reconstrução nasal bem planejada e estruturada é fundamental para um resultado satisfatório em termos de estética e função nasal.
Recomenda-se trabalhar com uma equipe multidisciplinar para evitar sequelas funcionais em grandes defeitos e avaliar a peça cirúrgica. Obter margens cirúrgicas livres é essencial para prevenir recorrências. Para isso, é preferível contar com um departamento de patologia especializado nessas áreas. É aconselhável realizar a cobertura primária após a ressecção.
Para desenvolver o plano cirúrgico, também devem ser avaliadas as fontes de cartilagem acessória, sejam elas de outros locais doadores ou de cartilagem cadavérica, matriz dérmica e retalhos cutâneos apropriados para o defeito, desde enxertos de pele livre até retalhos nasolabiais ou mesmo da região média da testa.

REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS

1. *Converse JM. Reconstruction of the nose by the scalping flap technique. Surg Clin North Am. 1959;39(2):335-65.*
2. *Barton FE. Aesthetic aspects of nasal reconstruction. Clin Plast Surg. 1998;15(1):155-66.*
3. *Kurata S, Hashimoto H, Terashi H, Kanda T, Tanaka K. Frontonasal flap for reconstruction of complete alar defects. Dermatol Surg. 1996;22(10):850–2.*
4. *Soria JH, Losardo RJ. La amputación nasal como motivación de la rinoplastia. Rev ALMA, Cultura y Medicina. 2020;6(4):38-64.*
5. *Burget GC, Menick FJ. The subunit principle in nasal reconstruction. Plast Reconstr Surg. 1985;76(2):239-47.*
6. *Rieger RA. A local flap for repair of the nasal tip. Plast Reconstr Surg. 1967;40(2):147–9.*
7. *Soria JH, Losardo RJ, Rosales y de Gante S. Trascendencia de la cirugía plástica y la rinoplastia en la historia y la filosofía de la medicina. Rev Asoc Méd Argent. 2020;133(3):30-40.*
8. *Gonzalez-Ulloa M. Restoration of the face covering by means of selected skin in regional aesthetic units. Br J Plast Surg. 1956;9:212-21.*
9. *Talmant JC. Reconstruction du Nez. En: EMC. Techniques chirurgicales: chirurgie plastique reconstructive et esthétique. Vol. 1. Paris: Elsevier; 2000.*
10. *Soares VR. Reconstrução de nariz em neoplasias. Rev Bras Med. 1975;32(1):3-9.*
11. *Laitano FF, Teixeira LF, Siqueira EJ, Alvarez GS, Martins PDE, Oliveira MPD. Uso de retalho cutâneo para reconstrução nasal após ressecção neoplásica. Rev Bras Cir Plast. 2012;27(2):217-22.*
12. *Menick FJ. Practical details of nasal reconstruction. Plast Reconstr Surg. 2013;131(4):613e-30e.*
13. *Passini AP, Agacy RO, Tissiani LAL, Albano AM. Reconstrução da pálpebra superior com retalho médio-frontal em tempo único associado a tarsorrafia lateral permanente. Rev Bras Cir Plást. 2009;24(2):252-5.*
14. *Quintas RCS, Araújo GP, Medeiros Junior JHGDM, Quintas LFFM, Kitamura MAP, Cavalcanti ELF, et al. Reconstrução nasal complexa: opções cirúrgicas numa série de casos. Rev Bras Cir Plást. 2013;28(2):218-22.*

Pioderma gangrenoso: complicación severa tras cirugía de contorno corporal

Pyoderma gangrenosum: severe complication after body contouring surgery

Dr. Matías Del Río[1], Dra. Josefina Gazmuri[1], Dr. José Ramón Rodríguez[1,2]

RESUMEN

El pioderma gangrenoso (PG) es una enfermedad cutánea inflamatoria poco frecuente, caracterizada por lesiones que evolucionan rápidamente hacia úlceras dolorosas y expansivas. Representa un desafío diagnóstico y terapéutico significativo, ya que con frecuencia se confunde con otras afecciones ulcerativas, especialmente infecciosas. Este error diagnóstico dificulta considerablemente el manejo eficaz del PG, el cual típicamente requiere un inicio oportuno de terapias inmunosupresoras o, más recientemente, inmunomoduladores. Describimos el caso de un paciente masculino de 47 años que desarrolló PG como complicación posterior a una lipoabdominoplastia, presentando lesiones ulcerativas extensas en la zona quirúrgica. Inicialmente se asumió un origen infeccioso, por lo que recibió múltiples esquemas antimicrobianos y desbridamientos quirúrgicos, con empeoramiento progresivo de las lesiones y compromiso sistémico. Una vez sospechado el PG e iniciado el tratamiento adecuado, se logró un rápido control de la enfermedad, lo que permitió la cicatrización de las heridas y la posterior realización de injertos cutáneos. Este caso resalta la importancia crítica del reconocimiento y tratamiento precoz del PG para mejorar el pronóstico y reducir la morbilidad y mortalidad asociadas.

Palabras clave: pioderma gangrenoso, lipoabdominoplastia, úlcera cutánea, retraso del tratamiento, terapia de inmunosupresión, inmunomodulación.

ABSTRACT

Pyoderma gangrenosum (PG) is a rare inflammatory skin disorder characterized by cutaneous lesions that rapidly evolve into painful, expanding ulcers. It poses significant diagnostic and therapeutic challenges, often being mistaken for other ulcerative conditions, particularly infection. Such misdiagnosis greatly hinders effective management of PG, which typically requires timely initiation of immunosuppressive, or more recently, immunomodulatory therapies. This report details the case of a 47-year-old male that developed PG as a complication following lipoabdominoplasty, presenting extensive ulcerative lesions at the surgical site. Initially presumed to be of infectious origin, the patient underwent multiple courses of antimicrobial therapy and surgical debridements, leading to continuous worsening of lesions and systemic compromise. Once PG was suspected and correct treatment was initiated, rapid disease control was achieved, enabling wound healing and subsequent skin grafting. This case underscores the critical importance of early recognition and treatment in PG, allowing improved outcomes and minimizing mortality and morbidity.

Key words: pyoderma gangrenosum, lipoabdominoplasty, skin ulcer, treatment delay, immunosuppression therapy, immunomodulation.

REVISTA ARGENTINA DE CIRUGÍA PLÁSTICA 2025;31(4):178-181. HTTPS://DOI.ORG/10.32825/RACP/202504/0178-0181

INTRODUCCIÓN

El pioderma gangrenoso (PG) es una dermatosis inflamatoria no infecciosa que se presenta como una afección cutánea ulcerativa crónica[1,2]. Pertenece al espectro de las dermatosis neutrofílicas, un grupo de enfermedades caracterizadas por la acumulación de neutrófilos maduros en la piel[3]. Es una enfermedad poco común, con una incidencia estimada de 3 a 10 casos por millón de personas por año. Afecta a personas de todas las edades, mayormente entre los 20 y 50 años, con una leve predominancia en mujeres[2]. Aunque su fisiopatología aún no está completamente esclarecida, la evidencia sugiere una disfunción tanto del sistema inmune innato como del adaptativo[4].

El PG puede presentarse de forma aislada, como parte de síndromes, o asociado a enfermedades sistémicas como la enfermedad inflamatoria intestinal, neoplasias hematológicas y enfermedades reumatológicas[2,3]. También se asocia a heridas quirúrgicas debido a la patergia, una respuesta cutánea exagerada ante traumatismos menores[2].

Clínicamente, el PG se presenta de varias formas, siendo su variante clásica (ulcerativa) la más frecuente, que representa el 85% de los casos[1]. Se manifiesta como una pápula, pústula o nódulo que evoluciona rápidamente hacia una úlcera dolorosa de expansión acelerada[5,6]. Estas úlceras se caracterizan por un centro necrótico friable con exudado hemorrágico o purulento, bordes eritemato-violáceos socavados y un halo eritematoso circundante[1,2]. Aunque las extremidades inferiores son las más frecuentemente afectadas, cualquier área del cuerpo puede verse comprometida[6].

El PG representa un desafío diagnóstico y terapéutico, ya que tradicionalmente ha sido considerado un diagnóstico de exclusión y no cuenta con guías estandarizadas de tratamiento[1,5].

Se presenta un caso de PG como complicación de una cirugía estética, con el objetivo de destacar la importancia de un diagnóstico preciso y precoz, dado su impacto directo en la elección del tratamiento y en el pronóstico del paciente.

1. Departamento de Cirugía Plástica, Escuela de Medicina, Pontificia Universidad Católica de Chile, Santiago, Chile
2. Miembro Titular de la Sociedad Chilena de Cirugía Plástica

✉ **Correspondencia:** Josefina Gazmuri. josefina.gazmuri@gmail.com

Los autores no declaran conflictos de intereses

Recibido: 07/10/2025 | Aceptado: 14/11/2025

Figura 1. Noveno día postoperatorio. Presencia de dolor, eritema y necrosis superficial perilesional.

Figura 2. Tres semanas después de la cirugía. Progresión de las lesiones, con compromiso del tejido subcutáneo y exposición de la aponeurosis.

Figura 3. Un mes de evolución. Aumento en la extensión del defecto cutáneo.

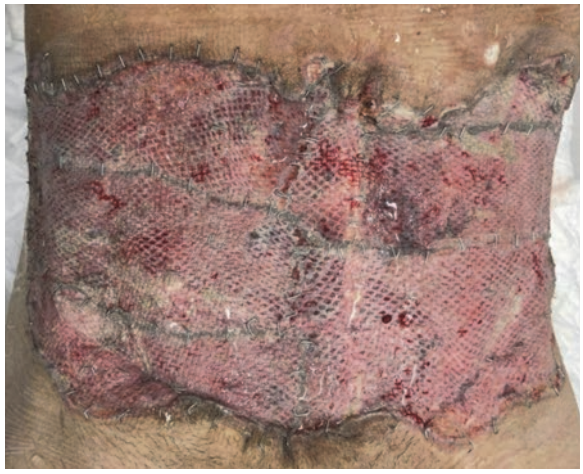


Figura 4. Día 60 postoperatorio. Injerto cutáneo de espesor parcial el día del alta hospitalaria.

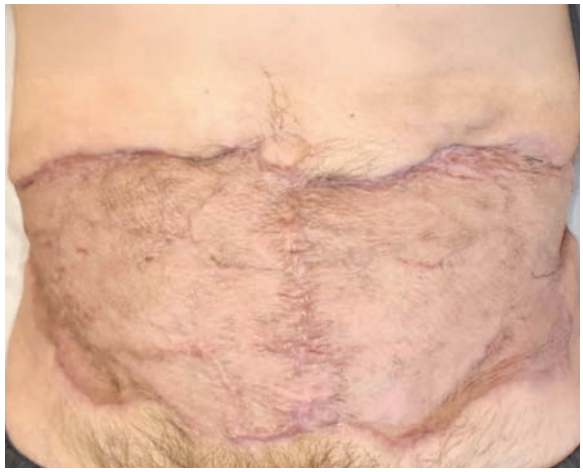


Figura 5. Resultado final, tres meses después del injerto cutáneo de espesor parcial.

CASO CLÍNICO

Un hombre sano de 47 años se sometió a una lipoabdominoplastia estética sin complicaciones inmediatas. Al noveno día postoperatorio presentó eritema, dolor y necrosis superficial en el área quirúrgica (**Figura 1**). Ante la sospecha de celulitis abdominal, se realizó una tomografía computarizada que evidenció extensa inflamación y edema, atribuidos parcialmente a cambios postoperatorios. Se inició tratamiento con amoxicilina-ácido clavulánico y el paciente fue dado de alta.

El paciente reingresó con fiebre, aumento del dolor, seroma abundante y proteína C reactiva (PCR) de 20 mg/dl, lo que motivó su hospitalización e inicio de piperacilina/tazobactam y vancomicina, junto con cura-

ciones diarias. A pesar de encontrarse inicialmente estable, la condición del paciente se deterioró, evolucionando con fiebre persistente, PCR de 40 mg/dl y progresión de las lesiones (**Figura 2**). Ante la sospecha de fascitis necrosante, se escaló el tratamiento antibiótico a imipenem y vancomicina, y se realizó desbridamiento quirúrgico. Durante el procedimiento se observó líquido seroso sin mal olor y bolsillos perilesionales, sin compromiso de fascia ni músculo. Se tomaron cultivos, que posteriormente informaron crecimiento de *Staphylococcus epidermidis* multisensible, y se instauró terapia de presión negativa (TPN).

A pesar de las intervenciones, el paciente evolucionó con inestabilidad hemodinámica que requirió drogas vasoactivas, ventilación mecánica invasiva, PCR persistentemente elevada, falla multiorgánica y empeoramiento de las lesiones cutáneas (**Figura 3**). El manejo incluyó desbridamientos quirúrgicos seriados con TPN, cultivos para gérmenes atípicos, hongos y micobacterias, y escalamiento del tratamiento a imipenem, clindamicina, daptomicina y anidulafungina, pese a que todos los cultivos permanecieron negativos. Una biopsia tomada durante el desbridamiento quirúrgico informó "posiblemente en contexto de pioderma gangrenoso", lo que motivó el inicio de metilprednisolona, colchicina e infliximab, con rápida estabilización hemodinámica y mejoría de las lesiones.

