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

Revista Argentina de Cirugía Plástica

REVISTA ARGENTINA DE CIRUGÍA PLÁSTICA (ARGENTINE JOURNAL OF PLASTIC SURGERY)
JULIO - SEPTIEMBRE DE 2026 | AÑO 32 | NÚMERO 3

El Dr. Ricardo Losardo fue reconocido por la Academia Brasileña de Cirujanos Plásticos Escritores
Comité Editorial

Reconstrucción palpebral inferior y superior mediante bipartición de colgajo de Mustardé e injerto muco perióstico de paladar
Dr. Carlos Lora Guzmán, Dr. Hugo Benítez, Dr. Alejandro Gómez Lucyszyn, Dra. Micaela Ledesma, Dr. Christian Ruiz

Tratamiento integral estético del tórax masculino
Dr. Ricardo Babaitis

Reconstrucción mamaria autóloga con colgajo AICAP modificado guiado por angiografía con verde de indocianina tras explantación protésica en paciente irradiada: reporte de caso
Dr. Agustín Rancati, Dr. Mariano F. Ramírez, Dr. Iñaki Barone, Dra. Josefina Pedelacq, Dr. Carlos Butto, Dr. Julio Dorr, Dr. Claudio Angrigiani, Dr. Alberto Rancati

Evolución de los implantes mamarios y su impacto clínico. Análisis retrospectivo de 4000 casos (1981-2024)
Dr. Néstor Vincent, Dr. Ezequiel Vincent

Expansión intraoperatoria para reparación de defectos faciales
Dr. Ignacio A. Báez Rosés, Dra. Estefanía Martínez, Dra. Kimey N. Marcon, Dr. Lucas F. Segalla, Dr. Keith Hopkins

Colgajos fasciocutáneos en quiste pilonidal: una alternativa eficaz a las técnicas abiertas tradicionales
Dra. Annika Stückrath, Dr. Gustavo Parera

Enfermedad de Mondor post cirugía plástica mamaria. Actualización y presentación de casos clínicos
Dra. María Emilia Barrios, Dra. Virginia Giachero

Versatilidad del colgajo cigomático de mejilla para la reconstrucción de defectos del canto interno y pared lateral nasal: reporte de caso
Dr. Diego A. Pérez Bermeo, Dra. Verónica Y. Ortega Ramos, Dr. Ángel A. Aparicio.

Documentación médica: historia clínica, protocolo intraoperatorio, imágenes y constancia de materiales
Dr. Patricio F. Jacovella

El valor de escribir
Dr. Manuel A. Sarrabayrouse

SACPER
SOCIEDAD ARGENTINA DE CIRUGÍA PLÁSTICA, ESTÉTICA Y REPARADORA

Reconstrucción bipalpebral con Mustardé bipartido
Disección de colgajo dermocutáneo tipo Mustardé

Evidencia defecto de tercio externo del párpado superior.

SACPER
SOCIEDAD ARGENTINA DE CIRUGÍA PLÁSTICA, ESTÉTICA Y REPARADORA

COMISIÓN DIRECTIVA 2026 - 2027

Presidente
Dr. Daniel Ernesto Matteo

Vicepresidenta
Dra. Beatriz Susana Paredes

Secretario General
Dr. Oscar Luis Abdala Montoto

Prosecretario
Dr. Miguel Montes

Tesorero
Dr. Ariel Petroni

Protesorero
Dr. Hernán Claudio Arashiro

Secretaria de Actas
Dra. Iris Hebe Alejandra Blanco

Directora de publicaciones
Dra. Valeria Romina Gutiérrez Abril

Subdirectora de publicaciones
Dra. Constanza Bossi

Vocales titulares
Dr. Fernando Luis Arce
Dra. Adriana Natalia Cotto Perroni
Dr. Federico Dieguez Aliaga
Dr. Sebastián Galeano

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

Presidente saliente
Dr. Jorge Ricardo Wetzel

Revista Argentina de Cirugía Plástica

EDITOR
Dr. Ricardo Losardo

COEDITOR
Dr. José Belmont

COMITÉ EDITORIAL

Secretario de Redacción
Dres. Carlos Juri y José Héctor Soria

Cirugía de la calvicie
Dr. José Luis Tesler

Cirugía de reconstrucción mamaria
Dres. Sergio Pagani, Daniel Lafranconi y Ariel Doña

Cirugía de secuelas de las quemaduras
Dr. Ricardo Lara

Cirugía del contorno corporal
Dr. Ricardo Babaitis

Cirugía estética
Dres. Alejandro Cantalapiedra y Rolando Pisanú

Cirugía maxilofacial
Dr. Gustavo Pressacco

Cirugía plástica oncológica
Dr. Sergio Rossaroli

Cirugía plástica pediátrica
Dr. José Belmont

Microcirugía
Dr. Aníbal Mira

Secretaría
Srta. Azul Mailen Real

SACPER
SOCIEDAD ARGENTINA DE CIRUGÍA PLÁSTICA, ESTÉTICA Y REPARADORA

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

ARBITRAJE EXTERNO

Cicatrización y heridas complejas
Dr. Hugo Drago
Cirugía del contorno corporal
Dr. Guillermo Di Biasio
Cirugía de la calvicie
Dr. Hernán Arashiro
Cirugía estética cérvico facial
Dr. Carlos Arce
Cirugía estética mamaria
Dra. Marisol López
Cirugía estética nasal
Dr. Emilio Velasques
Cirugía estética periorbitaria
Dra. Natalia Kapko
Cirugía infantil y congénitas
Dra. Carolina de Philippis
Cirugía íntima femenina y masculina
Dr. Diego Cunille
Cirugía maxilofacial
Dr. Federico Fiocchi
Cirugía postbariátrica
Dra. Cristina Ovejero
Cirugía reparadora mamaria
Dr. Adrián Cúfaro
Cirugía transgénero
Dr. Marcelo Mackfarlane
Láser y otras tecnologías
Dra. Iris Hebe Blanco
Microcirugía y cirugía reparadora de miembros
Dr. Guillermo Artero
Procedimientos estéticos mini invasivos
Dra. María Cristina Picón
Quemados y medicina regenerativa
Dra. Laura Taljame

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. Ángel 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
2025 – Dr. Jorge Ricardo Wetzel

EXPRESIDENTES DE CONGRESOS

1996 – Dr. Roberto Suriano (†)
1997 – Dr. Luis Albanese (†)
1998 – Dr. Rodolfo Ferrer
1999 – Dr. Abel Chajchir
2000 – Dr. Luis Aldaz
2001 – Dr. Enrique Gagliardi
2002 – Dr. Carlos Mira Blanco
2003 – Dr. Pedro Dogliotti (†)
2004 – Dr. Carlos Rodríguez Peyloubet
2005 – Dr. Luis Margaride
2006 – Dr. Horacio García Igarza
2007 – Dr. Adalberto Borgatello (†)
2008 – Dr. Ricardo Yohena (†)
2009 – Dr. Claudio Ghilardi
2010 – Dr. Juan Carlos Seiler (†)
2011 – Dr. Eduardo Gómez Vara
2012 – Dr. Vicente Hugo Bertone
2013 – Dr. Oscar 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
2025 – Dr. Jorge Eduardo Ramos

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 2026;32(3):107. HTTPS://DOI.ORG/10.32825/RACP/202603/0107-0107

DISTINCIÓN HONORÍFICA | HONORARY DISTINCTION

112

EL DR. RICARDO LOSARDO FUE RECONOCIDO POR LA ACADEMIA BRASILEÑA DE CIRUJANOS PLÁSTICOS ESCRITORES
Dr. Ricardo Losardo was recognized by the Brazilian Academy of Plastic Surgeons Writers
Comité Editorial

ARTÍCULOS ORIGINALES | ORIGINAL ARTICLES

115

RECONSTRUCCIÓN PALPEBRAL INFERIOR Y SUPERIOR MEDIANTE BIPARTICIÓN DE COLGAJO DE MUSTARDÉ E INJERTO MUCOPERIÓSTICO DE PALADAR
Lower and upper eyelid reconstruction using bipartition Mustardé flap and mucoperiosteal palate graft
Dr. Carlos Lora Guzmán, Dr. Hugo Benítez, Dr. Alejandro Gómez Lucyszyn, Dra. Micaela Ledesma, Dr. Christian Ruiz

120

TRATAMIENTO INTEGRAL ESTÉTICO DEL TÓRAX MASCULINO
Comprehensive aesthetic treatment of the male chest
Dr. Ricardo Babaitis

124

RECONSTRUCCIÓN MAMARIA AUTÓLOGA CON COLGAJO AICAP MODIFICADO GUIADO POR ANGIOGRAFÍA CON VERDE DE INDOCIANINA TRAS EXPLANTACIÓN PROTÉSICA EN PACIENTE IRRADIADA: REPORTE DE CASO
Autologous breast reconstruction with modified AICAP flap guided by indocyanine green angiography after implant explantation in an irradiated patient: a case report
Dr. Agustín Rancati, Dr. Mariano Félix Ramírez, Dr. Iñaki Barone, Dra. Josefina Pedelacq, Dr. Carlos Butto, Dr. Julio Dorr, Dr. Claudio Angrigiani, Dr. Alberto Rancati

EDUCACIÓN MÉDICA CONTINUA | CONTINUING MEDICAL EDUCATION

115

EVOLUCIÓN DE LOS IMPLANTES MAMARIOS Y SU IMPACTO CLÍNICO. ANÁLISIS RETROSPECTIVO DE 4000 CASOS (1981-2024)
Evolution of breast implants and their clinical impact: a retrospective analysis of 4,000 cases (1981-2024)
Dr. Néstor Vincent, Dr. Ezequiel Vincent.

ACTUALIZACIÓN | UPDATE

130

EXPANSIÓN INTRAOPERATORIA PARA REPARACIÓN DE DEFECTOS FACIALES
Intraoperative expansion for facial defect repair
Dr. Ignacio A. Báez Rosés, Dra. Estefanía Martínez, Dra. Kimey N. Marcon, Dr. Lucas F. Segalla, Dr. Keith Hopkins

ARTÍCULO ORIGINAL | ORIGINAL ARTICLE

136

COLGAJOS FASCIOCUTÁNEOS EN QUISTE PILONIDAL: UNA ALTERNATIVA EFICAZ A LAS TÉCNICAS ABIERTAS TRADICIONALES
Fasciocutaneous flaps in pilonidal cyst: an effective alternative to traditional open techniques
Dra. Annika Stückrath, Dr. Gustavo Parera

ACTUALIZACIÓN | UPDATE

140

ENFERMEDAD DE MONDOR POST CIRUGÍA PLÁSTICA MAMARIA. ACTUALIZACIÓN Y PRESENTACIÓN DE CASOS CLÍNICOS
Mondor's disease after breast plastic surgery. Update and presentation of clinical cases
Dra. María Emilia Barrios, Dra. Virginia Giachero.

CASO CLÍNICO | CLINICAL CASE

146

VERSATILIDAD DEL COLGAJO CIGOMÁTICO DE MEJILLA PARA LA RECONSTRUCCIÓN DE DEFECTOS DEL CANTO INTERNO Y PARED LATERAL NASAL: REPORTE DE CASO
Versatility of the zygomatic cheek flap for reconstruction of medial canthal and lateral nasal wall defects: a case report
Dr. Diego Alexander Pérez Bermeo, Dra. Verónica Yael Ortega Ramos, Dr. Ángel Ariel Aparicio

MEDICINA LEGAL | FORENSIC MEDICINE

149

DOCUMENTACIÓN MÉDICA: HISTORIA CLÍNICA, PROTOCOLO INTRAOPERATORIO, IMÁGENES Y CONSTANCIA DE MATERIALES
Medical documentation: medical history, operative protocol, images and record of materials
Dr. Patricio F. Jacovella

ARTÍCULO ESPECIAL / SPECIAL ARTICLE

156

EL VALOR DE ESCRIBIR
The value of writing
Dr. Manuel Alberto Sarrabayrouse

157

REGLAMENTO DE PUBLICACIONES | PUBLISHING REGULATIONS

Sumario

REVISTA ARGENTINA DE CIRUGÍA PLÁSTICA 2026;32(3):108-109. HTTPS://DOI.ORG/10.32825/RACP/202603/0108-0109

RECONSTRUCCIÓN PALPEBRAL INFERIOR Y SUPERIOR MEDIANTE BIPARTICIÓN DE COLGAJO DE MUSTARDÉ E INJERTO MUCOPERIÓSTICO DE PALADAR

Dr. Carlos Lora Guzmán, Dr. Hugo Benítez, Dr. Alejandro Gómez Lucyszyn, Dra. Micaela Ledesma, Dr. Christian Ruiz.

Se presenta un caso de reconstrucción palpebral inferior y superior en una paciente de 69 años con carcinoma basocelular en el párpado inferior derecho.

La técnica utilizada combina el colgajo de Mustardé y un injerto mucoperióstico de paladar para restaurar tanto la lamela anterior como posterior en un solo tiempo quirúrgico.

La intervención incluyó la resección del tumor con márgenes de seguridad y la reparación del defecto mediante un colgajo de Mustardé y su bipartición para cobertura de defecto total de párpado inferior, y defecto parcial del superior, asociado a injerto mucoperióstico de paladar para reconstruir el soporte lamelar.

Los resultados postoperatorios fueron satisfactorios, sin complicaciones significativas y con una buena funcionalidad y estética del párpado.

TRATAMIENTO INTEGRAL ESTÉTICO DEL TÓRAX MASCULINO

Dr. Ricardo Babaitis

Se analizan las técnicas quirúrgicas para mejorar el aspecto integral del tórax masculino con el fin de crear un contorno corporal más estético y armonioso. Se presentan casos clínicos y sus complicaciones, así como recomendaciones para mejorar los resultados.

RECONSTRUCCIÓN MAMARIA AUTÓLOGA CON COLGAJO AICAP MODIFICADO GUIADO POR ANGIOGRAFÍA CON VERDE DE INDOCIANINA TRAS EXPLANTACIÓN PROTÉSICA EN PACIENTE IRRADIADA: REPORTE DE CASO

Dr. Agustín Rancati, Dr. Mariano Félix Ramírez, Dr. Iñaki Barone, Dra. Josefina Pedelacq, Dr. Carlos Butto, Dr. Julio Dorr, Dr. Claudio Angrigiani, Dr. Alberto Rancati.

Introducción: La reconstrucción mamaria protésica en pacientes tratadas con radioterapia postmastectomía se asocia a un mayor riesgo de complicaciones, particularmente contractura capsular y fracaso reconstructivo. Los colgajos perforantes regionales constituyen una alternativa para aportar tejido bien vascularizado con menor morbilidad que los colgajos libres. La angiografía con verde de indocianina (ICG-A) puede optimizar la selección y el diseño intraoperatorio del colgajo.

Presentación del caso: Paciente de 46 años con antecedente de mastectomía bilateral con preservación del complejo areola-pezón y reconstrucción inmediata con implantes submusculares de 285 cc. Recibió radioterapia adyuvante sobre la mama derecha y evolucionó con dolor crónico, rigidez y contractura capsular severa, con mala calidad cutánea del lado irradiado. Se realizó explantación bilateral con capsulectomía y reconstrucción autóloga inmediata mediante colgajos AICAP bilaterales desepitelizados, guiados por Doppler color e ICG-A para confirmar perforantes dominantes y perfusión global.

Resultados: El postoperatorio cursó sin complicaciones. No se observaron signos de congestión, necrosis grasa ni sufrimiento cutáneo. Al año de seguimiento, el resultado se mantuvo estable, con adecuada simetría y ausencia de dolor o deformidades progresivas.

Conclusión: La reconstrucción autóloga inmediata con colgajos AICAP bilaterales tras explantación protésica en un lecho irradiado fue factible, sin complicaciones y con estabilidad clínica a 12 meses. La ICG-A se utilizó como herramienta adyuvante para corroborar perforantes dominantes y la perfusión global del colgajo; se requieren series mayores para confirmar su beneficio incremental.

EVOLUCIÓN DE LOS IMPLANTES MAMARIOS Y SU IMPACTO CLÍNICO. ANÁLISIS RETROSPECTIVO DE 4000 CASOS (1981-2024)

Dr. Néstor Vincent, Dr. Ezequiel Vincent.

Introducción: Los implantes mamarios han experimentado una evolución tecnológica y conceptual significativa desde su introducción, con el objetivo principal de reducir complicaciones como la contractura capsular, la rotura protésica y eventos adversos a largo plazo.

Objetivo: Analizar la evolución histórica de los implantes mamarios entre 1981 y 2024 y evaluar su impacto clínico en la incidencia de contractura capsular, rotura, recambio protésico y comportamiento inmunológico en una cohorte de 4000 pacientes.

Materiales y métodos: Se realizó un estudio retrospectivo observacional que incluyó 4000 pacientes intervenidas con implantes mamarios entre 1981 y 2024. La edad promedio fue de 32 ± 15 años. Se analizaron tipos de implantes, técnicas quirúrgicas, tasas de complicaciones y evolución a largo plazo.

Resultados: La tasa de contractura capsular disminuyó progresivamente desde aproximadamente 30 % en los primeros años hasta menos del 1 % en la última década. La tasa global de rotura protésica fue del 10%. El recambio de implantes alcanzó el 25 %, principalmente asociado a motivos estéticos o actualización tecnológica. Se observó un aumento relativo de linfocitos citotóxicos CD8 en pacientes con implantes mamarios en comparación con pacientes no implantadas.

Conclusiones: Las mejoras en el diseño de los implantes, las técnicas quirúrgicas y la comprensión del rol del biofilm bacteriano y la respuesta inmunológica permitieron una reducción sustancial de las complicaciones. Los implantes mamarios modernos presentan una elevada seguridad clínica y podrían ejercer efectos inmunológicos y térmicos potencialmente beneficiosos.

EXPANSIÓN INTRAOPERATORIA PARA REPARACIÓN DE DEFECTOS FACIALES

Dr. Ignacio A. Báez Rosés, Dra. Estefanía Martínez, Dra. Kimey N. Marcon, Dr. Lucas F. Segalla, Dr. Keith Hopkins.

La técnica de expansión tisular intraoperatoria rápida (RITE) utiliza expansores para reconstrucción de defectos faciales en un solo procedimiento quirúrgico. Este método, desarrollado por Sasaki en los años 80, se basa en principios mecánicos como el creep y la reorganización de fibras de colágeno, permitiendo la expansión controlada del tejido sin necesidad de múltiples intervenciones.

El estudio evalúa su efectividad en pacientes de 65 a 85 años intervenidos quirúrgicamente a resecciones por tumores cutáneos en el Hospital de Trauma y Emergencia "Dr. Federico Abete" en Malvinas Argentinas, provincia de Buenos Aires.
Los resultados muestran que la RITE reduce tiempos quirúrgicos, mejora los resultados estéticos y minimiza complicaciones asociadas a métodos tradicionales. Los casos clínicos reportan cierres exitosos de defectos de 2 a 5,5 cm, sin complicaciones postoperatorias significativas.
La técnica es especialmente útil en áreas visibles como el rostro, donde la textura, color y vascularización similares del tejido adyacente ofrecen resultados naturales. Aunque presenta limitaciones relacionadas con la elasticidad del tejido y condiciones previas del paciente, la RITE se consolida como una alternativa confiable en cirugía plástica. Se recomienda seguir investigando para estandarizar protocolos y ampliar sus aplicaciones clínicas.

COLGAJOS FASCIOCUTÁNEOS EN QUISTE PILONIDAL: UNA ALTERNATIVA EFICAZ A LAS TÉCNICAS ABIERTAS TRADICIONALES

Dra. Annika Stückrath, Dr. Gustavo Parera

Introducción: El quiste pilonidal sacrococcígeo es una patología frecuente en adultos jóvenes, asociada a elevada morbilidad y riesgo de recidiva. Históricamente, las técnicas abiertas han sido ampliamente utilizadas, aunque con tiempos prolongados de cicatrización y recuperación funcional.
Objetivo: Describir el uso de colgajos fasciocutáneos, incluyendo aquellos que incorporan fascia del glúteo máximo o mayor, en el tratamiento quirúrgico de quistes pilonidales primarios y recidivados.
Material y métodos: Se analizaron pacientes intervenidos mediante técnicas reconstructivas con colgajos fasciocutáneos, comparando su evolución con abordajes abiertos tradicionales.
Resultados: El empleo de colgajos permitió un cierre adecuado del defecto quirúrgico, con menor tiempo de cicatrización y rápida reinserción a las actividades habituales.
Conclusión: El uso de colgajos fasciocutáneos mejora los resultados funcionales y reduce la morbilidad postoperatoria en comparación con las técnicas abiertas tradicionales.

ENFERMEDAD DE MONDOR POST CIRUGÍA PLÁSTICA MAMARIA. ACTUALIZACIÓN Y PRESENTACIÓN DE CASOS CLÍNICOS

Dra. María Emilia Barrios, Dra. Virginia Giachero.

Introducción y objetivo: La enfermedad de Mondor (EM) es una tromboflebitis superficial de las venas torácicas, habitualmente asociada a cirugía mamaria. Es una condición benigna y autolimitada, y suele estar subdiagnosticada.
Materiales y métodos: Se presentan tres casos de EM tras cirugía mamaria, diagnosticados clínicamente por la aparición de cordones subcutáneos dolorosos en el postoperatorio inmediato.
Resultados: Todas las pacientes presentaron síntomas entre los 19 y 33 días tras la cirugía. El tratamiento fue conservador, con resolución completa en 3 a 6 semanas, sin recurrencias ni necesidad de estudios complementarios.
Conclusiones: La EM es una complicación poco reconocida. El diagnóstico basado en la evaluación clínica, junto con una adecuada información al paciente, permite un manejo adecuado, evitando la realización de más estudios y disminuyendo la ansiedad asociada.

VERSATILIDAD DEL COLGAJO CIGOMÁTICO DE MEJILLA PARA LA RECONSTRUCCIÓN DE DEFECTOS DEL CANTO INTERNO Y PARED LATERAL NASAL: REPORTE DE CASO

Dr. Diego Alexander Pérez Bermeo,
Dra. Verónica Yael Ortega Ramos, Dr. Ángel Ariel Aparicio

La reconstrucción del canto interno y la pared lateral nasal constituye un desafío en cirugía plástica reparadora debido a la complejidad anatómica de la región y la necesidad de preservar tanto la función palpebral como la armonía facial. El objetivo del presente trabajo es describir la utilidad del colgajo cigomático de mejilla en la reconstrucción de un defecto secundario a resección de carcinoma basocelular. Se presenta el caso de un paciente masculino de 60 años con diagnóstico clínico de carcinoma basocelular localizado en el canto interno y la pared lateral nasal derecha. Se realizó resección tumoral con márgenes de seguridad, obteniéndose un defecto de aproximadamente 3x3 centímetros. La reparación se efectuó en un solo tiempo quirúrgico mediante colgajo cigomático de mejilla con patrón de rotación-avance. El cierre por planos se realizó con sutura reabsorbible Vicryl 3-0 en tejido subcutáneo y Nylon 3-0 en piel. La evolución postoperatoria fue favorable, sin complicaciones inmediatas. El control a los tres meses evidenció adecuada integración del colgajo, preservación del contorno anatómico y resultado estético satisfactorio.