Tras ocho desbridamientos quirúrgicos, 46 días de hospitalización y terapia inmunosupresora agresiva, el defecto se cubrió con éxito mediante injertos de piel de espesor parcial tomados de los muslos y cubiertos con TPN. Los injertos se integraron completamente (**Figuras 4 y 5**), sin desencadenar patergia en los sitios donantes.

DISCUSIÓN

El diagnóstico de PG es complejo debido a la ausencia de criterios diagnósticos estandarizados y la variedad de condiciones que simulan esta patología, incluyendo infecciones, enfermedades vasculares, neoplasias, vasculitis, lesiones tisulares exógenas y manifestaciones de enfermedades autoinmunes[2,6].

Para facilitar el diagnóstico, Su et al. propusieron criterios diagnósticos en 2004, seguidos por el puntaje PARACELSUS en 2018. Sin embargo, ambos enfoques mantuvieron el PG como diagnóstico de exclusión[4]. En 2018, Maverakis et al. publicaron criterios de consenso que exigían una biopsia lesional con infiltrado neutrofílico en el borde ulcerado, lo cual retrasa el diagnóstico y el tratamiento[5].

Existe la falsa creencia de que el PG es una enfermedad autolimitada con lesiones de extensión limitada. Sin embargo, si no se diagnostica de manera oportuna, puede impactar significativamente la morbilidad y mortalidad, con una tasa de mortalidad tres veces mayor que la población general[7]. En sus formas más graves, puede provocar compromiso sistémico y hemodinámico[8].

El manejo del PG presenta dificultades debido a la ausencia de guías universalmente aceptadas[1]. El tratamiento combina cuidado de heridas, la evitación de factores desencadenantes, control del dolor y uso de tratamientos tópicos y/o sistémicos, siendo la inmunosupresión la piedra angular[6,7]. Las lesiones pequeñas pueden responder a terapia tópica con corticosteroides, inhibidores de la calcineurina e inyecciones intralesionales, mientras que los casos graves requieren inmunosupresores sistémicos como corticosteroides y ciclosporina[1,9]. El desarrollo de las terapias biológicas está cambiando el tratamiento desde una inmunosupresión generalizada hacia una inmunomodulación dirigida, donde los inhibidores del factor de necrosis tumoral alfa, especialmente infliximab, son los más prometedores[4]. Aunque las terapias invasivas como la TPN e injertos cutáneos conllevan riesgo de patergia, constituyen una opción viable cuando se combinan con inmunosupresión para controlar la respuesta inflamatoria inherente a la enfermedad[10].

Como se destacó anteriormente, el tratamiento del PG incluye estrategias que difieren considerablemente del de otras úlceras cutáneas, especialmente las de origen infeccioso. Por lo tanto, un diagnóstico certero es fundamental para guiar el manejo adecuado. El desbridamiento quirúrgico, habitual en otras condiciones, puede ser catastrófico en el PG al desencadenar patergia[1]. Por el contrario, los tratamientos inmunosupresores están contraindicados en presencia de infecciones activas o neoplasias malignas[5]. La biopsia de tejidos y los cultivos son herramientas fundamentales para establecer el diagnóstico diferencial[8]. No obstante, los cultivos positivos no descartan el PG, ya que puede coexistir una sobreinfección o contaminación de la muestra, como ocurrió en nuestro caso. Es crucial mantener un alto índice de sospecha, con indicadores clave que incluyen dolor intenso, progresión rápida de la lesión, falta de respuesta a antibióticos y empeoramiento tras desbridamiento quirúrgico[6].

El retraso en el diagnóstico y tratamiento deteriora significativamente la calidad de vida del paciente, su salud mental y capacidad laboral[9]. Además, puede llevar a complicaciones estéticas como cicatrices y desfiguración, así como secuelas funcionales a largo plazo[2,7].

CONCLUSIONES

El PG es una enfermedad cutánea poco frecuente pero potencialmente grave, en la que el desconocimiento incrementa el riesgo de diagnósticos erróneos y manejo inadecuado.

Debe considerarse dentro del diagnóstico diferencial de lesiones que no mejoran a pesar de un tratamiento infeccioso adecuado.

El diagnóstico precoz y el tratamiento oportuno son fundamentales para detener la progresión y evitar intervenciones innecesarias que puedan agravar el cuadro.

BIBLIOGRAFÍA

1. *George C, Deroide F, Rustin M. Pyoderma gangrenosum - a guide to diagnosis and management. Clin Med (Lond). 2019;19(3):224–8. Disponible en: https://doi.org/10.7861/clinmedicine.19-3-224*
2. *Ruocco E, Sangiuliano S, Gravina AG, Miranda A, Nicoletti G. Pyoderma gangrenosum: an updated review. J Eur Acad Dermatol Venereol. 2009;23(9):1008–17. Disponible en: https://doi.org/10.1111/j.1468-3083.2009.03199.x*
3. *Marzano AV, Damiani G, Ceccherini I, Berti E, Gattorno M, Cugno M. Autoinflammation in pyoderma gangrenosum and its syndromic form (pyoderma gangrenosum, acne and suppurative hidradenitis). Br J Dermatol. 2017;176(6):1588–98. Disponible en: https://doi.org/10.1111/bjd.15226*
4. *Tan MG, Tolkachjov SN. Treatment of Pyoderma Gangrenosum. Dermatol Clin. 2024;42(2):183–92. Disponible en: https://doi.org/10.1016/j.det.2023.12.002*
5. *Maverakis E, Ma C, Shinkai K, Fiorentino D, Callen JP, Wollina U, et al. Diagnostic Criteria of Ulcerative Pyoderma Gangrenosum: A Delphi Consensus of International Experts. JAMA Dermatol. 2018;154(4):461–6. Disponible en: https://doi.org/10.1001/jamadermatol.2017.5980*
6. *Ahronowitz I, Harp J, Shinkai K. Etiology and management of pyoderma gangrenosum: a comprehensive review. Am J Clin Dermatol. 2012;13(3):191–211. Disponible en: https://doi.org/10.2165/11595240-000000000-00000*
7. *Barbe M, Batra A, Golding S, Hammond O, Higgins JC, O'Connor A, et al. Pyoderma Gangrenosum: A Literature Review. Clin Podiatr Med Surg. 2021;38(4):577–88. Disponible en: https://doi.org/10.1016/j.cpm.2021.06.002*
8. *Sanchez IM, Lowenstein S, Johnson KA, Babik J, Haag C, Keller JJ, et al. Clinical Features of Neutrophilic Dermatosis Variants Resembling Necrotizing Fasciitis. JAMA Dermatol. 2019;155(1):79–84. Disponible en: https://doi.org/10.1001/jamadermatol.2018.3890*
9. *Dissemond J, Marzano AV, Hampton PJ, Ortega-Loayza AG. Pyoderma Gangrenosum: Treatment Options. Drugs. 2023;83(14):1255–67. Disponible en: https://doi.org/10.1007/s40265-023-01931-3*
10. *Almeida IR, Coltro PS, Gonçalves HO, Westin AT, Almeida JB, Lima RV, et al. The role of negative pressure wound therapy (NPWT) on the treatment of pyoderma gangrenosum: A systematic review and personal experience. Wound Repair Regen. 2021;29(3):486–94. Disponible en: https://doi.org/10.1111/wrr.12910*

Estrategias de enseñanza, actividades, recursos y evaluación en cirugía plástica

Teaching strategies, activities, resources and evaluation in plastic surgery

Dr. Patricio F. Jacovella

RESUMEN

Se presentan las siguientes etapas del planeamiento educativo: estrategias docentes, actividades de los educandos, recursos humanos y físicos para la enseñanza de cirugía plástica de postgrado y evaluación. Se mencionan ejemplos de experiencias.

Palabras clave: actividades estratégicas, recursos, evaluación, cirugía plástica.

ABSTRACT

The following educational planning steps regarding plastic surgery are considered: teaching strategies, students activities, human and material resources for plastic surgery post graduate level and evaluation. Experiences' examples are mentioned as well.

Key words: strategies activities, resources, evaluation, plastic surgery.

REVISTA ARGENTINA DE CIRUGÍA PLÁSTICA 2025;31(4):182-191. HTTPS://DOI.ORG/10.32825/RACP/202504/0182-0191

1. INTRODUCCIÓN

Una vez redactados los objetivos de aprendizaje y/o definidas las competencias profesionales, con los contenidos educativos redactados, se pasa a la siguiente etapa del planeamiento, para precisar la manera en que los destinatarios de la educación lograrán adquirir las conductas previstas. Se determinan, entonces, los posibles cursos de acción para alcanzar los resultados esperados.
Las **estrategias** constituyen la forma en la que el cuerpo docente planifica el desarrollo de la enseñanza.
Las **actividades** son las acciones específicas que deben realizar los educandos según su nivel, de acuerdo con indicaciones del cuerpo docente.
Los **recursos** son los seres y elementos varios, necesarios para desarrollar las estrategias.
Es importante considerar que las estrategias, las actividades y los recursos son conceptos íntimamente relacionados. El cuerpo docente encargado de la enseñanza formula las competencias y/o los objetivos, selecciona y organiza los contenidos, decide las mejores estrategias para que los educandos, en este caso de postgrado, cumplan su cometido, propone las actividades posibles y estudia la disponibilidad de recursos humanos y físicos, de acuerdo con el número y calidad de quienes acceden a un programa, así como las posibilidades de factibilidad.

2. ESTRATEGIAS

Según el tamaño de los grupos de estudiantes, se deben elegir de acuerdo a la factibilidad de producir los mejores rendimientos. Existen varias clasificaciones, considerando la cantidad de educandos y los recursos tanto humanos como físicos para implementar el desarrollo.

2.1. ESTRATEGIAS CON GRUPOS GRANDES

Según Cirigliano y Villaverde[11], los grupos de educandos pueden dividirse en grandes y pequeños. Se consideran grupos grandes, a los fines pedagógicos, cuando el número es mayor de 15 o 20 personas.
Las siguientes son las estrategias propuestas para estos grupos:

2.1.1. Clase magistral o conferencia

Es la exposición verbal llevada a cabo por un disertante ante una audiencia, durante un lapso determinado[1,2].
La disertación puede estar acompañada de imágenes y o pizarrón. En general, en este tipo de estrategia no se aceptan preguntas durante el desarrollo, las cuales quedan para ser formuladas una vez concluida la disertación.

¿Cuándo se emplea?
Cuando el personal docente a cargo tiene los siguientes propósitos:

- Presentación del esquema general de una asignatura o módulo.
- Esclarecimiento de dudas conceptuales de temas controvertidos.

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 Jacovella. pjacovella@gmail.com

El autor no declara conflictos de intereses

Recibido: 09/10/2025 | Aceptado: 14/11/2025

- Integración de unidades temáticas.
- Ilustración sobre nuevas informaciones.
- Presentación de aportes individuales actualizados.
- Mantenimiento de la figura del docente como guía en el aprendizaje.

Críticas y desventajas

- Actitud relativamente pasiva en la recepción de la información.
- Interacción ente docentes y alumnos limitada a la clase específica.
- Escasa o nula retroalimentación inmediata.
- En muchos casos, el disertante repite textualmente capítulos de libros.

Preparación

La clase magistral debe responder a la formulación de los objetivos y/o determinación de las competencias, seguida de la selección de los contenidos.

Organización

Comprende tres etapas bien diferenciadas: introducción, desarrollo y conclusiones.

La **introducción** incluye: **a)** los propósitos de la clase y los objetivos educativos, que deben ser mencionados; **b)** un bosquejo de los contenidos que se verán; **c)** el marco de referencia, y **d)** un incentivo interesante para demostrar la importancia del tema y logar la motivación de los alumnos por aprender.

El **desarrollo** incluye: **a)** la presentación de conceptos importantes; **b)** la selección de hechos trascendentes; **c)** los sistemas hipotéticos y deductivos empleados con sus métodos de validación, y **d)** la comparación con otros sistemas conceptuales.

Las **conclusiones** incluyen: **a)** la consolidación de los puntos más importantes; **b)** la proposición de interrogantes para desarrollar una mentalidad creativa en los estudiantes; **c)** la evaluación de los objetivos propuestos, y d) un resumen de lo expuesto.

Evaluación

La retroalimentación por expresiones y signos no verbales, como interés, sorpresa, atención y desatención, permite al disertante contar con una evaluación parcial en tiempo real, es decir durante la conferencia[1].

La eficiencia de la clase depende del grado de preparación del docente y de su habilidad para despertar la atención. El discurso debe ser sencillo, comprensible y atractivo.

2.1.2. Simposio

Es la reunión de un equipo de expertos que desarrolla aspectos complementarios sobre un tema ante un grupo determinado, con el propósito de impartir información desde varios puntos de vista.

En cuanto a la preparación, el organizador selecciona 3 a 6 expositores y se reúne previamente con ellos para determinar su participación. Los expositores exponen durante 15 o 20 minutos, según el tiempo concedido, sobre aspectos complementarios previamente consensuados. Durante las disertaciones, no se permiten preguntas. Una vez finalizadas las exposiciones, el coordinador puede resumir lo más importante de cada presentación e invita al auditorio a preguntar, pero sin hacer debate.