DOCUMENTACIÓN MÉDICA: HISTORIA CLÍNICA, PROTOCOLO INTRAOPERATORIO, IMÁGENES Y CONSTANCIA DE MATERIALES

Dr. Patricio F. Jacovella

Se presenta la documentación imprescindible como constancia del acto médico, desde los puntos de vista asistencial y legal. Se detallan: historia clínica, consentimiento informado, imágenes pre y post tratamientos, parte de anestesia, protocolo operatorio y constancia de materiales con sus etiquetas correspondientes. Se comentan los aspectos éticos y la importancia de la comunicación médico-paciente.

EL VALOR DE ESCRIBIR

Dr. Manuel Alberto Sarrabayrouse

En estas líneas un cirujano plástico al final de una larga trayectoria profesional plantea algunas reflexiones sobre el valor de escribir y su camino de vida.

Summary

REVISTA ARGENTINA DE CIRUGÍA PLÁSTICA 2026;32(3):110-111. HTTPS://DOI.ORG/10.32825/RACP/202603/0110-0111

LOWER AND UPPER EYELID RECONSTRUCTION USING BIPARTITION MUSTARDÉ FLAP AND MUCOPERIOSTEAL PALATE GRAFT

Dr. Carlos Lora Guzmán, Dr. Hugo Benítez, Dr. Alejandro Gómez Lucyszyn, Dra. Micaela Ledesma, Dr. Christian Ruiz.

We present a case of upper and lower eyelid reconstruction in a 69-year-old patient with basal cell carcinoma of the right lower eyelid.

The technique used combines the Mustardé flap and a mucoperiosteal palatal graft to restore both the anterior and posterior lamellae in a single surgical procedure.

The intervention included tumor resection with clear margins and repair of the defect using a Mustardé flap, which was then divided to cover the entire lower eyelid defect and the partial upper eyelid defect. This was combined with a mucoperiosteal palatal graft to reconstruct the lamellar support.

The postoperative results were satisfactory, with no significant complications and good eyelid function and aesthetics.

COMPREHENSIVE AESTHETIC TREATMENT OF THE MALE CHEST

Dr. Ricardo Babaitis

This article analyzes surgical techniques for improving the overall appearance of the male chest in order to create a more aesthetic and harmonious body contour. Clinical cases and their complications are presented, along with recommendations for improving outcomes.

AUTOLOGOUS BREAST RECONSTRUCTION WITH MODIFIED AICAP FLAP GUIDED BY INDOCYANINE GREEN ANGIOGRAPHY AFTER IMPLANT EXPLANTATION IN AN IRRADIATED PATIENT: A CASE REPORT

Dr. Agustín Rancati, Dr. Mariano Félix Ramírez, Dr. Iñaki Barone, Dra. Josefina Pedelacq, Dr. Carlos Butto, Dr. Julio Dorr, Dr. Claudio Angrigiani, Dr. Alberto Rancati.

Introduction: Prosthetic breast reconstruction in patients undergoing post-mastectomy radiotherapy is associated with a higher risk of complications, particularly capsular contracture and reconstructive failure. Regional perforator flaps offer an alternative for providing well-vascularized tissue with lower morbidity than free flaps. Indocyanine green angiography (ICG-A) can optimize flap selection and intraoperative design.

Case presentation: A 46-year-old patient with a history of bilateral mastectomy with preservation of the nipple-areola complex and immediate reconstruction with 285 cc submuscular implants. She received adjuvant radiotherapy to the right breast and developed chronic pain, stiffness, and severe capsular contracture, with poor skin quality on the irradiated side. Bilateral explantation with capsulectomy and immediate autologous reconstruction was performed using bilateral de-epithelialized AICAP flaps, guided by color Doppler and ICG-A to confirm dominant perforators and global perfusion.

Results: The postoperative period was uneventful. No signs of congestion, fat necrosis, or skin compromise were observed. At one year of follow-up, the result remained stable, with adequate symmetry and no pain or progressive deformities.

Conclusion: Immediate autologous reconstruction with bilateral AICAP flaps after prosthetic explantation in an irradiated bed was feasible, without complications, and with clinical stability at 12 months. ICG-A was used as an adjunct tool to confirm dominant perforators and global flap perfusion; larger series are required to confirm its incremental benefit.

EVOLUTION OF BREAST IMPLANTS AND THEIR CLINICAL IMPACT: A RETROSPECTIVE ANALYSIS OF 4,000 CASES (1981-2024)

Dr. Néstor Vincent, Dr. Ezequiel Vincent.

Background: Breast implants have undergone significant technological and conceptual evolution since their introduction, aiming to reduce complications such as capsular contracture, implant rupture, and long-term adverse events.

Objective: To analyze the historical evolution of breast implants from 1981 to 2024 and evaluate their clinical impact on capsular contracture, rupture rates, implant replacement, and immunological behavior in a cohort of 4,000 patients.

Materials and Methods: A retrospective observational study was conducted including 4,000 breast implant procedures performed between 1981 and 2024. Mean patient age was 32 ± 15 years. Implant types, surgical techniques, complication rates, and long-term outcomes were analyzed.

Results: Capsular contracture rates decreased from approximately 30 % in the early 1980s to less than 1% in the last decade. Implant rupture rate was 10%, while implant replacement reached 25%, mainly for aesthetic reasons. Patients with breast implants showed higher levels of CD8 cytotoxic lymphocytes compared to non-implanted patients.

Conclusions: Technological advances in implant design, surgical techniques, and understanding of biofilm and immunological factors significantly reduced complication rates. Modern breast implants demonstrate high clinical safety and may exert immunological and thermal effects.

INTRAOPERATIVE EXPANSION FOR FACIAL DEFECT REPAIR

Dr. Ignacio A. Báez Rosés, Dra. Estefanía Martínez, Dra. Kimey N. Marcon, Dr. Lucas F. Segalla, Dr. Keith Hopkins.

The Rapid Intraoperative Tissue Expansion (RITE) technique uses tissue expanders for facial defect reconstruction in a single surgical procedure8,9. This method, developed by Sasaki in the 1980s2,4, is based on mechanical principles such as creep and collagen fiber reorganization, allowing for controlled tissue expansion without the need for multiple interventions.

This study evaluates its effectiveness in patients aged 65 to 85 years undergoing surgical resections for cutaneous tumors at the Dr. Federico Abete Trauma and Emergency Hospital in Malvinas Argentinas, Buenos Aires Province.

The results show that RITE reduces surgical time, improves aesthetic outcomes, and minimizes complications associated with traditional methods. Clinical cases report successful closures of defects ranging from 2 to 5 cm, without significant postoperative complications.

The technique is especially useful in visible areas such as the face, where the similar texture, color, and vascularization of the adjacent tissue offer natural-looking results. Although it has limitations related to tissue elasticity and the patient's

pre-existing conditions, rapid intraoperative tissue expansion (RITE) is becoming established as a reliable alternative in plastic surgery. Further research is recommended to standardize protocols and expand its clinical applications.

FASCIOCUTANEOUS FLAPS IN PILONIDAL CYST: AN EFFECTIVE ALTERNATIVE TO TRADITIONAL OPEN TECHNIQUES

Dra. Annika Stückrath, Dr. Gustavo Parera

Introduction: Sacrococcygeal pilonidal disease is a common condition in young adults, associated with high morbidity and recurrence rates. Historically, open techniques have been widely used, although they are associated with prolonged healing and recovery times.

Objective: To describe the use of fasciocutaneous flaps, including those incorporating gluteus maximus fascia, in the surgical treatment of primary and recurrent pilonidal disease.

Materials and methods: Patients undergoing reconstructive surgery using fasciocutaneous flaps were analyzed, and postoperative outcomes were compared with those of traditional open approaches.

Results: Fasciocutaneous flaps allowed adequate defect closure, shorter healing times, and early return to daily activities.

Conclusion: Fasciocutaneous flap reconstruction improves functional outcomes and reduces postoperative morbidity compared to open techniques.

MONDOR'S DISEASE AFTER BREAST PLASTIC SURGERY. UPDATE AND PRESENTATION OF CLINICAL CASES

Dra. María Emilia Barrios, Dra. Virginia Giachero.

Introduction and objective: Mondor's disease (MD) is a superficial thrombophlebitis of the thoracic veins, most commonly associated with breast surgery. It is a benign and self-limiting condition and is often underdiagnosed.

Materials and methods: We present three cases of MD in breast surgery, clinically diagnosed based on the appearance of painful subcutaneous cords in the immediate postoperative period.

Results: All patients developed symptoms between 19 and 33 days after surgery. Treatment was conservative, with complete resolution within 3 to 6 weeks, without recurrences or the need for additional diagnostic studies.

Conclusions: MD is a poorly recognized complication. Diagnosis based on clinical evaluation and adequate patient information allows for appropriate management, avoiding unnecessary investigations and reducing associated anxiety.

VERSATILITY OF THE ZYGOMATIC CHEEK FLAP FOR RECONSTRUCTION OF MEDIAL CANTHAL AND LATERAL NASAL WALL DEFECTS: A CASE REPORT

Dr. Diego Alexander Pérez Bermeo,
Dra. Verónica Yael Ortega Ramos, Dr. Ángel Ariel Aparicio.

Reconstruction of the medial canthus and lateral nasal wall represents a challenge in reconstructive plastic surgery due to the anatomical complexity of the region and the need to preserve both eyelid function and facial harmony. The objective of this study is to describe the usefulness of the zygomatic cheek flap in the reconstruction of a defect secondary to basal cell carcinoma resection. We present the case of a 60-year-old male patient with a basal cell carcinoma located at the medial canthus and right lateral nasal wall (Figure 1). Tumor resection with safety margins resulted in a defect measuring approximately 3x3 centimeters (Figure 2B). Immediate reconstruction was performed in a single surgical stage using a zygomatic cheek rotation-advancement flap (Figure 2A-C). Subcutaneous closure was achieved with Vicryl 3-0 and skin closure with Nylon 3-0. Postoperative evolution was favorable, with no complications. At three-month follow-up, adequate flap integration and satisfactory aesthetic outcome were observed (Figure 2D).

MEDICAL DOCUMENTATION: MEDICAL HISTORY, OPERATIVE PROTOCOL, IMAGES AND RECORD OF MATERIALS

Dr. Patricio F. Jacovella.

The importance of essential medical documentation considering assistance and legal point of view is considered. Clinical reports, informed consent, pre and post treatments images, anesthesia details and medical material labels are detailed as well. Ethical and communications skills with patients are stressed.

THE VALUE OF WRITING

Dr. Manuel Alberto Sarrabayrouse

In these lines, a plastic surgeon at the end of a long professional career raises some reflections on the value of writing and his life path.

El Dr. Ricardo Losardo fue reconocido por la Academia Brasileña de Cirujanos Plásticos Escritores

Dr. Ricardo Losardo was recognized by the Brazilian Academy of Plastic Surgeons Writers.

REVISTA ARGENTINA DE CIRUGÍA PLÁSTICA 2026;32(3):112-114. HTTPS://DOI.ORG/10.32825/RACP/202603/0112-0114

Con profunda alegría comunicamos que el **Dr. Ricardo Jorge Losardo**, editor jefe de la Revista Argentina de Cirugía Plástica, fue designado recientemente como **Miembro Honorario Extranjero** de la **Academia Brasileña de Cirujanos Plásticos Escritores** (ABCPE).

"La Sociedad Argentina de Cirugía Plástica, Estética y Reparadora (SACPER) felicita a nuestro distinguido colega, el Dr. Ricardo Jorge Losardo, editor jefe de la Revista Argentina de Cirugía Plástica, expresidente del Congreso Argentino de Cirugía Plástica 2018, presidente de la Academia Panamericana de Historia de la Medicina y vicepresidente de la Sociedad Internacional de Historia de la Medicina, por su reciente designación como Miembro Honorario Extranjero de la Academia Brasileña de Cirujanos Plásticos Escritores (ABCPE).
Esta membresía honorífica fue otorgada durante el acto solemne de creación de la ABCPE, realizado el 14 de septiembre de 2026 en la Asociación Médica Paulista, en San Pablo, Brasil.
La distinción, cuyo objetivo es contribuir a la preservación de la historia de la cirugía plástica y al desarrollo de la especialidad, le fue otorgada en reconocimiento a su destacada trayectoria profesional, su permanente actividad docente, su producción científica y su compromiso con la actividad societaria" señaló SACPER en sus redes sociales a través de su Comisión Directiva.
El Dr. Losardo se ha desempeñado en cargos de liderazgo en la **Sociedad Argentina de Cirugía Plástica** y en la **Sociedad de Cirugía Plástica de Buenos Aires**. También en 2025 ha obtenido el **Premio Maestro de la Medicina** y ha sido designado Miembro Honorario de la **Academia Brasileña de Historia de la Medicina** en Río de Janeiro, Brasil.
Las autoridades de esta flamante Academia son los cirujanos plásticos, doctores: *Juarez Moraes Avelar* (presidente), *Lybio José Martire Júnior* (vicepresidente), *Moisés Wolfenson* (secretario general) y *Fernando Gomes de Andrade* (tesorero).
En el estrado de la ceremonia estuvieron presentes los doctores: *Helio Begliomini* (presidente de la Academia de Medicina de San Pablo y delegado de la capital de la APM); *Marcelo Sampaio* (presidente de la Sociedad Brasileña de Cirugía Plástica - SBCP); *Alexandre Piassi* (secretario general de la SBCP); *Jorge Abel* (presidente de la SBCP Regional de São Paulo); *Moisés Wolfenson* (presidente de la Sociedad de Láser en Medicina); *Lybio José Martire Júnior* (presidente de la Academia Brasileña de Historia de la Medicina); y *Ricardo Losardo* (presidente de la Academia Panamericana de Historia de la Medicina).

Breve currículum del Académico Honorario Dr. Ricardo Losardo.

Medalla de Académico Honorario entregada al Dr. Ricardo Losardo.

El Dr. Ricardo Losardo disertando en la Asociación Médica Paulista.

Invitación al acto solemne de la Fundación de la Academia Brasileña de Cirujanos Plásticos Escritores, realizado el 14 de septiembre de 2026 en San Pablo, Brasil.

Durante dicho acto solemne, se presentaron los 31 patrones y los 31 miembros fundadores de la ABCPE, que se detallan a continuación:

Sitial	Patrón	Académico Fundador
1	Ivo Pitanguy	Juárez Moraes Avelar (São Paulo)
2	Oswaldo de Castro	Lybio Martire Júnior (São Paulo)
3	Perseu de Castro Lemos	Moisés Wolfenson (Pernambuco)
4	Antonio Prudente	Fernando Gomes de Andrade (Alagoas)
5	Lindolfo Chaves	Osiris José Dutra Martuscelli (Minas Gerais)
6	Ricardo Baroudi	José Horacio C. Aboudib Júnior (Rio de Janeiro)
7	Nemer Chidid	Rômulo Mene (Rio de Janeiro)
8	Fabio Rabello	Marco Aurélio F.L. Pellon (Rio de Janeiro)
9	Olendino Ferreira Prados	Marilho Tadeu Dornellas (Minas Gerais)
10	Víctor Spina	Rolf Gemperli (São Paulo)
11	Raúl Loeb	Dênis Calazans Loma (São Paulo)
12	Orlando Lodovici	Nivaldo Alonso (São Paulo)
13	Roberto Barjas Millán	Ithamar Nogueira Stocchero (São Paulo)
14	Antonio Costa Estima	Marcelo Marafón Maino (Rio Grande do Sul)
15	Raúl Couto Sucena	Gladstone E. L. Faria (São Paulo)
16	Paulo de Castro Correa	Mariangela F. L. Santiago (São Paulo)
17	Willian Ermete Primo Callia	Ricardo Boggio (São Paulo)
18	Melchiades Cardoso de Oliveira	Antonio Roberto Bozola (São Paulo)
19	Antônio Duarte Cardoso	Marcelo Daher (Rio de Janeiro)
20	Munir Curi	Fernando Teixeira Basto Júnior (Pernambuco)
21	Jorge de Moura Andrews	Edith Kawano Oribe (São Paulo)
22	Claudio Rebello	Antonio Tomaz M. Nassif (Rio de Janeiro)
23	Nelson Pigossi	Kose Horibe (São Paulo)
24	Carlos Alberto Jaimovich	Isabel Vieira Figueiredo e Silva (Rio de Janeiro)
25	Paulo Marques de Souza	Ricardo Cavalcanti (Rio de Janeiro)
26	Urbano Fabrini	Volney de Araújo Pitombo (Rio de Janeiro)
27	Roberto Correa Chem	Marcus Vinicius M. Collares (Rio Grande do Sul)
28	Gerardo Peixoto	João Erfon Almeida Ramos (Ceará)
29	Evaldo Bolívar de Souza Pinto	Alexandre A. Mattos Meira (Minas Gerais)
30	Aymar Sperli	Raul Gonzalez (São Paulo)
31	Jorge Miguel Psilakis	João Moraes Prado Neto (São Paulo)

A continuación, también se presentaron 31 Académicos Honorarios:

Ailton de Araújo Cerqueira (Espírito Santo)
Alexandre Piassi (São Paulo)
Alfredo Donnabella (Minas Gerais)
Antonio Egidio Rinaldi (São Paulo)
Cecin Daoud Yacoub (São Paulo)
Douglas Jorge (São Paulo)
Evaldo Alves Dássumpção (Minas Gerais)
Fábio Xerfan Nahas (São Paulo)
Farid Hakme (Rio de Janeiro)
Guilherme Greco (Minas Gerais)
Jorge Luiz Abel (São Paulo)
José Carlos Daher (Distrito Federal)
José Octavio G. de Freitas (São Paulo)
José Y. Tariki (São Paulo)
Kennedy Rossi (Minas Gerais)
Luciano Ornelas Chaves (Distrito Federal)
Luiz Alberto Souza Leite (Pernambuco)
Luiz Carlos Celi Garcia (Rio Grande do Sul)
Lydia Masako Ferreira (São Paulo)
Marcelo Sampaio (São Paulo)
Marco Túlio R. da Silva (Minas Gerais)
Níveo Steffen (Rio Grande do Sul)
Orlando de Oliveira Neto (Goiás)
Oswaldo Saldanha (São Paulo)
Paulo Keike Matsudo (São Paulo)
Ricardo Jorge Losardo (Argentina)
Rodrigo D´Eça Neves (Santa Catarina)
Rogério Bitencourt (Paraná)
Sérgio E. Carreirão da Silva (Rio de Janeiro)
Vagner Carvalho Rocha (Minas Gerais)
Vera Lúcia Nocchi Cardim (SP)

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

Reconstrucción palpebral inferior y superior mediante bipartición de colgajo de Mustardé e injerto mucoperióstico de paladar

Lower and upper eyelid reconstruction using bipartition Mustardé flap and mucoperiosteal palate graft

Dr. Carlos Lora Guzmán[1], Dr. Hugo Benítez[2],
Dr. Alejandro Gómez Lucyszyn[3], Dra. Micaela Ledesma[4], Dr. Christian Ruiz[5]

RESUMEN

Se presenta un caso de reconstrucción palpebral inferior y superior en una paciente de 69 años con carcinoma basocelular en el párpado inferior derecho.
La técnica utilizada combina el colgajo de Mustardé y un injerto mucoperióstico de paladar para restaurar tanto la lamela anterior como posterior en un solo tiempo quirúrgico.
La intervención incluyó la resección del tumor con márgenes de seguridad y la reparación del defecto mediante un colgajo de Mustardé y su bipartición para cobertura de defecto total del párpado inferior, y defecto parcial del superior, asociado a injerto mucoperióstico de paladar para reconstruir el soporte lamelar.
Los resultados postoperatorios fueron satisfactorios, sin complicaciones significativas y con una buena funcionalidad y estética del párpado.

Palabras clave: reconstrucción palpebral, colgajo de Mustardé, injerto mucoperióstico de paladar.

ABSTRACT

We present a case of upper and lower eyelid reconstruction in a 69-year-old patient with basal cell carcinoma of the right lower eyelid.
The technique used combines the Mustardé flap and a mucoperiosteal palatal graft to restore both the anterior and posterior lamellae in a single surgical procedure.
The intervention included tumor resection with clear margins and repair of the defect using a Mustardé flap, which was then divided to cover the entire lower eyelid defect and the partial upper eyelid defect. This was combined with a mucoperiosteal palatal graft to reconstruct the lamellar support.
The postoperative results were satisfactory, with no significant complications and good eyelid function and aesthetics.

Key words: eyelid reconstruction, Mustardé flap, palatal mucoperiosteal graft.

REVISTA ARGENTINA DE CIRUGÍA PLÁSTICA 2026;32(3):115-119. HTTPS://DOI.ORG/10.32825/RACP/202603/0115-0119

INTRODUCCIÓN

El carcinoma basocelular es la neoplasia maligna de piel más común y constituye el 90 % de los tumores malignos de párpados, con una ligera preponderancia masculina. El párpado inferior es el más afectado[1].
La preservación de la función visual y la restauración estética son objetivos primordiales en el manejo quirúrgico de lesiones de párpado inferior. Las técnicas quirúrgicas deben ofrecer una cobertura adecuada del defecto, preservar el borde palpebral y minimizar las secuelas funcionales y estéticas. El colgajo de Mustardé, gracias a su versatilidad y confiabilidad, se ha posicionado como una de las opciones de elección en este contexto[2].
Presentamos un caso clínico de cirugía plástica reparadora para pérdida mayor del 75 % de la extensión total del párpado inferior, con afectación del canto externo e invasión al párpado superior. El objetivo fue restaurar en un solo tiempo quirúrgico tanto la lamela anterior como posterior utilizando un avance y rotación de Mustardé más injerto mucoperióstico de paladar.

DISEÑO DEL ESTUDIO: PRESENTACIÓN DE CASO

Se realiza la presentación de un caso clínico de paciente femenina de 69 años, con antecedentes de hipertensión arterial y nefrectomía derecha (absceso renal 2002), que consulta por tumoración en párpado inferior derecho de 6 años de evolución.
La inspección detalla las siguientes características: tumor hiperpigmentado, irregular con aspecto ulcerativo, sobreelevado con bordes perlados y telangiectasias periféricas, diámetro de 2,5 cm x 2 cm, que se extiende desde el tercio medio hasta el canto externo, infiltrando el tercio externo del párpado superior.

1. Especialista en cirugía plástica, estética y reparadora, Hospital Zonal "Dr. Carlos Bocalandro". Miembro Adherente SACPER.
2. Jefe de Servicio de Cirugía Plástica Estética y Reparadora, Hospital Interzonal General de Agudos "Eva Perón" de San Martín. Miembro Titular SACPER.
3. Especialista en cirugía plástica estética y reparadora, Hospital "Eva Perón". Miembro Titular SACPER.
4. Residente en cirugía plástica estética y reparadora, Hospital "Eva Perón". Miembro en formación SACPER.

✉ Correspondencia: Dr. Carlos Lora Guzmán.
carloslora270490@gmail.com

Los autores no declaran conflictos de intereses

Recibido: 12/01/2026. Aceptado: 18/08/2026.