Esta estrategia puede ser implementada durante congresos médicos de especialidades, o como estrategia única, para ciertos temas puntuales que requieren atención especial.

2.1.3. Clase dialogada

Consiste en la exposición verbal, habitualmente con el apoyo de imágenes y pizarrón. A diferencia de la clase magistral, el docente permite preguntas y hasta dialoga con los presentes durante el desarrollo. Puede interrogar a los asistentes de manera selectiva o invitando a levantar la mano para responder, de manera de lograr motivación y atención.

Tiene la ventaja de permitir mayor intercambio durante la experiencia. Como desventaja, puede señalarse que no todos los integrantes del grupo pueden participar de igual manera, por la ubicación cercana o lejana con el disertante, cuando la cantidad de alumnos es excesiva.

En cuanto a preparación y organización deben tenerse en cuenta las mismas sugerencias que para una clase magistral.

La evaluación formativa es más dinámica durante el desarrollo y depende del grado de participación del alumnado.

2.2. ESTRATEGIAS PRESENCIALES CON GRUPOS REDUCIDOS

2.2.1. Demostración didáctica

Especialmente útil para la enseñanza de procedimientos que permitan a los educandos adquirir habilidades y destrezas. Consiste en la exhibición de la manera práctica de realizar una técnica, como por ejemplo maniobras semiológicas para la evaluación de casos puntuales. Se pueden incluir cámaras de video para proyección en tiempo real. El docente muestra cómo se realiza una técnica quirúrgica y los residentes observan[1].

Esta técnica debe ser complementada con actividades prácticas de los residentes, en grupos pequeños o de manera individual, por ejemplo, durante una cirugía programada.

2.2.2. Dinámica de grupos

Desde el punto de vista de las experiencias de aprendizaje, pueden ser de 4 o 5 hasta 15 o 20 personas[2,11].

Desde el punto de vista pedagógico, presenta una serie de ventajas de marcada significación para una amplia variedad de aprendizajes. Aprovecha el movimiento de la personalidad que cada integrante manifiesta en

la interacción. No interesa tanto la solución definitiva de un problema planteado sino el camino recorrido para intentar llegar a una meta. De esto se desprende el valor formativo de estas técnicas[7].
Constituyen una muy buena estrategia para discusión en congresos médicos, ya que permite estimular el acto creativo tanto de residentes y como docentes.

Ventajas para los educandos:
- Posibilidad de participar intensamente.
- Expresar sus puntos de vista e intercambiar opiniones.
- Satisfacer necesidades sociales de aceptación, tolerancia y respeto.
- Ejercer la capacidad de iniciativa en la participación.

Ventajas para los educadores:
- Oportunidad de poner en práctica situaciones vivenciales.
- Conocer las características del grupo humano.
- Guiar a los alumnos mediante constante retroalimentación.

Las siguientes son algunas de las técnicas grupales frecuentemente usadas:

2.2.3. Mesa redonda
Es la reunión de un equipo de expertos en determinado tema que sostienen puntos divergentes, como por ejemplo "opciones técnicas en rinoplastias estéticas primarias". El número de disertantes es de 3 a 6, con un coordinador.
- **Preparación:** el organizador elige 3 a 6 expertos y designa un coordinador.
- **Organización:** el coordinador se reúne previamente con los disertantes y define la dinámica del desarrollo, como orden de exposiciones y duración de estas.
- **Desarrollo:** el coordinador comienza explicando brevemente la dinámica, menciona el tema y presenta a los expositores. Cada orador debe hablar entre diez y quince minutos promedio, según instrucciones acordadas. Finalizadas las exposiciones, el coordinador destaca los aspectos más importantes y cede la palabra a cada orador para que en tres a cinco minutos intercambien opiniones entre ellos, pero siempre de manera coordinada. Por último, el auditorio tiene derecho a realizar preguntas, pero sin que se desarrolle un debate. El coordinador finaliza con un resumen y cierra el acto.

2.2.4. Panel de discusión
Un equipo de expertos discute un tema en forma de diálogo ante un grupo[11]. La diferencia con otras técnicas radica en que, en el panel de discusión, los expertos no exponen de manera formal, sino que dialogan, debaten y discuten sobre un determinado tema. La conversación es de tipo informal, sin perder las reglas de la buena educación y respeto.
- **Preparación:** el comité académico organizador elige un coordinador y 4 a 6 expertos sobre un tema determinado.
- **Organización:** el coordinador se reúne con los expertos elegidos y da las pautas de desarrollo
- **Desarrollo:** el coordinador o moderador inicia la sesión, presenta a los oradores y formula la primera pregunta. Cualquiera de los expertos inicia la conversación y así se entabla un diálogo. Permanentemente el coordinador orienta el debate para evitar que se vayan del tema principal y finaliza con las conclusiones.

2.2.5. Sistema tutorial
Es una situación vivencial en la que los educandos acompañan al docente prácticamente durante toda la jornada educativa y en todas sus actividades asistenciales.
El concepto fue desarrollado por Santas[24] en la Universidad de Buenos Aires y es aplicable en varias especialidades. Así, por ejemplo, un instructor muestra la manera de asistir pacientes en los variados escenarios de aprendizaje: consultorios externos, salas de internación y quirófanos. Finalizada la mostración, supervisa la atención real por parte de los educandos, con la consiguiente retroalimentación.
Si bien exige al docente mayor compromiso y dedicación en comparación con una clase teórica, permite que el educando pueda desarrollar actitudes y destrezas, como asimismo intercambiar opiniones en tiempo real.
En el caso de residencias, es el sistema ideal de acompañamiento permanente de los jóvenes médicos en el desarrollo de sus competencias.

2.2.6. Ateneos clínicos
Son estrategias de gran aporte, ya sea para tratamientos previamente realizados, con evaluación de lo que sucedió, con las críticas y elogios correspondientes, como asimismo la discusión respecto a decisiones en casos prospectivos. El intercambio de ideas permite aunar soluciones adecuadas y constituyen un elemento de prueba en sede judicial ante posibles litigios, siempre que se confeccione un informe escrito de lo acontecido[1].

2.2.7. Ateneos bibliográficos
Se basan en la búsqueda bibliográfica y la lectura crítica de artículos de actualidad sobre un tema, publicados en revistas con revisión de pares evaluadores. Permiten ejercitar la expresión oral y el debate en grupos. El propósito es adquirir conocimientos actualizados, la formación de hábitos de lectura sistemática y el desarrollo de habilidades de comunicación entre pares.

2.2.8. Observación de intervenciones de archivo
El actual desarrollo de la informática ha permitido el

almacenamiento de gran cantidad de videos educativos sobre intervenciones quirúrgicas. Esta estrategia permite que cada residente pueda ver detalles de técnicas quirúrgicas previamente almacenadas y hasta registrar sus propios progresos[23].

2.3. ESTRATEGIAS DE EDUCACIÓN A DISTANCIA

La educación a distancia es una técnica aplicada mediante diversos medios, destinada al logro de objetivos de aprendizaje a través de una relación docente-alumno de manera temporal y espacial peculiar[10].
Sus características son las siguientes:

- Brindar oportunidades educativas a amplios sectores de la población estudiantil, que no pueden acceder a la modalidad presencial.
- Adaptarse a condiciones de situación de los estudiantes como ritmo de estudio y estados personales como salud y trabajo.
- Satisfacer rápidamente las necesidades de una determinada población.
- Disminuir los costos en relación docente-alumno.

El actual desarrollo de los programas de computación y de las redes permite llegar a gran cantidad de alumnos y se considera un verdadero sistema educativo con grandes proyecciones en el futuro.
Nota: el uso de plataformas digitales es una estrategia; el soporte físico de las mismas es un recurso. En el apartado recursos, se presentarán algunos ejemplos.
Es importante considerar que la educación a distancia no compite con la modalidad presencial, sino que la complementa, pudiendo combinarse de la manera adecuada al tipo de enseñanza que se decida.

2.4. SELECCIÓN DE ESTRATEGIAS

Lo más importante es que los responsables de la enseñanza sean creativos y estén comprometidos con su función. La mejor estrategia es la que logra el cumplimiento de los objetivos y competencias de una manera afectiva.
Deben contemplarse los demás pasos del planeamiento educativo, junto con la factibilidad de implementación del proceso.
Como sugerencia puede decirse que cuanto más vivencial y participativa sea la experiencia, mejores serán los resultados.

3. ACTIVIDADES

Todas las acciones son consideradas actividades en relación con las estrategias elegidas. Así, por ejemplo, durante una clase magistral o proyección de un video como estrategias, la atención selectiva es una actividad de cada alumno.
Integran también el conjunto de actividades, las siguientes tareas: discusión de grupos, asistencia de pacientes en consultorios externos, actuación como cirujanos y ayudantes, redacción de monografías, confección de historias clínicas, concurrencia a biblioteca para búsqueda bibliográfica y estudio independiente, entre otras.

3.1. ACTIVIDADES ASISTENCIALES

- Atención supervisada de pacientes en consultorios externos.
- Curación de pacientes ambulatorios e internados.
- Actuación como observador, ayudante y cirujano en intervenciones quirúrgicas específicas programadas y de urgencia, según complejidad creciente.
- Colaboración en interconsultas.
- Atención en guardias activas y pasivas.

3.2. ACTIVIDADES ACADÉMICAS

- Participación activa en ateneos.
- Asistencia a clases dialogadas y otras experiencias docentes.
- Asistencia a eventos científicos relacionados con especialidades.
- Participación en la redacción de artículos científicos.
- Confección de monografías.

3.3. ACTIVIDADES ADMINISTRATIVAS

- Confección de historias clínicas y documentación pertinente.
- Toma de fotografías de pacientes como elementos de prueba.
- Actualización del archivo de base de datos informatizado.

4. RECURSOS

Son los seres y elementos materiales necesarios para que el cuerpo docente implemente sus estrategias y los educandos, residentes, concurrentes o becarios desarrollen sus actividades para lograr alcanzar sus objetivos educativos y/o competencias. Pueden clasificarse en humanos y físicos. Los recursos humanos son el plantel de profesores y auxiliares docentes, los pacientes internados, el plantel de enfermería y el personal técnico administrativo que colabora con la enseñanza. Los recursos físicos son todos los elementos materiales desde el edificio hasta los específicos como pizarrón y sistemas informáticos[4].

4.1. RECURSOS HUMANOS

4.1.1. Docentes

Uno de los recursos humanos considerado esencial es el cuerpo docente. Independientemente de su jerarquía académica, todos deben tener vocación por la enseñanza y ser ejemplos para sus educandos. Es deseable que cuenten con una carrera docente de formación pedagógica específica para medicina y una gran disposición

para adaptarse a los cambios permanentes de actualización.
En todo planeamiento debe especificarse el número y la calidad de docentes necesarios según el diagnóstico de situación. La falta de planeamiento lleva a la improvisación e impide una buena formación. Se sugieren las siguientes cualidades:

- Ser capaz de incentivar a los educandos.
- Ser idóneo para planificar aprendizajes significativos.
- Brindar claridad en la organización del aprendizaje.
- Tener competencia médica en el ciclo que enseña.

4.1.2. Pacientes

Cumplen un papel importantísimo dentro de los recursos humanos, como protagonistas de gran relevancia en el planeamiento educativo. Por lo expresado, es imprescindible tratarlos con la consideración que merecen.

4.1.3. Personal técnico y administrativo

Se refiere a las personas encargadas de acondicionar los ambientes de enseñanza de manera adecuada a la estrategia docente a implementar. Incluye al personal a cargo de las conexiones de proyectores multimedia y la disposición de otros elementos para lograr la enseñanza, así como la preparación de quirófanos en casos de trasmisión de intervenciones.
Asimismo, es importante contar con personas que se encarguen de la recepción, inscripción, control de asistencia y confección de certificados, entre otras tareas importantes.
La correcta administración es parte del éxito o fracaso, aun con excelentes intenciones por parte del cuerpo docente, razón por la cual debe ser siempre tenida en cuenta.

4.2. RECURSOS FÍSICOS

Argente[4] los clasifica en convencionales, audiovisuales y relacionados con las técnicas de información y comunicación como, por ejemplo:

- Edificio de la facultad u hospital donde se desarrolla la enseñanza[21].
- Aulas adecuadas con ambientes confortables[21].
- Medios audiovisuales.
- Iluminación y sonido adecuados.
- Proyectores multimedia.
- Material audiovisual para proyectar.
- Salas de internación hospitalaria[21].
- Consultorios externos[21].
- Quirófanos[21].

4.2.1. Plataformas educativas digitales

El avance tecnológico en cuanto a informática es permanente y en el momento de esta publicación, lo más probable es que la información esté desactualizada. Actualmente existen plataformas educativas que permiten el intercambio permanente entre docentes y alumnos[10,23].
Se describen algunas plataformas digitales usadas en medicina, quedando a cargo de los directores de programas la elección de las más adecuadas al planeamiento educativo elegido, según la población destinataria.
Nota: la cantidad actual de plataformas excede el alcance de este capítulo, razón por la cual solamente se mencionan algunos ejemplos.