Figura 1. Lesión tumoral del párpado inferior derecho. (Fuente: producción propia).

Lesión con compromiso mayor al 75 % que compromete borde libre, tarso y mucosa conjuntival (**Figura 1**). Se decide estudio histológico mediante biopsia incisional de la lesión, la cual evidenció un carcinoma basocelular lobulado con queratinización pilosa focal extendido a dermis reticular, pigmentado.

Se realiza intervención quirúrgica de la lesión (**Figura 2):** resección del carcinoma basocelular, con márgenes de seguridad 0,6 mm, que involucran espesor total del párpado inferior y canto externo, con extensión hacia el tercio externo del párpado superior (biopsia por congelación bordes libres).

Posterior a la resección tumoral, se decide reconstrucción mediante colgajo de Mustardé. La confección del colgajo empieza con la planeación quirúrgica, mediante marcación cutánea, seguida de la incisión a lo largo del párpado inferior ascendiendo el canto externo del ojo, siguiendo la incisión a lo largo de la región preauricular hasta la apófisis mastoidea.

Se tomó un injerto mucoperióstico de paladar de aproximadamente 3 x 2 cm, el cual se fijó a la mucosa conjuntival con puntos separados de poliglecaprona[6] (**Figuras 3 y 4).**

Posteriormente se realizó la disección dermohipodérmica del colgajo, al cual se realiza rotación y avance hacia medial quedando cubierto el defecto quirúrgico. Para la reparación del defecto de tercio externo del párpado superior, se realiza una bipartición del colgajo dermocutáneo (**Figuras 5A y 5B**), logrando así la cobertura tanto del defecto de espesor total del párpado inferior como la del párpado superior.

Se realiza reconstrucción y suspensión del canto externo, colocando suturas de fijación no reabsorbibles desde el colgajo hacia el tubérculo de Whitnall, en cercanías del arbotante cigomático malar y en el pliegue subtarsal para prevenir el riesgo de ectropión (**Figuras 6A y 6B**). Finalmente se realiza síntesis del colgajo.

Figura 2. Resección tumoral completa (defecto completo del párpado inferior y tercio externo párpado superior).

La biopsia por diferido informó: "Carcinoma basocelular nodular ulcerado, que se extiende a dermis reticular. Resección completa".

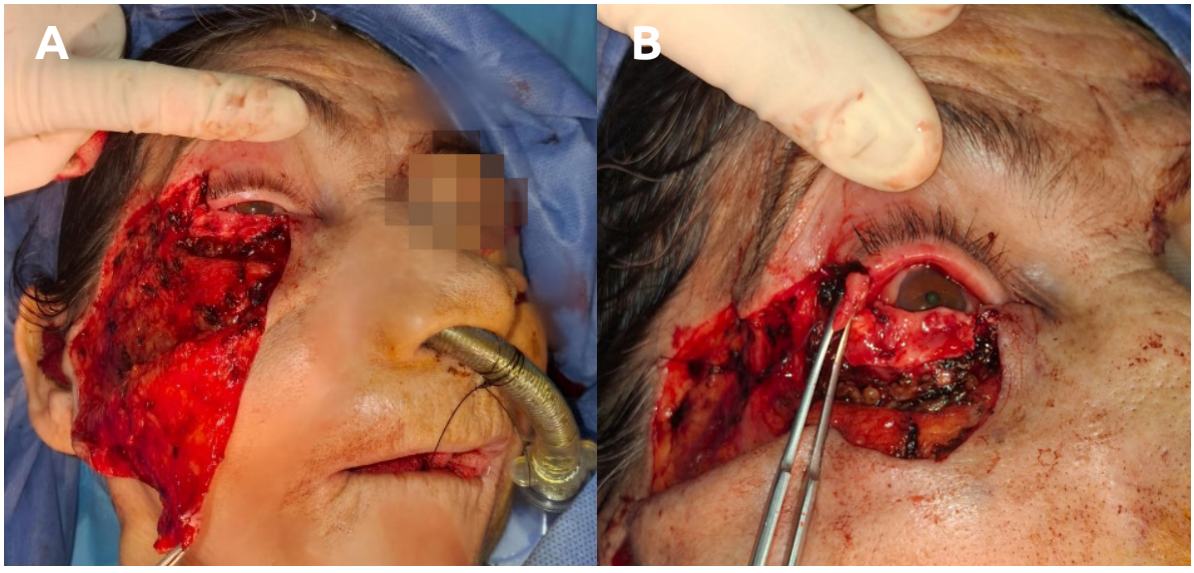
Durante la evolución postoperatoria inmediata y alejada se observó vitalidad completa del colgajo, con buen soporte del párpado inferior sin retracciones ni defectos de mal posicionamiento (ectropión / entropión), apertura y cierre ocular conservado y adecuada coloración de piel donante, similar a la nativa (Figuras 7A y 7B).

DISCUSIÓN

El tratamiento de defectos en el párpado inferior es un desafío en la cirugía plástica reparadora, dado que esta área es crucial tanto para la función ocular como para la estética facial.

Figura 3. *Pieza de injerto mucoperióstico de paladar.*

Figura 4. *Fijación de injerto.*



Figuras 5. *A) Disección de colgajo dermocutáneo tipo Mustardé. B) Evidencia defecto de tercio externo del párpado superior.*

Entre las técnicas disponibles, el colgajo de Mustardé ha demostrado ser altamente efectivo, proporcionando cobertura adecuada al permitir la movilización de tejidos adyacentes con mínima desvascularización. Esta propiedad es esencial en la reconstrucción del párpado inferior, donde la perfusión sanguínea adecuada es vital para una cicatrización óptima[3].

TÉCNICA QUIRÚRGICA

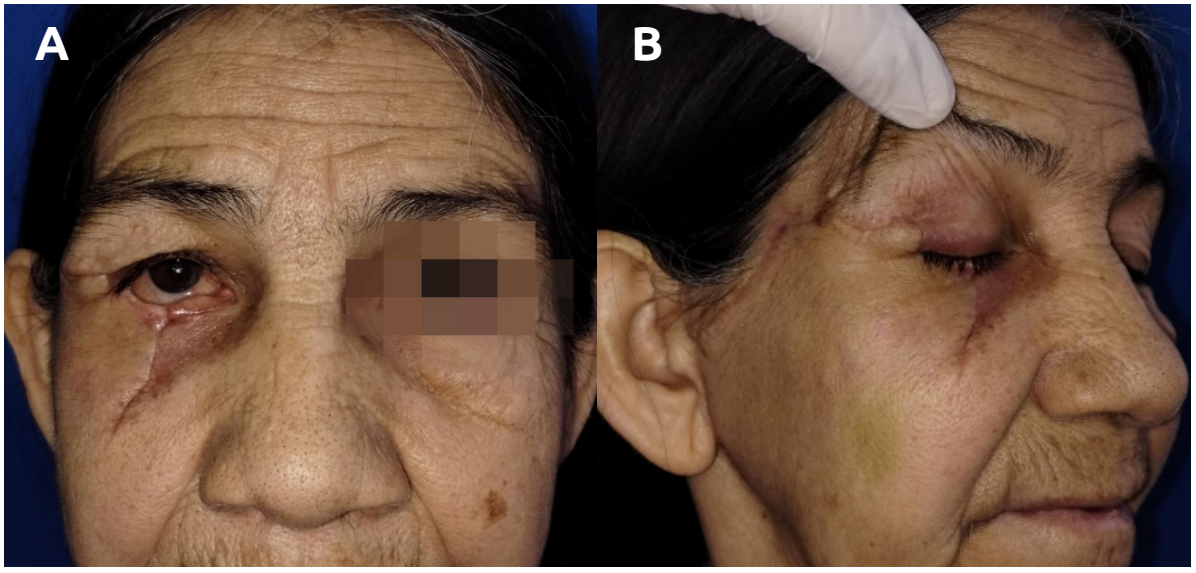
La técnica del colgajo de Mustardé implica la creación de un colgajo de piel en forma de "L" que se avanza desde el área circundante hacia el defecto. Este colgajo se basa en la vascularización de los tejidos adyacentes, lo que minimiza el riesgo de necrosis.
La incisión se realiza en la piel del párpado inferior y el colgajo se eleva cuidadosamente para preservar la inervación y la vascularización. Posteriormente, el colgajo se avanza para cubrir el defecto, y se sutura en su lugar. La combinación de este colgajo con un injerto mucoperióstico de paladar implica la colocación de un injerto delgado en la base del colgajo, lo que puede mejorar la vascularización y la integración del tejido y la reconstrucción del soporte lamelar[7].

BENEFICIOS DE LA TÉCNICA

La combinación del colgajo de Mustardé con injerto mucoperióstico presenta múltiples beneficios:

- *Mejora de la vascularización:* El injerto de periostio, rico en células madre y factores de crecimiento, promueve la angiogénesis, lo que puede resultar en una mejor perfusión del colgajo y una cicatrización más rápida.

Figuras 6. A) Vista general de reconstrucción estética funcional de párpado inferior y tercio externo de párpado superior. B) Vista lateral de síntesis final de colgajo dermocutáneo.



Figuras 7. A) y B). Resultado estético funcional a los 21 días postoperatorios.

- *Reducción de complicaciones:* La integración del injerto de periostio reduce la incidencia de complicaciones postoperatorias como la necrosis del colgajo y la retracción del párpado, que son preocupaciones comunes en la cirugía reconstructiva del párpado.
- *Resultados estéticos satisfactorios:* La técnica permite una cobertura más natural y estéticamente placentera del defecto, lo que mejora la satisfacción del paciente. La similitud del injerto de periostio con el tejido circundante favorece una mejor integración estética.
- *Funcionalidad mejorada:* La preservación de estructuras como los músculos y nervios perioculares contribuye a una mejor funcionalidad del párpado, lo que es crucial para la protección ocular y la función visual.

Desafíos: A pesar de sus múltiples beneficios se plantean varios desafíos.

- *Complejidad quirúrgica:* La técnica requiere habilidades quirúrgicas avanzadas y un conocimiento profundo de la anatomía facial, lo que puede limitar su aplicación en algunos entornos clínicos.
- *Tamaño del injerto:* La obtención de un injerto de periostio adecuado puede ser un desafío, especialmente en pacientes con condiciones que afectan la calidad del tejido.
- *Riesgo de reacciones inmunológicas*: Aunque el periostio es un tejido autólogo, existe la posibilidad de reacciones adversas en algunos pacientes, lo que puede complicar la recuperación. Sobre todo, la fibrosis.
- *Variabilidad en la cicatrización:* En pacientes con comorbilidades como diabetes o enfermedades

vasculares, la cicatrización puede verse comprometida, lo que podría afectar los resultados.

CONCLUSIÓN

La combinación de la versatilidad del colgajo de Mustardé con el soporte del injerto mucoperióstico adyacente al defecto en un solo tiempo quirúrgico convierte a esta técnica en una alternativa reparadora atractiva, ya que aumenta las posibilidades de un aceptable resultado estético y funcional para el manejo de defectos palpebrales inferiores causados por carcinoma.

Este colgajo se reconoce como una opción altamente adecuada especialmente para pacientes de mayor edad o con comorbilidades severas, como malnutrición, o en situaciones de elevado riesgo social, quienes, de otra manera, no serían candidatos a cirugías microvasculares prolongadas ni a un postoperatorio más agresivo.

Es fundamental adherirse a los estándares anatómicos para preservar la armonía y funcionalidad del procedimiento. Un correcto anclaje del colgajo a la fascia del arco cigomático ayuda a reducir la tensión sobre el párpado inferior. Se desaconseja realizar solo una sutura de piel al colgajo, ya que esto podría incrementar la tensión en los bordes con la consiguiente isquemia, necrosis y dehiscencia del colgajo; en cambio, se recomienda el uso de suturas de fijación con poliglactina 4-0. Además, es crucial respetar tanto la dirección de las líneas de tensión de la piel como su laxitud, factores que resultan determinantes para un óptimo resultado estético[5].