Plataforma Zoom ®

Se trata de un servicio de videoconferencia a través de internet, que se puede usar para reuniones virtuales con otras personas, ya sea por video, audio o ambos, en tiempo real. Permite grabar esas sesiones para verlas más tarde[20].

Plataforma Google Meet ®

Se trata de un servicio de videoconferencias a través de internet, enfocado al entorno laboral y educativo. Permite la reunión virtual con varias personas en tiempo real[17].

Plataforma MOODLE ®

El término MOODLE[22] es un acrónimo del idioma inglés: *Modular Object Oriented Dynamic Learning Environment*. Significa entorno de aprendizaje modular dinámico orientado hacia un objeto. La plataforma permite enviar y recibir información en diferentes formatos como, por ejemplo, archivos de texto, imágenes y sonido, entre otros, con la ventaja de contar con registros de todo lo actuado. Los estudiantes pueden acceder a los materiales didácticos a través de un aula virtual, dentro del sitio provisto por los entes organizadores.

4.2.2. Bibliografía

La gran cantidad de publicaciones existentes en las bibliotecas reales y virtuales, permite hoy el fácil acceso a la información. Se trata de un excelente recurso que siempre debe ser tenido en cuenta. Universidades, hospitales y sociedades científicas poseen gran cantidad de libros, revistas médicas y tesis de doctorado, para su estudio y actualización permanente.
Es obligación de todo buen docente incentivar el hábito de la concurrencia a bibliotecas, para mantener una actualización permanente.

4.3. CRITERIOS DE ELECCIÓN DE ESTRATEGIAS, ACTIVIDADES Y RECURSOS

El diseño de estrategias, actividades educativas o experiencias de enseñanza, aprendizaje y recursos está íntimamente ligado al modelo de diseño curricular elegido[1].
El planeamiento educativo debe ser explícito al respecto, según el modelo de objetivos o competencias ele-

gido y en función del perfil deseado del egresado. No menos importante es la estricta coherencia con el sistema de evaluación.

Repasando los diseños curriculares clásicos a través de la historia, se puede aproximar, a modo ilustrativo, cuáles son las estrategias y actividades más pertinentes[3].

Así, por ejemplo, en un diseño técnico clásico basado en objetivos del área cognoscitiva, la clase magistral o exposición teórica en grandes grupos es una estrategia adecuada para que los educandos puedan cumplir con lo planificado para ellos. Una demostración didáctica sobre una técnica es adecuada para la observación en detalle de cada movimiento, para posteriormente desarrollar el área psicomotriz. Una dramatización es apropiada para el desarrollo del área socioafectiva que permita el cumplimiento posterior de objetivos actitudinales[3].

Por lo expresado toda experiencia de enseñanza y aprendizaje debe reunir las siguientes características:

- Permitir aplicar la conducta aprendida a situaciones concretas.
- Promover la reflexión, la creatividad, el juicio crítico y la participación activa.
- Facilitar la comunicación entre instructores, residentes y pacientes.
- Lograr profesional idóneo y ético.

5. EVALUACIÓN

Es la valoración de las conductas adquiridas a través del proceso de enseñanza y aprendizaje, mediante la comparación de los objetivos propuestos y/o competencias esperadas, con los resultados obtenidos. Es un proceso integral continuo y sistemático que mide el comportamiento de los estudiantes y a su vez la eficiencia de la enseñanza empleada[2].

El concepto alude a la realización en forma permanente, antes, durante y después de la experiencia, como proceso continuo[3].

5.1. CONCEPCIONES

La evaluación puede ser considerada según distintos puntos de vista: como juicio de expertos, como medición, como comparación entre objetivos educativos y resultados y como retroalimentación permanente.

Como juicio de expertos o evaluación subjetiva

Es la manera tradicional en la que los profesores juzgan las conductas de los educandos de acuerdo a puntos de vista personales, acerca de lo que "se debe saber". Si bien ha sido puesta en práctica en gran cantidad de propuestas educativas, las calificaciones pueden ser arbitrarias sin dar razones justificadas, en las que se emite una decisión personal.

Como medición objetiva con referencia a la norma

Se trata de la estadística aplicada a la educación. Los ejemplos más comunes son los exámenes con notas cuantificables. Si bien las calificaciones numéricas estimulan el progreso y la competencia, dejan de lado los aspectos afectivos.

Como comparación entre objetivos, competencias y resultados con referencia al criterio.

Es una concepción pedagógica que mide el rendimiento individual, en la que se valora el resultado y no el proceso para obtenerlo. Para su implementación se redacta una lista de objetivos educativos y de cada uno de ellos se diseña un ítem de prueba, estableciendo los niveles de exigencia para la aprobación.

Como retroalimentación permanente

Se trata de la comparación de las conductas inicial, intermedia y final, con la posterior emisión de un juicio de valor. Esta moderna concepción considera que se trata de un sistema integrado, con subsistemas de entrada, proceso y salida.

La valoración de la conducta de entrada al sistema de una experiencia se conoce como evaluación diagnóstica. Es la conducta que permite conocer de antemano el nivel del alumno, ya sea de grado o posgrado, mediante una prueba.

La valoración de la conducta intermedia, durante el proceso, se conoce como evaluación formativa o de ajuste.

Por último, la valoración de la conducta de salida es la llamada evaluación sumativa o de síntesis. Esta evaluación incluye el control del proceso y del producto. Permite conocer el rendimiento final del educando, sirve para promover al alumno, residente o concurrente y determina el nivel de egreso del sistema.

5.2. PROPÓSITOS

Las definiciones y conceptos contemplan el análisis de "qué se evalúa" y "a quién se evalúa". Con respecto a ¿qué se evalúa?, la respuesta es: conocimientos, actitudes, destrezas y competencias. La respuesta a la pregunta ¿a quién se evalúa?, es a la facultad, a las cátedras, a los docentes y a los educandos, como por ejemplo a los médicos residentes y concurrentes participantes de programas de postgrado.

Una buena evaluación permite no solamente valorar el rendimiento de quienes aprenden, sino que sirve para obtener datos importantes sobre una experiencia de aprendizaje determinada y su inserción en el sistema educativo. Es decir que debe tener las siguientes características: validez, seguridad, objetividad y practicidad[1].

De esta manera se aprovechan los resultados para perfeccionar futuras tareas a mejorar, modificar o cambiar[6,18].

La evaluación "del aprendizaje" mide el rendimiento del alumno. La evaluación "para el aprendizaje" ofrece retroalimentación a lo largo del proceso. La evalua-

ción "como aprendizaje" abarca los conceptos de "para" y "del", en la que el educando valora su progreso y reflexiona sobre su propio aprendizaje. De esta manera, es más abarcadora.
Como síntesis del concepto se puede afirmar que la evaluación es un juicio de valor que se basa en una comparación de lo realmente adquirido con lo que se debe haber adquirido[1].

5.3. CARACTERÍSTICAS DESEABLES DE UN SISTEMA DE EVALUACIÓN

Con el fin de definir los instrumentos de evaluación, el equipo pedagógico de docentes y asesores, debe contemplar que tengan cuatro características obligatorias e ineludibles: validez, seguridad, objetividad y practicidad [1].
Se consideran a continuación, las áreas de la conducta referentes al aprendizaje en un currículo por objetivos y/o competencias.

5.4. INSTRUMENTOS DE EVALUACIÓN DEL ÁREA COGNOSCITIVA

5.4.1. Pruebas orales de respuesta libre

Se solicita al alumno/residente/concurrente que exponga un tema a su elección o elegido por el docente y se escucha su exposición. Estas pruebas evalúan la capacidad de análisis de la pregunta, el ordenamiento de ideas y una síntesis, a la vez que permite al educando poner lo mejor de sí mismo. Como crítica se puede decir que el tiempo concedido es corto y quienes no tienen buena capacidad para hablar pueden sentirse inhibidos, a pesar de contar con los conocimientos necesarios.

5.4.2. Pruebas orales de respuesta orientada

El docente presenta ante el residente o concurrente una situación determinada, con pautas orientadoras, invitándolo a su resolución. Las ventajas radican en la posibilidad de transferencia teórica de conocimientos aplicada de manera más estructurada. Las desventajas son similares a las pruebas vistas en el apartado anterior.

5.4.3. Pruebas escritas de respuesta libre

Son exámenes de composición o ensayo, en los que el educando debe expresar su respuesta según el tema. Así por ejemplo se le puede solicitar que escriba sobre el tema: "Diagnóstico de quemaduras" o "Tratamiento inicial de quemaduras eléctricas". También se le puede solicitar que imagine una historia clínica completa sobre el tema, fundamentando sus decisiones.
Las ventajas de este instrumento son varias: no hay respuestas sugeridas, permite evaluar el proceso de jerarquización de ideas y reconoce la habilidad para organizar conceptos.

5.4.4. Pruebas escritas de respuesta orientada

Se realiza mediante preguntas específicas de base semiestructurada que presentan el problema específico a resolver.
Ejemplo 1. ¿Cómo evalúa los signos de pronóstico ante una quemadura?
Ejemplo 2. Paciente de sexo femenino de 40 años que después de una exposición al sol durante cuatro horas, al mediodía, en verano y en la playa, presenta enrojecimiento de hombros y espalda, con fuerte ardor espontáneo, que se agrava al tacto. ¿Cuál es su diagnóstico inicial? ¿Qué medidas adoptaría?

5.4.5. Pruebas escritas objetivas

Existen varias formas. Se presentan algunas sugerencias.

- Completar con una palabra o frase en el lugar en blanco.
- Contestar verdadero o falso de manera simple o con fundamento.
- Aparear las frases agrupadas en ambas columnas por su relación.
- Preguntas con respuestas de opción múltiple.

5.5. EVALUACIÓN DEL ÁREA SOCIOAFECTIVA

Se trata de la valoración de las actitudes del educando. Una actitud es una disposición personal común a los individuos, que los impulsa a reaccionar de manera favorable o desfavorable ante diferentes situaciones. La conducta implica un sentimiento, una aceptación o negación y una influencia hacia una acción.
Lo ideal es una evaluación continua, ya que deben observarse las conductas en diferentes momentos y en distintos escenarios.
Los siguientes son ejemplos de este tipo de evaluación.

5.5.1. Entrevistas

Una entrevista es un diálogo privado entre el educador y el educando, acerca de los temas que más le resultan de interés. Permite conocer el grado de afectividad e intercambiar ideas durante y después de la experiencia. Así por ejemplo, en educación de postgrado, las entrevistas de los postulantes a residencias médicas permiten evaluar el grado de compromiso manifestado. Si bien los graduados se preparan para las entrevistas, las actitudes pueden ser evaluadas y es una manera de conocer a la persona.

5.5.2. Guías de observación

Consisten en observar al residente, concurrente o pasante, en su desempeño diario. Se anotan sus reacciones ante diferentes situaciones, incluyendo momentos de descanso y en relación con sus compañeros. Es una herramienta muy útil en la evaluación del desempeño continuo de los residentes.

5.5.3. Escalas de actitudes

Consisten en la calificación de las actitudes según una escala prefijada, por ejemplo, del 1 al 5. Se pueden analizar las siguientes conductas: curiosidad,

objetividad, flexibilidad, apertura mental, espíritu crítico, creatividad y participación social, entre otras. El docente observa y confecciona una escala para cada residente.
Como complemento, el docente puede presentar una encuesta de reacciones a contestar de manera anónima, en la que cada educando expresa cómo se sintió durante determinada experiencia. Esta variante también permite evaluar al grupo en conjunto.

5.6. EVALUACIÓN DEL ÁREA PSICOMOTRIZ

5.6.1. Listas de control

Es una lista de palabras o frases que describen aspectos específicos del comportamiento a evaluar durante la observación personal de cada uno en su actuación diaria. La lista indica simplemente si la conducta está presente o no. Ejemplos: observación de un médico residente durante su primera intervención quirúrgica como cirujano y análisis de su conducta durante un examen físico[8].

5.6.2. Escalas de calificaciones

Son similares a las listas de control, pero en lugar de consignar SÍ o NO se especifica en qué grado aparece la conducta. Las opciones pueden ser: siempre, a veces, nunca, o bien con calificaciones de MB (muy bien), B (bien), R (regular) o D (deficiente).

5.7. EVALUACIÓN GLOBAL DE LAS TRES ÁREAS

5.7.1. Pruebas de actuación simulada

Se trata de dramatización de casos clínicos entre compañeros. Un grupo de médicos prepara una situación como si se tratara de un paciente y sus familiares y un compañero residente real los entrevista como consulta de primera vez.
El docente valora las hipótesis diagnósticas ante un caso teórico, mediante la observación detallada de las tres áreas. El observador docente puede inclusive registrar imágenes para evaluar en conjunto con el grupo, sacando conclusiones interesantes.
También es posible trabajar con simuladores para intervenciones quirúrgicas, para permitir y comprobar el desarrollo del área psicomotriz, antes de operar en pacientes reales[9].

5.7.2. Pruebas de actuación real

Es la observación de la actitud del residente o concurrente durante una entrevista clínica con un paciente. Lo ideal es observar conocimientos, actitudes y destrezas durante toda una rotación, residencia o concurrencia, para tener un concepto integral de las tres áreas de la conducta en el tiempo[8,12,14,20,25].
Valorar el trato hacia el paciente como persona y evaluar la formulación de un diagnóstico presuntivo y diagnósticos diferenciales ante casos reales, con formulación de hipótesis, discusión y fundamentos de cada conducta, constituyen una de las mejores estrategias de evaluación. En el caso de certificaciones de postgrado, algunos colegios médicos solicitan que el postulante a una especialidad deba entrevistar a un paciente real y eventualmente efectuar una intervención quirúrgica planificada, ante un tribunal examinador.
Las pruebas de actuación real pueden ser registradas en medios electrónicos, para discutirlas posteriormente con el evaluado y determinar ver el progreso[4,5,7].
En cuanto a evaluación de técnicas quirúrgicas y desempeño global, es importante establecer listas de control de maniobras detalladas, para determinar la evolución de cada residente hasta que pueda llegar a su autonomía.
Durante[16] representa de manera esquemática la teoría en la "Pirámide de Miller", en la que las acciones de complejidad creciente pueden ser demostradas: saber, saber cómo, demostrar y hacer.
En síntesis, las pruebas de actuación real durante el aprendizaje y al finalizar el mismo son consideradas de elección en la educación médica de posgrado.

5.7.3. Análisis de videos de cirugías

Permiten evaluar el progreso en cuanto a decisiones y maniobras quirúrgicas, mediante supervisión efectiva hasta que logre su autonomía gradual[5].
Asimismo, permiten brindar retroalimentación al residente, señalando cambios específicos deseables[13,14,15].

5.8. EVALUACIÓN GLOBAL DE COMPETENCIAS

5.8.1. Matriz de evaluación de componentes e instancias

Se presenta un esquema de los instrumentos de evaluación propuestos para un programa de formación de especialistas en cirugía plástica[19] (**Tabla 1**).

5.8.2. Matriz de componentes e instrumentos de evaluación (Tabla 2).

5.9. REFLEXIONES

La evaluación no debe ser un acto final, desprendido de las acciones propias del proceso de enseñanza y aprendizaje. Va más allá de la función de constatación y verificación de objetivos, competencias y contenidos que deben ser sometidos a un acto de control final por medio de exámenes.
La mejora en una evaluación comienza cuando cada docente se pregunta: ¿Qué enseño? ¿Cómo? ¿Qué pudieron aprender? ¿Qué hago para contribuir a un aprendizaje significativo?
La calidad depende del grado de pertinencia al objetivo evaluado y a las competencias, al considerar quiénes están involucrados y a la situación en que se ubiquen.
Si los docentes se centran en la manera en que están aprendiendo los alumnos más que en lo que ellos ense-

TABLA 1. Instancias de evaluación.

Competencias	Ingreso	Continuas	Pautadas
Conocimientos	Nivel previo	Consultorios externos Quirófanos Actividad académica	Exámenes parciales Examen final Examen final integrado
Habilidades clínicas	Nivel previo	Consultorios externos Quirófanos	Exámenes parciales Examen final
Destrezas quirúrgicas	Nivel previo de cirugía general	Consultorios externos Quirófanos	Observación detallada de cada intervención
Habilidades de comunicación	Nivel previo de cirugía general y carrera de medicina	Consultorios externos Quirófanos Actividad académica	Exámenes parciales Examen final Monografía
Profesionalismo		Consultorios externos Quirófanos	Observación diaria
Práctica basada en aprendizaje		Consultorios externos Quirófanos	Exámenes parciales
Pensamiento sistémico		Consultorios externos Quirófanos	Exámenes parciales

TABLA 2. Instrumentos de evaluación.

Competencia evaluada	Pruebas de desempeño	Pruebas escritas	Pruebas orales
Conocimientos	Observación	De opción múltiple Monografía	Resolución de casos
Habilidades clínicas	Observación		
Destrezas quirúrgicas	Observación Revisión videos		
Habilidades de comunicación	Observación	Monografía	Presentación de pacientes
Profesionalismo	Observación Encuestas		
Práctica basada en aprendizaje	Observación		Parciales
Pensamiento sistémico	Observación		

ñan, la evaluación puede dejar de ser un mero modo de constatar los logros de los estudiantes, para pasar a ser una herramienta que permita comprender el proceso y lograr retroalimentación.

Por todo lo expresado, se puede concluir que la evaluación es una etapa más del planeamiento educativo y quienes la efectúan deben estar debidamente capacitados no solamente en lo que enseñan, sino además en pedagogía, siendo conveniente el asesoramiento para cada instrumento a implementar[19].

Anijovich y Cappelletti[3], en una interesante publicación titulada "La evaluación como oportunidad", mencionan que, más allá de las pruebas y diferentes instrumentos puestos en práctica, es imprescindible programar, discutir y reflexionar sobre la evaluación antes de comenzar con la acción educadora.

En síntesis, la evaluación debe ser continua, bidireccional, acumulativa, múltiple, integrada en un contexto determinado, relacionada con los objetivos educativos y/o competencias propuestas y efectuada por docentes que, independientemente de su jerarquía académica, estén comprometidos con las ciencias de la educación, en función del principal protagonista de esta presentación: el médico que se está capacitando.

BIBLIOGRAFÍA

1. *Alvarez ME. Diseño de actividades educativas. En: Millán Nuñez-Cortés J, Palés Argullós y Morán Barrios J: Principios de educación médica. Madrid: Panamericana; 2015. p. 256-261.*
2. *Álvarez Gardiol E. Guía pedagógica para docentes de cirugía. Rosario: Editorial La Médica. 1973.*
3. *Anijovich R, Cappelletti G. La evaluación como oportunidad. Buenos Aires: Paidós; 2017. p. 13-18.*
4. *Argente HA. Recursos didácticos. En: Millán Nuñez-Cortés J, Palés Argullós J. y Morán Barrios J. Principios de educación médica. Madrid: Panamericana; 2015; p. 244-249.*
5. *Arribalzaga EB. El médico residente de cirugía: su formación. Buenos Aires: Dunken. 2019.*
6. *Arribalzaga EB, Jacovella PF, Algieri RD, et al. Maniobras básicas en cirugía: competencias evaluables. Buenos Aires: Akadia; 2014.*
7. *Beal GM, Bohle JM, Raudabaugh JN. Conducción y acción dinámica del grupo. Buenos Aires: Kapelusz; 1964.*
8. *Bello RJ, Sarmiento S, Meyer ML, et al. Understanding surgical resident and fellow perspectives on their performance feedback needs: a qualitative study. J Surg Educ. 2018; S 1931 -7204 (17) 30840-1.*
9. *Berner JE, Ewertz E. Bases teóricas del uso de simulación para el entrenamiento en cirugía. Rev Chil Cir. 2018;70(4):382-388.*
10. *Camps Ferrer R. Educación a distancia: "e-learning". El campus virtual. En: Millán Nuñez-Cortés J y Palés Argullós JL: Principios de educación médica. Madrid: Panamericana; 2015. p. 122-132.*
11. *Cirigliano FJ, Villaverde A. Dinámica de grupos y educación. Buenos Aires: Lumen; Humanitas, 1997.*
12. *Darzi A, Smith S, Taffinder N. Assessing operative skills. BMJ 1999;318:887-888.*
13. *Dehdia PH, Barrett M et al. Intraoperative feedback: a video based analysis of faculty and resident perception. J Am Coll Surg. 2017;225(4S1):S177.*

14. *Dickinson I, Watters D, Graham I, Montgomery P, Collins J. Guide to the assessment of competence and performance in practising surgeons. ANZ J Surg. 2009;79:198-204.*
15. *Dominguez LC, Ureña N y col. Autonomía y supervisión del residente de cirugía: ¿se cumplen las expectativas en el quirófano? Educ Med. 2018;19 (4):208-216.*
16. *Durante E. Algunos métodos de evaluación de las competencias: escalando la pirámide de Miller. Rev Hosp Ital B Aires. 2006;26:55-61.*
17. *Google Meet. Plataforma educativa. https: //meet.google.com*
18. *Green CA. O'Sullivan P, Kim E, Cher H. Role of video documentation and video portfolios for surgical trainees. J Am Coll Surg. 2017;22S(4S1):S180-81.*
19. *Jacovella PF. Evaluación. En: Dirección Asociada de Docencia e Investigación del Hospital de Clínicas: Docencia e investigación en salud Programas Educativos. Buenos Aires: Akadia; 2022;7:67-77.*
20. *Jacovella PF, Pistán MA, Bomba A, Diedrich C, Crespo G, Arribalzaga EB. Plataforma educativa virtual: ¿moda o necesidad? Rev Asoc Méd Argent. 2014;127(1): 20-26.*
21. *Millán Nuñez-Cortés J. El hospital como centro docente. En: Millán Nuñez-Cortés J y Palés Argullós JL. Principios de educación médica. Madrid: Panamericana; 2015. p. 293-300.*
22. *Moodle. Plataforma educativa. https://moodle.orgSanchez-Barceló E.J. Las nuevas tecnologías. En: Millán Nuñez-Cortés J y Palés Argullós JL: Principios de educación médica. Madrid: Panamericana; 2015. p. 249-256.*
23. *Santas AA. Función de la residencia en la formación del médico. Rev Argent Cirug. 1966;10:43-45.*
24. *Sturm E, Mellinger JD, et al. An appreciative inquiry approach to the core competencies: taking it from theory to practice. J Am Coll Surg 2017;225 (4S1):S184.*

Recuerdos y anécdotas del doctor Héctor Marino: quinta parte

Memories and anecdotes of Dr. Héctor Marino: Part 5

Dr. Ricardo J. Losardo

RESUMEN

El Dr. Héctor Marino relata su experiencia cuando estuvo a cargo de la Sala VII (Servicio de Cirugía Plástica) del Hospital Rawson y luego como jefe del Servicio de Cirugía Plástica en el Hospital Municipal de Oncología. A continuación, menciona su actuación en el Hospital Nacional "Baldomero Sommer" de General Rodríguez y su llegada a través de la Orden de Malta. Finalmente, comenta algunas situaciones personales vividas en estas tres instituciones y los colegas que las protagonizaron.

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

ABSTRACT

Dr. Héctor Marino recounts his experience as head of Ward VII (Plastic Surgery Department) at Rawson Hospital and later as head of the Plastic Surgery Department at the Municipal Oncology Hospital. He then discusses his work at the "Baldomero Sommer" National Hospital in General Rodríguez and his arrival there through the Order of Malta. Finally, he discusses some personal experiences he has experienced at these three institutions and the colleagues who have been involved in them.

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

REVISTA ARGENTINA DE CIRUGÍA PLÁSTICA 2025;31(4):192-196. HTTPS://DOI.ORG/10.32825/RACP/202504/0192-0196

INTRODUCCIÓN

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

Marino escribió en sus últimos años tres crónicas de viajes (1935, 1938 y 1944-1945) así como recuerdos y anécdotas de distintas épocas de su vida[3-6]. *A continuación, transcribimos, con algunos retoques, dos de ellas que llevan los títulos "Mi Sala VII del Hospital Rawson y el Hospital Oncológico" y "Hospital de General Rodríguez y la Orden de Malta".*

*En la primera anécdota recuerda su actuación asistencial, en la Sala VII del Hospital Rawson, en la cual era el jefe del Servicio de Cirugía Plástica, obtenido por concurso en 1951. Este Servicio fue el primero del hospital dedicado exclusivamente a la especialidad. En dicho servicio estuvo a cargo hasta 1955. En esos 4 años desarrolló una intensa actividad quirúrgica y recuerda que concurrieron a operar destacados cirujanos plásticos internacionales que Marino conocía de sus viajes, como: Harold Gillies (1882-1960), Archibald Mc Indoe (1900-1960), Gustavo Sanvenero-Rosselli (1897-1974), Karl Schuchardt (1901-1985), entre otros. Luego, en 1958, pasó al Hospital Oncológico, donde se creó el Servicio de Cirugía Plástica y fue su primer jefe. Lo acompañaron algunos de sus discípulos del Hospital Rawson: Jaime Fairman, Enrique Gandolfo y Jorge Nicklison. Todos ellos con el tiempo fueron presidentes de la Sociedad Argentina de Cirugía Plástica. Allí continuó con la Escuela Quirúrgica Municipal para Graduados como prolongación del Hospital Rawson. En 1970, después de 12 años como jefe, a los 65 años se jubiló y lo sucedió Enrique Gandolfo, siguiendo con las enseñanzas de la Escuela Quirúrgica de los hermanos Finochietto (**Figura 1**).*

En cuanto a su actuación societaria, menciona que en 1950 participó del importante Congreso Argentino de Cirugía que se realizó en forma conjunta con el del Colegio Internacional de Cirujanos, en el Hospital Rivadavia, en homenaje al centenario del fallecimiento del General San Martín. Allí se transmitieron diversas operaciones por circuito cerrado de televisión a los auditorios de la Facultad de Medicina de la Universidad de Buenos Aires y al lujoso Hotel Plaza en el barrio de Retiro. Los comentarios de las cirugías fueron hechos por Ricardo Finochietto[7,8]. *Entre los destacados cirujanos protagonis-*

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

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

El autor no declara conflictos de intereses

Recibido: 02/10/2025 | Aceptado: 14/11/2025

Figura 1. Foto actual del Hospital Municipal de Oncología "María Curie".