Si bien se requieren estudios adicionales y continuar observando la evolución para confirmar nuestros resultados y establecer las indicaciones precisas de esta técnica, la misma representa un avance significativo en el campo de la reconstrucción palpebral al ofrecer a los pacientes una mejor calidad de vida y resultados estéticos duraderos.

A modo de conclusión, puede referirse que el cáncer basocelular trae inconvenientes estéticos y psicosociales a los que lo padecen, por lo que se debe tener un planeamiento integrador sobre cómo solucionar los defectos que este deja en la mayoría de los afectados, mediante numerosas técnicas quirúrgicas y dándole valor tanto a la funcionalidad como a lo estético[4].

BIBLIOGRAFÍA

1. *Achaval Rodríguez J, Juárez Calvi R, Montes de Oca E, Valeiras S, Prezzavento G. Reconstrucción palpebral inferior mediante colgajo de periostio y colgajo de Mustardé. Rev Argent Cirug Plást. 2020;26(3):140-2.*
2. *Fuenzalida L, Villalobos K, Miranda R, Cabané P. Colgajo de Mustardé como tratamiento de un carcinoma basocelular. A propósito de un caso. Rev Cir. 2023;75(4):307-13.*
3. *Aguilar FH, de la Paz Martínez DF, Rodríguez FR, Espinosa JFR, Ibarra DAM, Vizuet IS. Reconstrucción del párpado inferior mediante colgajo tipo Mustardé e injerto de concha auricular. Cirug Plást. 2018;28(1):27-31.*
4. *Jardón Caballero J, Alemán Miranda O. Técnicas quirúrgicas estéticas en pacientes con defectos faciales por carcinoma basocelular. Medisan. 2017;21(1):96-101.*
5. *Rojas Bruzón R, Hechavarría Jiménez Y, Socarrás Fonseca LK, Hernández Acosta K, Pérez Pupo A. Reconstrucción palpebral luego de una resección total por cáncer. Rev Cubana Oftalmol. 2023;36(1):e1613.*
6. *Baccega F, Matayoshi S, Da Anunciação Guinguerra Nascimento MA. The periosteal graft and flap use in Ophthalmology. Rev Bras Oftalmol. 2019;78(2):144-9.*
7. *Codner MA, McCord CD Jr, editors. Eyelid and periorbital surgery. Boca Raton: CRC Press; 2016.*

Tratamiento integral estético del tórax masculino

Comprehensive aesthetic treatment of the male chest

Dr. Ricardo Babaitis

RESUMEN

Se analizan las técnicas quirúrgicas para mejorar el aspecto integral del tórax masculino con el fin de crear un contorno corporal más estético y armonioso. Se presentan casos clínicos y sus complicaciones, así como recomendaciones para mejorar los resultados.

Palabras clave: cirugía de contorno corporal, ginecomastia, tórax masculino, cirugía plástica.

ABSTRACT

This article analyzes surgical techniques for improving the overall appearance of the male chest in order to create a more aesthetic and harmonious body contour. Clinical cases and their complications are presented, along with recommendations for improving outcomes.

Key words: body contouring surgery, gynecomastia, male chest, plastic surgery.

REVISTA ARGENTINA DE CIRUGÍA PLÁSTICA 2026;32(3):120-123. HTTPS://DOI.ORG/10.32825/RACP/202603/0120-0123

INTRODUCCIÓN

En cirugías de contorno corporal masculino, ya sea lipoaspiración o dermolipectomías, es muy común ver que la zona del tórax masculino es poco tratada quedando un resultado asimétrico en relación con el abdomen. Por lo tanto, en este artículo se analizan las técnicas quirúrgicas para mejorar el aspecto integral de esta región, creando un contorno más estético y armonioso.

MATERIAL Y MÉTODO

Se realizó el tratamiento integral del tórax masculino en 17 pacientes de entre 22 y 72 años (promedio de 58 años) a quienes se les realizaron cirugías de contorno corporal asociadas a la mejoría de la región pectoral.
Es de destacar que el porcentaje de pacientes que solo quieren tratar esta región es muy bajo, ya que la mayoría acude principalmente para mejorar la región abdominal (dermolipectomía y/o lipoaspiración).

DIAGNÓSTICO Y PLANEAMIENTO

La ecografía es fundamental para diferenciar la pseudoginecomastia de la ginecomastia verdadera, permitiendo una planificación quirúrgica detallada según la clasificación de severidad establecida por Hammond[2].
Si hay buena calidad de piel (pacientes menores de 45 años, sin pérdida masiva de peso) sin descenso del complejo areola-pezón (CAP), la indicación es solamente la lipoaspiración (**Figura 1**).
Si existe ginecomastia se recomienda realizar primero la lipoaspiración para tener una disección previa de la glándula mamaria, idealmente usar ultrasonido (VASER) para liberar la glándula del plano profundo y luego resecar la ginecomastia con la técnica que el cirujano elija[3]. Es recomendable dejar 1 cm de tejido retroareolar para evitar el hundimiento del CAP (**Figura 2**).

DESCRIPCIÓN DE LA TÉCNICA QUIRÚRGICA

La flacidez de la piel de la zona pectoral puede ser de tres tipos:

- Flacidez en la zona infraaxilar (lateral tórax), la que se evidencia como un pliegue a pocos centímetros del CAP hacia caudal.
- Flacidez en la zona pectoral propiamente dicha, que siempre va a estar acompañada de un pliegue infrapectoral y el descenso importante del CAP.
- La combinación de las anteriores.

La técnica va a depender del tipo y grado de flacidez, así como de la elasticidad cutánea[4].

- Cuando la flacidez es solamente infraaxilar, sin descenso del CAP, se realiza una incisión en el pliegue axilar en forma de medialuna y se reseca la piel excedente (**Figura 3**).
- Cuando la flacidez es de la zona pectoral con descenso del CAP, se realiza una incisión tomando como referencia el borde inferolateral del músculo pectoral, desde el inicio del pliegue en zona media (porción abdominal de inserción del músculo pectoral) hasta el pliegue axilar. Es muy importante la palpación del músculo pectoral para la

1. Cirujano plástico. Miembro Titular SACPER y SCPBA.

✉ **Correspondencia:** Dr. Ricardo Babaitis. rbabaitis@gmail.com

El autor no declara conflictos de intereses
Recibido: 30/03/2026. Aceptado: 18/08/2026

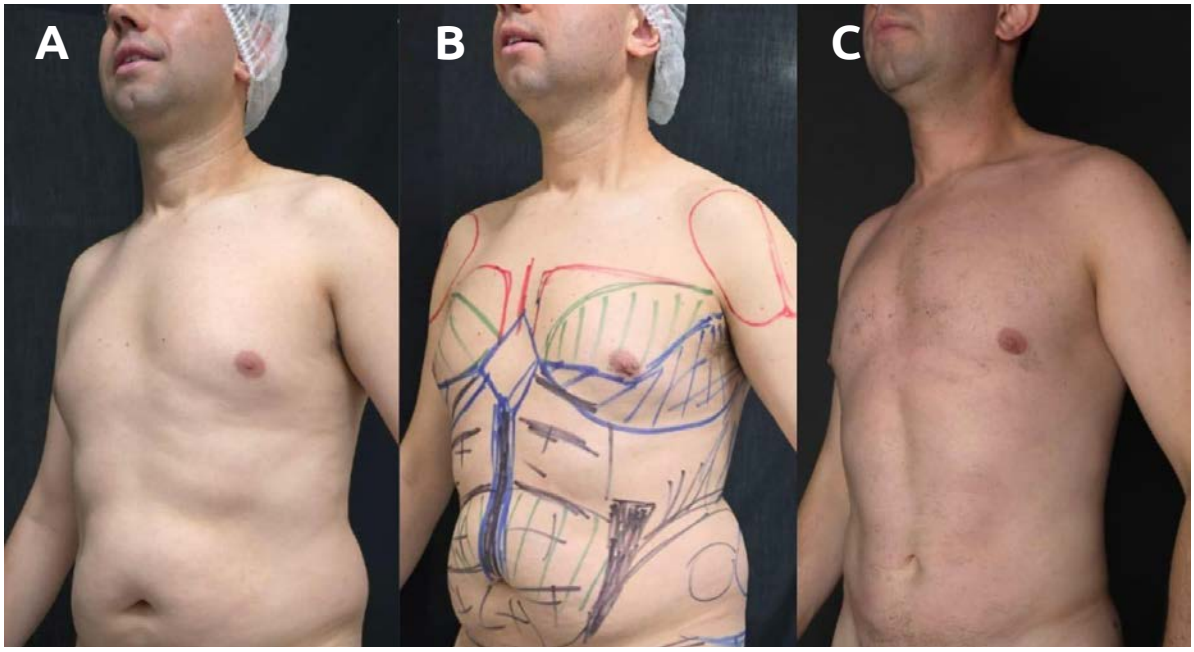


Figura 1. A) Paciente previo a la marcación. B) Paciente con la marcación de las zonas a intervenir (en azul: áreas de lipoaspiración agresiva; en verde: áreas de lipoaspiración suave; y en rojo: áreas de lipotransferencia en el músculo pectoral mayor). C) Postoperatorio a los 6 meses.

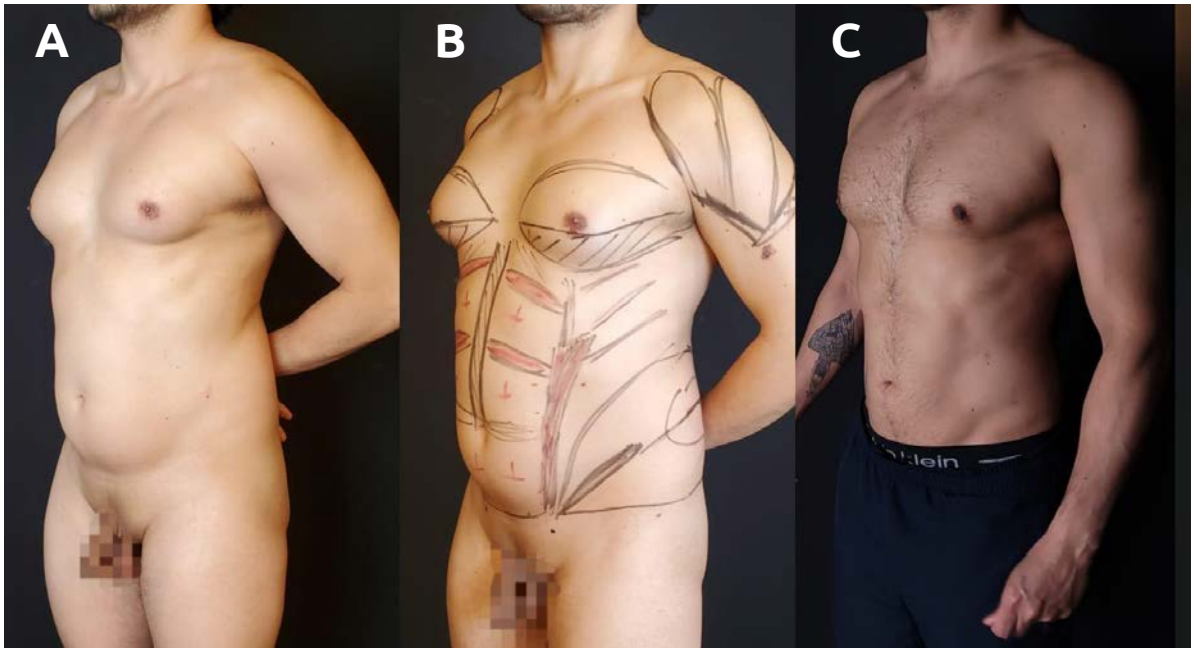


Figura 2. A) Paciente previo a la marcación. B) Paciente con la marcación de las zonas a intervenir. C) Postoperatorio a los 12 meses.

marcación correcta de la resección de piel y también para evaluar la flacidez. La transposición del CAP puede ser conservando el pedículo o directamente un injerto libre del CAP (**Figura 4**).