Figura 2. Foto actual del Hospital Nacional "Dr. Baldomero Sommer" de General Rodríguez.

tas estaba Marino. El famoso cirujano de mano, el francés Marc Iselin (1898-1987), estuvo presente e hizo un comentario elogioso sobre la habilidad quirúrgica de Marino.

En cuanto a su actuación investigativa, hace referencia a que en 1956 creó el Laboratorio de Trasplantes de Tejidos de la Fundación Williams (que funcionó hasta 1962) junto con Fortunato Benaim (1919-2023) donde realizaron interesantes estudios de injertos de piel[9,10].

En esta primera anécdota también hace mención a los Dres. Roberto Dellepiane-Rawson y Horacio Achával-Ayerza.

En la segunda anécdota, cuenta su experiencia en el Hospital Nacional "Baldomero Sommer" durante 16 años (1970-1986). La inició cuando tenía 65 años, ya se había jubilado del Hospital Oncológico y solo estaba trabajando en el Hospital Naval. Ingresó a través del empresario Alberto Dodero que era secretario de la Orden de Malta Argentina, con el fin de realizar cirugías reparadoras en los pacientes leprosos. Lo acompañaban en estas cirugías Néstor Maquieira y Marcelo Di Paola, entre otros. Menciona también al director de dicho hospital, el Dr. Ricardo Manzi (1918-2019), dermatólogo dedicado a la salud pública, quien estuvo 30 años en ese cargo realizando una exitosa gestión ***(Figuras 2 y 3)****.*

Finalmente, resalta el protagonismo que tuvo una joven hermana franciscana conocida como Sor Digna y también menciona al ingeniero Robustiano Patrón Costa (1875-1965), político y empresario argentino, dueño de un ingenio azucarero en Orán, provincia de Salta.

MI SALA VII DEL HOSPITAL RAWSON Y EL HOSPITAL ONCOLÓGICO

Cuando, en 1955, vino la Revolución Libertadora, naturalmente se me pidió que cediera de inmediato mi hermoso Servicio de la Sala VII al Dr. **Dellepiane-Rawson**, sin dar otra razón que como había estado preso, no había podido presentarse en aquel concurso de 1951. A mí, como no se sabía qué hacer, se me enviaba como Jefe de Cirugía Plástica al Hospital Alvear (en el que había estado 20 años atrás con Ricardo Finochietto cuando me inicié en cirugía general). Como esto significaba destinar una sala vacante a otro fin, recibí la visita de un grupo de médicos ginecólogos que ya tenían puestos los ojos sobre esa Sala y me prometían hacerme toda clase de dificultades. Fastidiado, y con muy pocas ganas de volver a las penurias municipales, presenté mi renuncia en la Municipalidad, renuncia tan injusta que sé que quedó depositada en un cajón del escritorio del Secretario de Salud, Dr. **Horacio Achával Ayerza**, durante dos o tres años. En el interín, más precisamente en 1956, creé el Laboratorio de Trasplantes de Tejidos de la Fundación Williams, donde asociado con **Fortunato Benaim**, hicimos una serie de estudios muy interesantes sobre injertos de piel.

Transcurridos tres o cuatro años, ingresé como cirujano plástico, primero a cargo y luego como jefe en el Servicio de Cirugía Plástica del Hospital Oncológico, donde se reunieron muchos de mis discípulos del Hospital Rawson, tales como los Dres. **Jaime Fairman**, **Enrique Gandolfo** y **Jorge Nicklison**, e ingresé en un campo muy interesante para mí: el tratamiento y la reconstrucción de tumores malignos, sobre todo, de cabeza y cuello.

Nuevamente la concurrencia de pacientes fue satisfactoria y la nueva escuela, que seguía asociada a la Escuela Quirúrgica Municipal para Graduados, me permitió reiniciar los cursos de cirugía plástica que hacía antes en el Hospital Rawson.

Pero indudablemente mi corazón quedaría recordando los gloriosos tiempos de la Sala VII, que fue el primer Servicio dedicado exclusivamente a la especialidad en aquel gran hospital, con sus sesiones de 25 operaciones en una mañana de concurrencia de alumnos extranjeros y de ilustres nombres de la especialidad, tales como **Harold Gillies**, **Archibald Mc Indoe**, **Gustavo Sanvenero-Rosselli**, **Karl Schuchardt** y también todos los principales colegas de Sudamérica.

Figura 3. Dr. Ricardo Manzi, Director del Hospital "Dr. Baldomero Sommer" de General Rodríguez, tres décadas de recordada gestión. Extraído de: Vaquero NL. Hospital Nacional Baldomero Sommer. Reseña histórica. Rev. Argent. Dermatol. 2007; 88: 155-163.

Recuerdo que esa época de gloria culminó en el Congreso Argentino de Cirugía y el del Colegio Internacional de Cirujanos, que se hicieron en forma conjunta, en agosto de 1950, que tuvo un apoyo importante de las autoridades nacionales y del mismo **Perón**, ya que se conmemoraba el centenario del fallecimiento del General **San Martín**. Allí tuve el placer de que vinieran a verme operar la flor y nata de los especialistas mundiales. Las operaciones fueron transmitidas por circuito cerrado de televisión. Recuerdo que mi demostración comprendió un melanoma de brazo, una parálisis facial y un labio leporino. Este último salió tan fácil, que hizo exclamar a algunos de los presentes ¡qué fácil! y entonces **Marc Iselin** tomó la palabra para dar una linda conferencia sobre las "*fausses facilités*", o sea la "falsa facilidad".

Entre tanto, uno se preguntará qué había sido de ese privilegiado lugar: Dellepiane-Rawson barrió con todos los médicos del equipo y sacó a escobazos a los que se quisieron quedar; envió todo el archivo de centenares de historias muy bien documentadas, al archivo general del hospital e hizo demoler el baño para quemados, que constituía un orgullo para mí y en esa Sala se hizo instalar un hermoso escritorio, para su uso personal. Luego, para frenar la concurrencia de pacientes cerró las puertas, se echó la llave al bolsillo y, durante tres años, esa sala quedó clausurada.

En el Hospital Oncológico (inicialmente llamado Instituto Municipal de Radiología y Fisioterapia), con su hermoso y refinado edificio, teníamos la suerte de que los servicios auxiliares, la cocina, la farmacia y sus medicamentos, los baños eran excelentes y los resultados reflejaban esa ventaja así que la concurrencia al quirófano fue rápidamente en aumento. Lo mismo que las conferencias dictadas en una hermosa y amplia Aula Magna –envidia de muchos hospitales– que permitió la organización de numerosos cursos y ateneos. El archivo de fotografías, que yo me había traído naturalmente del Rawson, siguió también aumentando y coincidió con un buen número de historias interesantes y de publicaciones.

Al fin, en 1970 me tocó, a los 65 años de edad, jubilarme con el grado de Jefe Honorario de ese Servicio, que afortunadamente ha sido tomado por **Enrique Gandolfo**, quien ha seguido al pie de la letra todas las reglas de organización de la Escuela de **Ricardo Finochietto** hasta la actualidad.

HOSPITAL DE GENERAL RODRÍGUEZ Y LA ORDEN DE MALTA

En esa época me encontré que solo me quedaba mi ocupación en el Hospital Naval y recibí una propuesta de **Alberto "Bertié" Dodero**, que era secretario de la Asociación de Caballeros Argentinos de la Soberana Orden de Malta, para que ayudara en el tratamiento de los leprosos, atendidos por esta sociedad.

Siguiendo antiguas tradiciones esa secular asociación se ha hecho cargo del tratamiento y rehabilitación de los enfermos de lepra en el Hospital de General Rodríguez "Baldomero Sommer". Cuando entré a trabajar en ese nuevo ambiente encontré que las salas de operaciones (el número de dos) se hallaban desprovistas de todo material para hacer cirugía plástica, lo cual obligó a la Asociación y otras entidades benéficas que colaboraban a comprar todo lo necesario; y así pude empezar a concurrir regularmente dos o tres veces por mes al "Centro de Rehabilitación de Enfermos de Lepra" que funcionaba dentro del hospital.

Esto me obligaba a hacer un viaje solitario –en mi Peugeot 504– terminando, al fin, en un camino de un solo carril, con el inconveniente de que, en las mañanas de invierno, si uno tenía que bajar del carril para dar paso a los camiones lecheros que iban a La Serenísima, el auto quedaba pegado en el barrial como una mosca en la miel. Pero el problema se solucionaba rápidamente porque robustos vascos lecheros, enterados de quien ocupaba el auto bajaban del camión y levantaban a brazo el automóvil y lo reponían en el camino.

Al fin había llegado a destino: hermoso lugar con un campo extenso y con numerosos edificios, habitados por enfermos y sus familias. Todo ello constituye una

verdadera aldea, con comisaría y todo. La Dirección, a cargo del entusiasta Dr. **Ricardo Manzi**, me recibió muy bien dado que, en esos tiempos, todavía la concurrencia de mutilaciones y parálisis graves, así como llagas era abundante, cosa que afortunadamente ha ido disminuyendo predominando, en la actualidad, las formas de lepra que afectan el sistema nervioso, donde las mutilaciones son raras y casi siempre ocasionadas por quemaduras causadas por la anestesia de los tejidos.

En esos viajes primitivos no contaba con ayudantes, fuera de los médicos del leprosario, que llenaban esa función con toda dedicación. Acá tengo que recordar especialmente a las Hermanas de Caridad –que pertenecían a las Hermanas Franciscanas Misioneras de María– y, sobre todo, a **Sor Digna,** una hermana que tenía su historia. Esta monja siendo aún muy joven había ingresado en esa Orden en España y decidió de entrada ir a atender a los leprosos. Tanto hizo que, llegado a los 17 años, sus superiores le buscaron un sitio donde hubiera enfermos de lepra y terminó siendo remitida a la República Argentina.

Se creó así un problema mayúsculo para los superiores jerárquicos de la joven hermana, que no creían conveniente que esta menor fuera a parar al poco recomendable ambiente de un leprosario. Así que Sor Digna tuvo que esperar, creo que 10 o 15 años, para que le permitieran realizar su sueño. El resultado fue que primero se la remitió al Hospital y Dispensario que funcionaba en el ingenio azucarero "San Martín del Tabacal", en el Norte de Salta, donde demostró su valor organizando perfectamente aquel centro de salud. Todo esto me fue referido detalladamente por el dueño, el ingeniero **Robustiano Patrón Costas** cuando una vez, de visita en el ingenio, empecé a hablarle de Sor Digna pues esta había dejado tan buen recuerdo que todavía el ingeniero lamentaba su ausencia, pero la voluntad de la religiosa había sido inquebrantable: ir a atender a los leprosos.

En el hospital de General Rodríguez había una Superiora con todo un equipo de Hermanas de Caridad, pero tuve la suerte de que Sor Digna me fuera agregada a la sala de operaciones, con plena autoridad.

Una vez instalado allí, ante los tremendos casos a tratar, decreté que había que decidirse entre reír o llorar y, afortunadamente, Sor Digna estuvo a la altura de las circunstancias y siempre tenía el comentario alegre y apropiado para iluminar cada caso. Como yo había podido solucionar algunos casos difíciles, mi prestigio había subido mucho y también la concurrencia de los pacientes había aumentado. Entonces decidí enrolar a dos de mis discípulos en esta obra de caridad. Resultado que, en los años sucesivos se agregaron los doctores **Néstor Maquieira** y **Marcelo Di Paola**. El primero, especializado en cirugía de las manos, para tratar las lesiones nerviosas y las deformaciones de las manos; y el segundo, como ayudante personal mío. Así se dividió el Servicio de Rehabilitación en tres partes: una para el tratamiento de las lesiones mutilantes de cara, labios, párpados y miembros; una segunda sección donde, con todos los adelantos modernos, se atendían las lesiones de los nervios y de las manos; y una tercera sección de ortesis y fisioterapia, a cargo de personal local.

Los viajes a General Rodríguez al principio, solitarios para mí, fueron sustituidos por un transporte a cargo de la Asociación de Caballeros con lo cual hicimos muchos trayectos alegres y divertidos comentando cosas profesionales y, a veces, personales.

Después de 16 años me vi obligado a abandonar esas excursiones mañaneras, que coincidieron con el retiro de su director, el Dr. Manzi, después de 30 años de una transformadora y pujante gestión. Entonces dejé a cargo del Servicio, al Dr. Maquieira, quien aún hoy sigue trabajando allí con encomiable sacrificio. En verdad, puedo decir que este período y el de mi actuación en el Hospital Naval fueron profesional y personalmente de los más felices de mi vida.

En resumen, al fin de una vida bien llena de actividades médicas me quedé solamente con mis funciones como Miembro de Número de la Academia Nacional de Medicina, pero con el recuerdo de muchos buenos momentos y también, por qué no, de algunos buenos disgustos. Tengo la suerte de que mi hijo, **Héctor Salvador**, haya elegido mi misma especialidad y la practique con altura, seguramente ayudado por un innegable sentido artístico que justifica plenamente el éxito creciente y merecido para bien de él, en cambio ha optado por dedicarse a la clientela privada dejando su posición en el Servicio de Cirugía Plástica del Hospital de Niños "Ricardo Gutiérrez". Creo que ha hecho bien porque puede así cosechar sus éxitos sin las dificultades que acuciaron a su padre.

CONCLUSIÓN

En esta quinta parte de nuestra publicación sobre recuerdos y anécdotas del Dr. Héctor Marino, destaca su trayectoria en los Servicios de Cirugía Plástica del Hospital Rawson (Sala VII)11 y en el Hospital Oncológico. También relata su participación en el Hospital Nacional "Baldomero Sommer" de General Rodríguez, dedicado al cuidado y la cura de los enfermos leprosos. Este relato se refiere a algunas de sus actividades realizadas entre 1951 y 1986.

Esta serie de artículos pretende recordar la figura de don Héctor Marino y los primeros años de la cirugía plástica argentina, ante las futuras generaciones de cirujanos plásticos, para que tengan modelos y ejemplos a seguir en estos tiempos actuales [12-17].

BIBLIOGRAFÍA

1. *Losardo RJ. Semblanza del Académico Profesor Doctor Héctor Marino. Revista de la Asociación Médica Argentina, 2018;131 (2):4-6.*
2. *Losardo RJ. Marino, H.S.: Héctor Marino. Pionero de la Cirugía Plástica Latinoamericana. La Prensa Médica Argentina, 2023;109(2):64-74.*
3. *Losardo RJ. Dr. Héctor Marino. Crónica de viaje: Alemania e Inglaterra, 1935. Revista ALMA Cultura & Medicina, 2019;5(1):51-57.*
4. *Losardo RJ. Dr. Héctor Marino. Crónica de viaje: Estados Unidos, 1938. Revista ALMA Cultura & Medicina, 2019;5(2):8-16.*
5. *Losardo RJ. Dr. Héctor Marino. Crónica de viaje: La Segunda Guerra Mundial. Revista ALMA Cultura & Medicina, 2019;5(3):6-12.*
6. *Losardo RJ. Dr. Héctor Marino. Recuerdos de los Congresos Internacionales de Cirugía Plástica. Revista ALMA Cultura & Medicina, 2022;8(1):48-61.*
7. *Losardo RJ. Doctor Alfonso Roque Albanese, pionero de la cirugía cardíaca. Revista ALMA, Cultura y Medicina, 2020;6(1):30-51.*
8. *Losardo RJ. Cruz-Gutiérrez, R.; Prates, J.C.; Rodríguez-Torres, A.; Valverde-Barbato de Prates, N.; Arteaga-Martínez, M.; Halti-Cabral, R.: Alfonso Roque Albanese: Pionero de la cirugía cardíaca latinoamericana. Homenaje de la Asociación Panamericana de Anatomía. International Journal of Morphology, 2017;35(3):1016-1025.*
9. *Losardo RJ. Semblanza del Académico Profesor Doctor Fortunato Benaim. Revista de la Asociación Médica Argentina, 2021;134(4):6-8.*
10. *Losardo RJ. Prezzavento, G.: Académico Fortunato Benaim (18/10/1919 – 24/09/2023). Revista Argentina de Cirugía Plástica, 2023;29(2):158-160.*
11. *Losardo RJ. Albanese, E.F.: El final del Hospital Rawson y la diáspora finochiettista. A 45 años de estos hechos. Revista de la Asociación Médica Argentina, 2023;136(2):18-25.*
12. *Losardo RJ. Dr. Miguel Correa-Iturraspe: La cirugía plástica que ha vivido. La Prensa Médica Argentina, 2023;109(3):101-120.*
13. *Losardo RJ. Oscar V. Mallo. Pionero de la cirugía plástica infantil argentina. La Prensa Médica Argentina, 2024;110(3):123-130.*
14. *Losardo RJ. Recuerdos y anécdotas del doctor Héctor Marino: primera parte. Revista Argentina de Cirugía Plástica, 2024;30(4):343-345.*
15. *Losardo RJ. Recuerdos y anécdotas del doctor Héctor Marino: segunda parte. Revista Argentina de Cirugía Plástica, 2025;31(1):26-28.*
16. *Losardo RJ. Recuerdos y anécdotas del doctor Héctor Marino: tercera parte. Revista Argentina de Cirugía Plástica, 2025;31(2):78-81.*
17. *Losardo RJ. Recuerdos y anécdotas del doctor Héctor Marino: cuarta parte. Revista Argentina de Cirugía Plástica, 2025; 31(3):143-146.*

Mi barrio, testigo de una vida

My neighborhood, witness of my life

Dr. Manuel Alberto Sarrabayrouse[1]

RESUMEN

El autor describe su niñez, adolescencia y sus pasos de estudiante universitario en el contexto de su barrio, en la ciudad de Buenos Aires. Al finalizar, nos brinda unos versos sobre su experiencia de vida.

Palabras clave: cirugía plástica, biografía.

ABSTRACT

The author describes his childhood, adolescence, and his time as a university student in the context of his neighborhood in Buenos Aires. Finally, he offers a few verses about his life experiences.

Key words: plastic surgery, biography.

REVISTA ARGENTINA DE CIRUGÍA PLÁSTICA 2025;31(4):197-198. HTTPS://DOI.ORG/10.32825/RACP/202504/0197-0198

Nací un 19 de enero en los años de la Segunda Guerra Mundial y como buen capricorniano soy de tierra, prudente y práctico para todo.

Viví en un barrio selecto como lo es Barrio Parque, donde chicos y grandes pudimos gozar de este lugar privilegiado, de casas con una arquitectura hecha para gente de gustos refinados y con cierto nivel económico que les permitía mantener ese lujo sin esfuerzo alguno.

Hacer vida de barrio me permitió crecer con amigos, crear lazos afectivos fuertes y tener la libertad requerida para disfrutar ese difícil paso de la niñez a la adolescencia junto a los que uno quiere.

Los deportes, el cine y los cotidianos encuentros con amigos en el Bar "Rond Point" hacían la abstracción de todos los días.

El estudio no fue ajeno a mi formación ya que, finalizado mis estudios secundarios, ingresé muy joven a la Facultad de Medicina. Pasaron seis años y obtuve el título de médico a los 22 años de edad.

En mi adolescencia, que puedo calificarla sin temor a equivocarme como muy feliz, pude participar de fiestas donde conocí chicas las cuales me hicieron despertar ese amor a la mujer que hoy mantengo y respeto.

Esa emoción de los primeros encuentros, esos besos robados a quienes llamábamos novias y que producían en un adolescente esa confianza para la conquista, ese estímulo al ego y finalmente esa seguridad para el amor, tan importante para mí.

Fui muy estudioso y luego de recibirme de médico, encontré en la cirugía plástica el objetivo de mi acertada elección, cuando la reconstrucción de aquellos seres sufrientes, a los que la naturaleza, el fuego, o a veces aquellos accidentes fortuitos que, habiendo dañado sus rostros, o parte de su cuerpo, los obligaba a separarse de la sociedad, escondiendo sus rostros con una cierta vergüenza.

Visité centros médicos importantes nacionales y extranjeros, publiqué artículos médicos, obtuve premios y reconocimientos de los cuales estoy agradecido, y así he llenado mi vida con la Medicina.

Han pasado muchos años; hoy camino por mi barrio, estoy solo y aun me sorprendo al ver estas casas, los jardines bordados a las mismas, el aroma que despiden esos viejos árboles que parece saludarme a mi paso, enmarcando este cuadro estético imborrable a mi memoria. Al pasar por mi casa que fue como un ágora, donde reunidos un grupo de amigos debatíamos con pasión ese sendero incierto para los que teníamos un futuro por delante a resolver. Sigo mi camino. Pienso y mi cabeza vuela. Todo pasa, pero mis recuerdos no.

Beso al cielo para mi padre, beso por sus consejos; y beso al cielo para mi madre, por su amor inmenso.

Finalizo esta remembranza con estos pensamientos del poema "Valgo" atribuidos erróneamente a Jorge Luis Borges:

De tanto perder aprendí a ganar, de tanto llorar
se me dibujó la sonrisa que tengo.
Conozco tanto el piso que solo miro el cielo.
Toqué tantas veces el fondo que cada vez que bajo,
yo sé que mañana subiré.
Me asombro tanto de cómo es el ser humano que
aprendí a ser yo mismo.
Tuve que sentir la soledad para aprender a estar
conmigo mismo y saber que soy buena compañía.
Intenté ayudar tantas veces a los demás que
aprendí a que me pidieran ayuda.

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

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

El autor no declara conflictos de intereses

Recibido: 08/10/2025 | Aceptado: 14/11/2025

Hago solo lo que debo, de la mejor manera que puedo, los demás que hagan lo que quieran.
Aprendí a ser tortuga y apreciar el recorrido.
La amistad existe, pero no es fácil encontrarla.
Las mejores cosas de la vida suceden cuando menos lo esperas, pero siempre he rescatado aun de las otras, de aquellas que duelen, esa esencia de felicidad que ha llenado mi paso por este mundo.

Este poema me acompañó en el último trayecto de mi vida y ayudó a tratar de descifrar el sentido de la misma, tan difícil de esclarecer por todos nosotros.

Profesor doctor Flavio Sturla (17/02/1930 - 31/08/2025)

Professor doctor Flavio Sturla (02/17/1930 - 08/31/2025)

Dr. Ricardo Jorge Losardo[1]

RESUMEN

Se realiza un breve resumen de la trayectoria profesional del Dr. Flavio Sturla a raíz de su reciente fallecimiento, que incluye sus principales actividades asistencial, docente e investigativa. Además, se mencionan vivencias personales compartidas.

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

ABSTRACT

A brief summary of Dr. Flavio Sturla's professional career, following his recent death, includes his main activities in healthcare, teaching, and research. Shared personal experiences are also mentioned.

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

REVISTA ARGENTINA DE CIRUGÍA PLÁSTICA 2025;31(4):199-201. HTTPS://DOI.ORG/10.32825/RACP/202504/0199-0201

El Dr. Flavio Mateo Sturla falleció a los 95 años y fue un maestro de la Cirugía Plástica argentina. Desde que egresó de la Facultad de Medicina de la Universidad de Buenos Aires (UBA) en 1957, se dedicó principalmente a la atención de los traumatismos maxilofaciales y del paciente quemado. En los últimos tiempos incorporó el tema de la medicina regenerativa.

Fue Jefe del Servicio de Cirugía Plástica y Quemados del entonces Policlínico "Aráoz Alfaro" (actual Hospital Evita), de Lanús. Vivió la época donde los pacientes con traumatismos maxilofaciales dejaron de atenderse en los servicios de Traumatología para constituirse en un servicio diferente.

En 1974 fue uno de los profesores fundadores de la Carrera de Postgrado de Cirugía Plástica de la Universidad del Salvador (USAL) y fue el secretario de la misma durante 15 años, cuando el Dr. Héctor Marino era su director, constituyendo un dúo inseparable[1]. Hasta el inicio de la pandemia siguió dictando clases con un espíritu incansable y apasionado.

Durante más de 40 años recibió a los alumnos de postgrado de la Carrera de Especialización de Cirugía Plástica de la USAL y de la SACPER-AMA, que cursaban la asignatura de Cirugía Maxilofacial[2-5].

En 1982 fue por primera vez director del Capítulo de Cirugía Maxilofacial de la Sociedad Argentina de Cirugía Plástica. Este cargo luego lo repetiría en varias oportunidades, demostrando sus conocimientos y capacidad profesional.

En 1993 y 1994 presidió la Sociedad de Cirugía Plástica de Buenos Aires, donde tuve el placer de acompañarlo como tesorero. Allí empecé a tener mayor contacto con él. En los últimos 15 años "nos apasionamos" y "nos contagiamos" –como él decía, "juntando ignorancias"– con la matriz extracelular y la medicina regenerativa y escribimos unos novedosos artículos (2013 y 2018) que fueron publicados y premiados[6,7].

Compartimos también nuestra pasión por la anatomía. Siempre que podía, Flavio resaltaba la necesidad de los conocimientos anatómicos para una correcta resolución de la cirugía maxilofacial. "Los muertos enseñan a los vivos", repetía esa frase de origen latino, subrayando la importancia de los cadáveres como fuente de conocimiento para el estudio de la medicina, así como también sus reiteradas menciones a *La Fabrica,* el libro de Vesalio que modernizó la anatomía mediante el estudio en cadáveres. Sus investigaciones anatómicas con criterio práctico asistencial las desarrolló en la morgue de su hospital de Lanús y en la Cátedra de Anatomía de la Facultad de Medicina de la USAL.