- Cuando la flacidez de la zona pectoral está acompañada del descenso del CAP y también hay flacidez infraaxilar, se realiza una incisión tomando como referencia el borde inferolateral del músculo pectoral, desde el inicio del pliegue en zona media (porción abdominal de inserción del músculo pectoral) hasta la zona axilar terminando "en cola de pescado", más la transposición del CAP; la transposición puede ser conservando el pedículo o directamente injerto libre del CAP (**Figura 5**).

COMPLICACIONES

Se ha descripto que el 30 % de los procedimientos desarrollaron alguna complicación. Las complicaciones señaladas fueron seromas, dehiscencias, necrosis, hematomas, alteraciones de la cicatrización y pérdida de la sensibilidad[5].

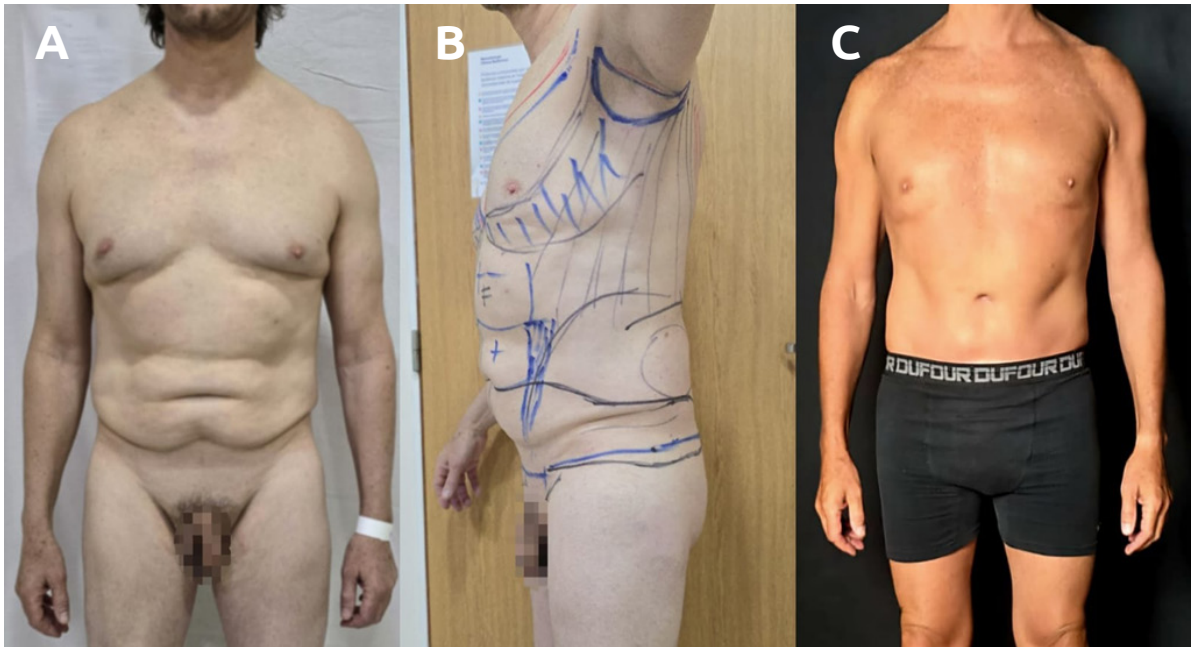


Figura 3. A) Paciente previa marcación. B) Paciente con la marcación de las zonas a intervenir. C) Postoperatorio a los 9 meses.

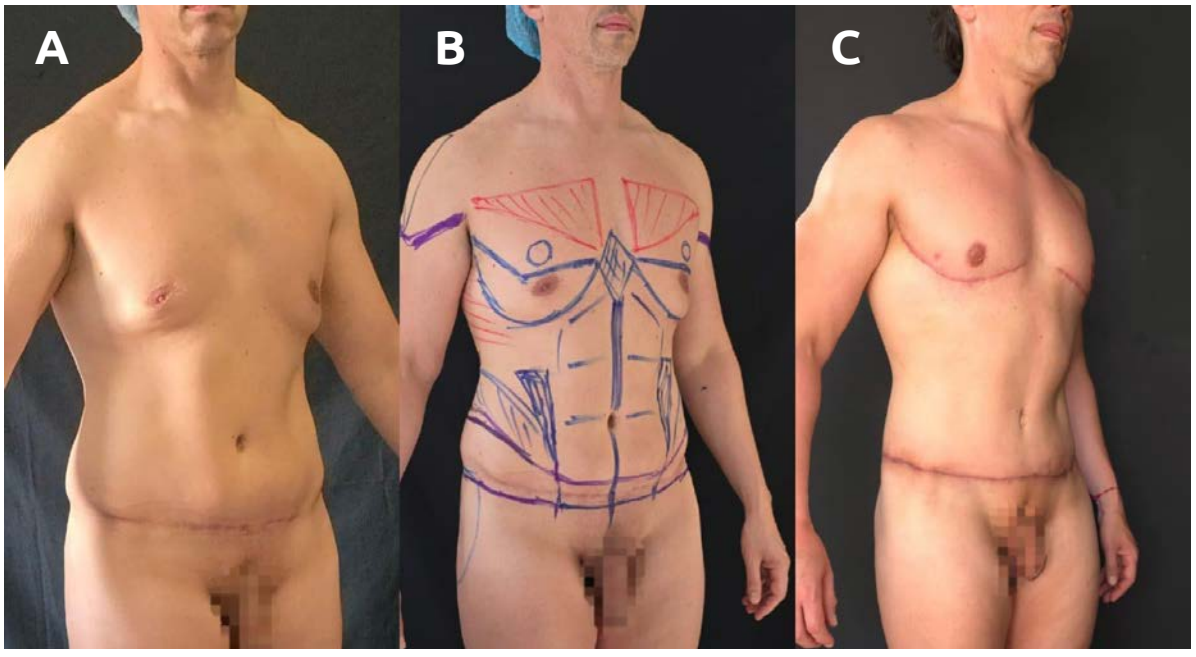


Figura 4. A) Paciente previo a la marcación. B) Paciente con la marcación de las zonas a trabajar. C) Postoperatorio al mes.

Sin embargo, la mayoría de las complicaciones suelen ser menores y sin efectos a largo plazo[5]. La más común es la dehiscencia de la herida que se trata solo con cremas cicatrizantes, ya que si se vuelve a suturar, recidiva rápidamente. La zona más frecuente de dehiscencia es la parte de la cicatriz que queda en la región axilar. Todos estos riesgos son informados a los pacientes antes de someterse al procedimiento.

DISCUSIÓN

Los errores más comunes en el tratamiento de la región pectoral masculina, según la bibliografía consultada, son:

- Los cirujanos, la mayoría de las veces, se ocupan de la resección de la ginecomastia sin asociar una lipoaspiración para mejorar toda la zona pectoral.
- La realización de lipoaspiración sin resección de ginecomastia.
- La falta de resección de piel cuando hay flacidez. La flacidez tiene dos orígenes: la pérdida masiva de peso (por adelgazamiento) y/o la edad avanzada (por laxitud de los tejidos).

Por lo general, los pacientes acceden a la realización de la resección de la ginecomastia y lipoaspiración de la zona pectoral. Muchas veces, esta combinación deja resultados insa-

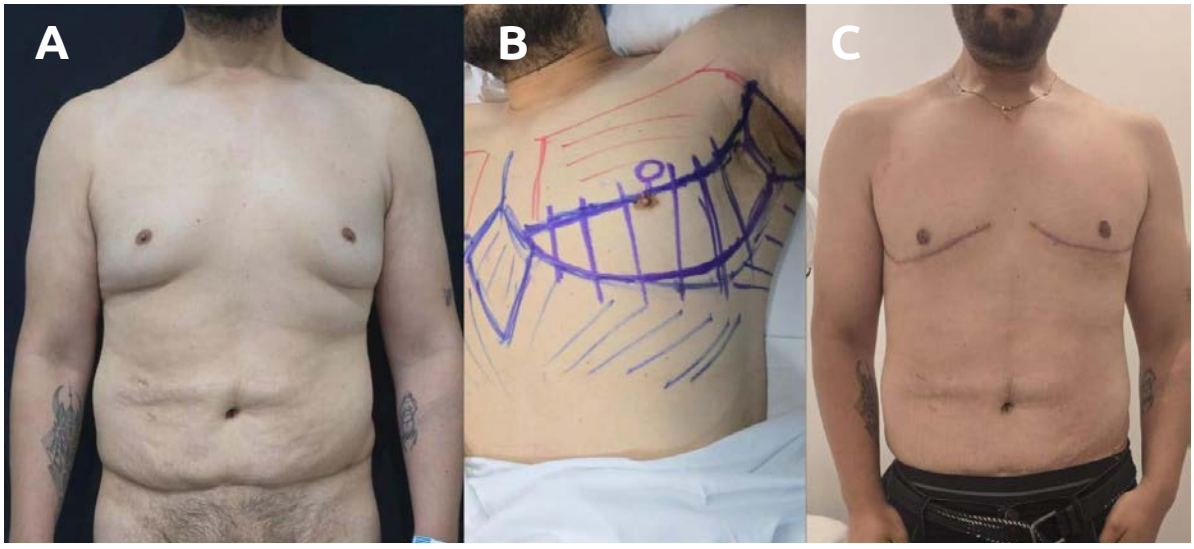


Figura 5. A) Paciente previo a la marcación. B) Paciente con la marcación de las zonas a trabajar. C) Postoperatorio a los 2 meses.

tisfactorios. Cuando hay flacidez asociada se acentúa aún más el descenso del complejo areola pezón (CAP) y la aparición de un surco infraaxilar, que si estaba se intensifica y si no estaba se genera. Por esta razón, es importante identificar la presencia de flacidez para poder tratarla.

La presencia de flacidez nos da la oportunidad de realizar resección de piel, que puede ser de dos tipos: con cicatriz visible y sin cicatriz visible, según el área de la flacidez.

Cuando la indicación es con cicatriz visible, hay una resistencia muy grande de parte del paciente ya que a diferencia de la abdominoplastia esta cicatriz queda visible. Aunque las cicatrices visibles generan reticencia, en pacientes con pérdida masiva de peso, son el único camino para eliminar el excedente cutáneo y reposicionar el complejo areola-pezón de forma estética[1].

La ventaja del tratamiento con cicatriz visible es que no solo mejora la región torácica, sino que también la región abdominal superior, al estilo de una dermolipectomía reversa.

CONCLUSIONES

El tratamiento del contorno corporal masculino es incompleto si no se aborda la región pectoral. Los resultados de este estudio demuestran que la combinación de técnicas quirúrgicas, desde la lipoaspiración y la resección glandular hasta la dermolipectomía pectoral con transposición del CAP, permite corregir de forma confiable tanto el excedente como la laxitud cutánea. Aunque la presencia de cicatrices visibles sigue siendo el principal desafío en la aceptación del paciente, la mejora funcional del torso superior y la armonización del contorno global justifican su indicación en casos de flacidez severa o pérdida masiva de peso.