MIS RECUERDOS DE FLAVIO

Conocí a Flavio Sturla al iniciarme en la Cirugía Plástica, al principio de la década del '80. Pero fue

1. Presidente de SCPBA (2012-2013)
Presidente 48° Congreso Argentino de Cirugía Plástica (2018)
Director del Curso Superior Trienal SACPER-AMA (2002-2015)
Profesor Titular, Escuela de Posgrado, Facultad de Medicina, Universidad del Salvador (USAL). Buenos Aires, Argentina

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

El autor no declara conflictos de intereses

Recibido: 13/10/2025 | Aceptado: 14/11/2025

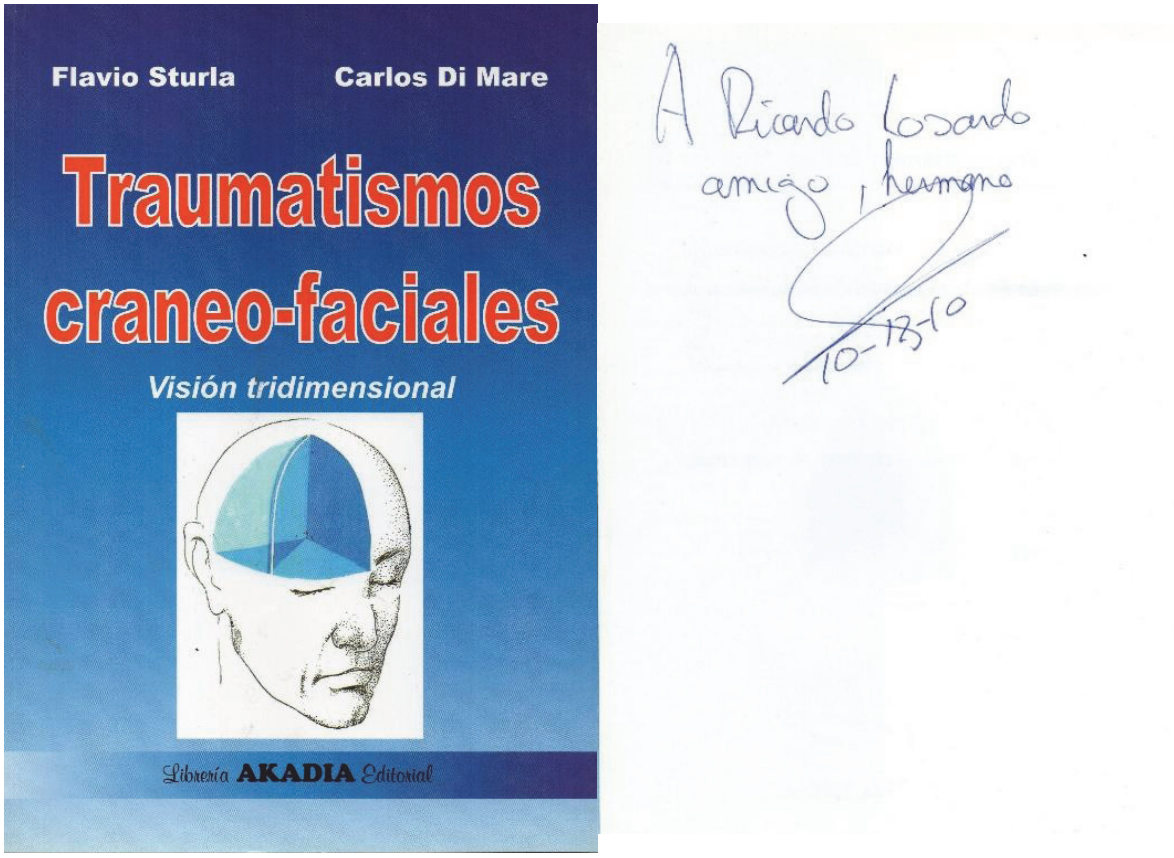


Foto 1. *Tapa del libro del Dr. Sturla con la dedicatoria al Dr. Ricardo Losardo (10).*

Foto 2. *El Dr. Flavio Sturla junto con los Dres. Ricardo Losardo (director del Curso Superior Trienal SACPER-AMA) y Daniel Castrillón (Secretario del Curso) en la Asociación Médica Argentina, marzo de 2015.*

a partir del año 2002 cuando mi relación con él se hizo más estrecha, al ser nombrado director del Curso Superior Trienal de la SACPER, ya que él era uno de sus profesores titulares. A partir de allí empezaría una relación estrecha que continuó hasta el final, e incluía largas horas en su casa de Palermo, escribiendo artículos sobre medicina regenerativa.

Lo recuerdo como un hombre sencillo, humilde, apasionado y vehemente. Un soñador, lleno de ilusiones y proyectos que cuando los ponía en marcha los continuaba hasta el final. Se jactaba de ser un Maestro Socrático que incitaba a investigar y como él decía, "a la sombra de la higuera". Hablaba de "Academo" (un amigo de Sócrates) y de la enseñanza que realizaban en su casa en los jardines en las afueras de Atenas donde los fines de semana se juntaban los discípulos. Sturla con sus alumnos –los futuros cirujanos plásticos– rememoraba de esa manera la enseñanza griega: el maestro junto a sus discípulos, cuerpo a cuerpo; dentro y fuera del hospital. La docencia no tenía límites, estaba en el aire, en todas partes y se podía realizar en cualquier lugar.

Sabía inculcar en los alumnos de postgrado el estudio y el esfuerzo, era generoso y bondadoso para enseñar todo lo que él sabía. Tenía la virtud que vaciaba su saber en estos alumnos, quienes luego de sus clases se sentían satisfechos por estar colmados de conocimientos del maestro. Se había logrado la "transferencia" con éxito. Era un incansable lector, de variados temas que convergían en su mundo médico-quirúrgico. Hugo Drago, su discípulo predilecto, lo resume bien al decir de él: "navegante en un universo con desafiantes campos eléctricos y nanofibras, y el concepto primario de la regeneración tisular"[8,9].

En otro orden de cosas, siempre recordaba la experiencia que había vivido en Italia en la Segunda

Guerra Mundial y mostraba su escopeta que usaba para cazar pequeños animales para poder comer. La guerra y los bombardeos causaron una gran destrucción de la ciudad, con escasez y racionamiento de alimentos. Tiempos difíciles parece que fueron los que pasó en su infancia en aquella Génova rodeada de colinas, montañas y mar[11].

Amigo, hermano y maestro, hasta siempre.

BIBLIOGRAFÍA

1. *Sturla FM. Curso Superior Trienal: vivencia de uno de sus fundadores. Revista Argentina de Cirugía Plástica. 2009;15(3):141-143.*
2. *Losardo RJ, Dimópulos AN. Curso Superior de Especialización en Cirugía Plástica SACPER. 25 años de historia. Revista Argentina de Cirugía Plástica. 2005;11(1):44-47.*
3. *Losardo RJ, Marino HS. Héctor Marino. Pionero de la cirugía plástica latinoamericana. La Prensa Médica Argentina, 2023;109(2):64-74.*
4. *Losardo RJ. Oscar V. Mallo. Pionero de la cirugía plástica infantil argentina. La Prensa Médica Argentina. 2024;110(3):123-130.*
5. *Losardo RJ. Semblanza del Académico Profesor Doctor Fortunato Benaím. Revista de la Asociación Médica Argentina. 2021;134(4):6-8.*
6. *Sturla FM, Drago HA, Bossi S, Mansilla R, Losardo RJ, Beltrami AD, Jorrat CR, Zurlo LS, Figallo JM, Saravia Leguizamón G, Cucculo J. La curación de las heridas de gran superficie y la medicina regenerativa. Revista de la Asociación Médica Argentina. 2013;126(4):12-23.*
7. *Sturla FM, Drago HA, Losardo RJ, Leiros GJ, Cornut M, Beltrami AD, Jorrat R. La matriz extracelular en la curación de las heridas cutáneas. Aspectos físicos, químicos y biológicos. Revista de la Asociación Médica Argentina. 2018;131(2):7-26.*
8. *Drago HA. Adagio Flavio Mateo María Sturla. Revista Argentina de Cirugía Plástica. 2024;30(3):284-285.*
9. *Drago HA. La formación: un camino incierto que vale la pena recorrer. Revista Argentina de Cirugía Plástica. 2009;15(4):189-190.*
10. *Sturla F, Di Mare C. Traumatismos cráneo-faciales. 1° edición. Buenos Aires, Librería Akadia Editorial, 2010.*
11. *Dres. Sturla y Ruiz. Video 35° aniversario de la Sociedad de Cirugía Plástica de Buenos Aires. Asociación Médica Argentina. https://www.youtube.com/watch?v=4f6180c_P0s.*

Índice de autores de 2025

2025 Index of authors

REVISTA ARGENTINA DE CIRUGÍA PLÁSTICA 2025;31(4):202. HTTPS://DOI.ORG/10.32825/RACP/202504/0202-0202

Adami, Leandro: 011.
Adami, Víctor: 011.
Barrovecchio, Juan Carlos: 103.
Britto Anache, Guilherme: 108.
Cáceres, Facundo: 050.
Capraro Fuentes, José: 130.
Cavalheiro Ribeiro Ramíres, Anny: 108.
Clerici, Micaela: 050, 103.
Cobo Ricardo, Carlos Miguel: 098.
Comité Editorial: 159.
Corbalán, Adrián Armando: 011, 066, 069, 124, 170, 174.
Cordero Ramírez, César: 050.
Corona Agudelo, Sebastián: 050.
Crespo, Matías: 167
Cutini Cingozoglu, Carlos: 060.
Daher, Irene: 066, 069.
Dantur, Enrique: 167.
Del Río, Matías: 178.
De Paola Neto, Domingos: 011.
Duarte Meceneiro, Gabriel: 103.
Gazmuri, Josefina: 178.
Hernández, Leandra Z.: 130.
Ilgenfritz Neto, Joao: 108.
Jacovella, Patricio: 020, 072, 135, 182.
Kauanna de Oliveira Felipe, Emily: 108.
Lione, Marcelo: 130.
Losardo, Ricardo J.: 026, 048, 078, 096, 143, 161, 192, 199.
Magalhães, Isttayner: 124, 170, 174.
Mandachain, Mariano: 130.
Monti, Ondina: 130.
Moraes, Lucía: 108.
Moretti, Bianca: 103.
Moretti, Ernesto: 050, 103.
Nunes, Daniel: 108.
Ohanian, Alexis: 167.
Pérez Domínguez, Leticia: 098.
Pesce, Oriana: 014.
Postan, Daniel: 014.
Quintella de Paola, Domingos: 011, 170, 174.
Ramírez Martínez, Juan Ramón: 098.
Ramírez Romero, Lartiza: 098.
Rodríguez, José Ramón: 178
Sarrabayrouse, Manuel Alberto: 029, 082, 147, 197.
Serbielle, Juan Pablo: 130.
Serrano Alcalá, Roberto: 010.
Simon, Joseph: 130.
Solla, Gonzalo: 167.
Tanaka, Bianca: 108.
Taverna, Micaela: 163.
Tosso, Matías I.: 130.
Velasco, María Alicia: 130.
Vera Vecchi, Juan Manuel: 014.
Viguie, Javier: 014.
Wetzel, Jorge Ricardo: 046.
Yumi de Assis Fukuda, Marina: 108.

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

Publications rules *Argentine Journal of Plastic Surgery*

La *Revista Argentina de Cirugía Plástica* es el instrumento oficial de comunicación de la Sociedad Argentina de Cirugía Plástica, Estética y Reparadora (SACPER). Es la forma documental de relacionar científicamente a los socios que integran nuestra Sociedad, reconocida como entidad rectora de la especialidad en el país. De esta manera, los resultados de las investigaciones se hacen públicos y quedan abiertos a la opinión de los socios, a los que va dirigida la revista.
La *Revista Argentina de Cirugía Plástica* ofrece a los autores socios de SACPER y de sus Regionales la seguridad de la propiedad de sus ideas (registro público). También podrán publicar los cirujanos plásticos extranjeros con membresía en su respectiva sociedad nacional. La publicación, de frecuencia trimestral, considera artículos relacionados con los diversos aspectos de la Cirugía Plástica, Estética y Reparadora.

INSTRUCCIONES A LOS AUTORES PARA LA PRESENTACIÓN DE ARTÍCULOS

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

TÍTULO Y AUTORES

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

RESUMEN DEL TRABAJO Y PALABRAS CLAVE

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

a) Identificación de edad, sexo y características de la muestra (tipo de animales utilizados para la investigación; tipo de material cadavérico usado).
b) Identificación de las especificaciones técnicas de los aparatos, de los métodos y procedimientos, que permitan a otros investigadores reproducir resultados.
c) Identificación de fármacos, dosis, vías de administración, implantes o elementos biotecnológicos.
d) Identificación de los métodos estadísticos utilizados.

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

ADDENDUM

Las tablas, gráficos y figuras deben estar insertados en el trabajo, con su respectivo número y aclaratorias.
Tablas: son instrumentos que mejoran la compresión del trabajo científico. Deben ser enumerados en forma consecutiva, con un título conciso para cada tabla, en letra cursiva, tamaño de letra recomendado: 10. Cada columna y fila debe tener un encabezamiento, claro y conciso. Las notas aclaratorias se ubican al pie de la tabla. Las medidas estadísticas (desvío y error estándar del promedio) deben estar identificadas.
Figuras: incluye esquemas, dibujos, fotografías, diagramas de flujo, etc. Los títulos y explicaciones deben ir en el texto de las leyendas. En el caso de presentar 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 separarán con coma. Los años se escribirán sin separación, puntos ni comas.

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