Resumiendo, son importantes estos puntos:

1. Hacer el diagnóstico preciso para indicar la técnica quirúrgica a utilizar.
2. Realizar una ecografía para identificar la presencia de glándula mamaria para tratar la ginecomastia.
3. Evaluar la calidad de la piel, la edad, el descenso del CAP, la presencia de un pliegue que se continúa desde el borde inferior del pectoral hacia la parte lateral del tórax, para encarar técnicas de resección de piel adecuadas a cada caso clínico.

BIBLIOGRAFÍA

1. *Gusenoff JA. Male Chest Contouring after Massive Weight Loss. Clin Plast Surg. 2020;47(4):559-67.*
2. *Hammond DC. Surgical correction of gynecomastia. Plast Reconstr Surg. 2009;124(1):61e-68e.*
3. *Mentz HA, Falco J, Barone M. Vaser-assisted lipoplasty for high-definition body contouring. Aesthetic Surg J. 2020;40(8):868-80.*
4. *Botta SA. Alternatives for the surgical correction of severe gynecomastia. Aesthetic Plast Surg. 1998;22(1):65-70.*
5. *Martínez AA, Chung S. Ptosis mamaria [Internet]. Treasure Island (FL): StatPearls Publishing; enero 2025.*

Reconstrucción mamaria autóloga con colgajo AICAP modificado guiado por angiografía con verde de indocianina tras explantación protésica en paciente irradiada: reporte de caso

Autologous breast reconstruction with modified AICAP flap guided by indocyanine green angiography after implant explantation in an irradiated patient: a case report

Dr. Agustín Rancati[1,2], Dr. Mariano Félix Ramírez[1,3], Dr. Iñaki Barone[1,2], Dra. Josefina Pedelacq[1,3], Dr. Carlos Butto[1,4], Dr. Julio Dorr[1,5], Dr. Claudio Angrigiani[1,6], Dr. Alberto Rancati[1,7]

RESUMEN

Introducción: La reconstrucción mamaria protésica en pacientes tratadas con radioterapia postmastectomía se asocia a un mayor riesgo de complicaciones, particularmente contractura capsular y fracaso reconstructivo. Los colgajos perforantes regionales constituyen una alternativa para aportar tejido bien vascularizado con menor morbilidad que los colgajos libres. La angiografía con verde de indocianina (ICG-A) puede optimizar la selección y el diseño intraoperatorio del colgajo.

Presentación del caso: Paciente de 46 años con antecedente de mastectomía bilateral con preservación del complejo areola-pezón y reconstrucción inmediata con implantes submusculares de 285 cc. Recibió radioterapia adyuvante sobre la mama derecha y evolucionó con dolor crónico, rigidez y contractura capsular severa, con mala calidad cutánea del lado irradiado. Se realizó explantación bilateral con capsulectomía y reconstrucción autóloga inmediata mediante colgajos AICAP bilaterales de-epitelizados, guiados por Doppler color e ICG-A para confirmar perforantes dominantes y perfusión global.

Resultados: El postoperatorio cursó sin complicaciones. No se observaron signos de congestión, necrosis grasa ni sufrimiento cutáneo. Al año de seguimiento, el resultado se mantuvo estable, con adecuada simetría y ausencia de dolor o deformidades progresivas.

Conclusión: La reconstrucción autóloga inmediata con colgajos AICAP bilaterales tras explantación protésica en un lecho irradiado fue factible, sin complicaciones y con estabilidad clínica a 12 meses. La ICG-A se utilizó como herramienta adyuvante para corroborar perforantes dominantes y la perfusión global del colgajo; se requieren series mayores para confirmar su beneficio incremental.

Palabras clave: reconstrucción mamaria, AICAP, colgajo perforante, radioterapia, explantación protésica, angiografía con verde de indocianina, perfusión tisular.

ABSTRACT

Introduction: Prosthetic breast reconstruction in patients undergoing post-mastectomy radiotherapy is associated with a higher risk of complications, particularly capsular contracture and reconstructive failure. Regional perforator flaps offer an alternative for providing well-vascularized tissue with lower morbidity than free flaps. Indocyanine green angiography (ICG-A) can optimize flap selection and intraoperative design.

Case presentation: A 46-year-old patient with a history of bilateral mastectomy with preservation of the nipple-areola complex and immediate reconstruction with 285 cc submuscular implants. She received adjuvant radiotherapy to the right breast and developed chronic pain, stiffness, and severe capsular contracture, with poor skin quality on the irradiated side. Bilateral explantation with capsulectomy and immediate autologous reconstruction was performed using bilateral de-epithelialized AICAP flaps, guided by color Doppler and ICG-A to confirm dominant perforators and global perfusion.

Results: The postoperative period was uneventful. No signs of congestion, fat necrosis, or skin compromise were observed. At one year of follow-up, the result remained stable, with adequate symmetry and no pain or progressive deformities.

Conclusion: Immediate autologous reconstruction with bilateral AICAP flaps after prosthetic explantation in an irradiated bed was feasible, without complications, and with clinical stability at 12 months. ICG-A was used as an adjunct tool to confirm dominant perforators and global flap perfusion; larger series are required to confirm its incremental benefit.

Key words: breast reconstruction, AICAP, perforator flap, radiotherapy, prosthetic explantation, indocyanine green angiography tissue perfusion.

REVISTA ARGENTINA DE CIRUGÍA PLÁSTICA 2026;32(3):124-127. HTTPS://DOI.ORG/10.32825/RACP/202603/0124-0127

INTRODUCCIÓN

La radioterapia postmastectomía (PMRT) incrementa significativamente la tasa de complicaciones en la reconstrucción mamaria con implantes, incluyendo contractura capsular, sufrimiento de los tejidos de cobertura, infección y necesidad de reintervención, con riesgo de pérdida de la reconstrucción. En escenarios caracterizados por adelgazamiento cutáneo, hipovascularización y radiodermitis crónica, la reconversión a una reconstrucción autóloga suele representar la estrategia más segura.

Los colgajos perforantes pediculados de la pared torácica permiten transferir tejido regional sin sacrificio muscular, con menor morbilidad que los colgajos libres

1. Servicio de Cirugía Plástica y Reconstructiva, Hospital de Clínicas "José de San Martín", Universidad de Buenos Aires, Argentina.
2. Médico Residente de Cirugía Plástica y Reconstructiva.
3. Médico Especialista en Cirugía Plástica y Reconstructiva. Fellow en Cirugía Oncoplástica Mamaria.
4. Médico Especialista en Cirugía Plástica y Reconstructiva. Subjefe del Servicio de Cirugía Plástica.
5. Médico Especialista en Cirugía Plástica y Reconstructiva. Jefe de la Unidad de Cirugía Oncoplástica Mamaria.
6. Director Académico Servicio de Cirugía Plástica.
7. Jefe del Servicio de Cirugía Plástica y Reconstructiva

✉ **Correspondencia:** Dr. Agustín Rancati. agusranca@gmail.com

Los autores no declaran conflictos de intereses

Recibido: 30/01/2026. Aceptado: 18/08/2026

Figura 1. Signos de contractura capsular en mama derecha.

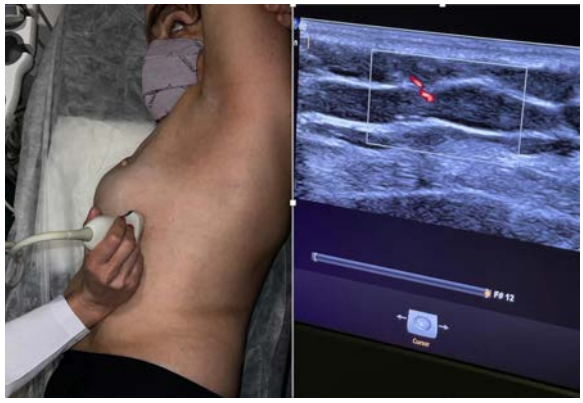


Figura 2. Mapeo vascular mediante Doppler color.

Figura 3. Marcación preoperatoria.

y tiempos operatorios potencialmente menores. Dentro de este espectro, el colgajo perforante de la arteria intercostal anterior (AICAP) presenta una anatomía constante, habitualmente basada en perforantes del 5to-6to espacio intercostal cercanas al punto medio del surco inframamario. La variante modificada con extensión lateral descrita en la literatura permite incrementar la disponibilidad de volumen y desplazar la cicatriz fuera de la región dorsal[1].

La angiografía con verde de indocianina (ICG-A) posibilita la evaluación de la perfusión tisular en tiempo real. Si bien su evidencia más robusta se asocia a la valoración de colgajos cutáneos postmastectomía, su aplicación en colgajos autólogos puede resultar especialmente útil en terrenos irradiados[2].

PRESENTACIÓN DEL CASO

Paciente femenina de 46 años, con antecedente de mastectomía bilateral con preservación del complejo areola–pezón y reconstrucción inmediata con implantes submusculares de 285 cc. Posteriormente recibió radioterapia adyuvante sobre la mama derecha.

Durante el seguimiento, consultó por dolor crónico, rigidez y deformidad progresiva, predominantes en el lado irradiado. Al examen físico se evidenció contractura capsular severa (Baker IV), adelgazamiento cutáneo y disminución marcada de la elasticidad tisular, sin signos de infección activa.

Dada la combinación de PMRT y mala calidad de los tejidos, se decidió realizar explantación bilateral con capsulectomía y reconstrucción autóloga inmediata, descartando una nueva reconstrucción protésica por el alto riesgo de recurrencia de contractura capsular, sufrimiento de los tejidos de cobertura y eventual pérdida de la reconstrucción.

PLANIFICACIÓN PREOPERATORIA

Se realizó mapeo vascular preoperatorio mediante Doppler color, identificando perforantes dominantes correspondientes a ramas anteriores de las arterias intercostales, habitualmente a nivel del 5to-6to espacio intercostal y próximas al punto medio del surco inframamario en ambos lados[3].

Con la paciente en posición de pie se marcó el surco inframamario y se planificaron colgajos AICAP bilaterales paralelos a dicho surco, con dimensiones aproximadas de **19 × 8 cm** y un espesor estimado de **~2 cm**, centrados sobre las perforantes dominantes. Se

Figura 4. Confección y desepitelización de colgajos.

seleccionó una **variante modificada del colgajo AICAP con extensión lateral torácica**, prolongando el diseño a lo largo del surco inframamario hacia la pared torácica lateral, con el objetivo de maximizar el aporte de volumen y desplazar la cicatriz fuera de la región dorsal[1-4].

TÉCNICA QUIRÚRGICA

Se utilizó angiografía con verde de indocianina (ICG-A) como complemento del Doppler en dos tiempos: (1) corroboración intraoperatoria de la perforante dominante y (2) evaluación en tiempo real de la perfusión global del colgajo previo al cierre definitivo.

Preparación y dosis de ICG: se reconstituyó un frasco de verde de indocianina con **10 ml de solución fisiológica**. De esta dilución se administró un **bolo intravenoso de 3 ml** en cada evaluación, seguido de **lavado con 10 ml de solución fisiológica**. Se utilizó el sistema **IC-Flow 2**.

Con la paciente anestesiada y posicionada en quirófano, **previo al inicio de la disección**, se realizó la primera ICG-A para corroborar la perforante dominante identificada por Doppler y evaluar la perfusión del territorio planificado[5-6].

La cirugía se inició con explantación protésica bilateral y capsulectomía. Posteriormente se elevó cada colgajo AICAP en plano subfascial, preservando cuidadosamente las perforantes intercostales. Los colgajos fueron desepitelizados y rotados aproximadamente 90° hacia el bolsillo mamario, modelándose para restaurar el volumen y mejorar la calidad de la cobertura.

Previo al cierre definitivo, se realizó una **segunda ICG-A** para confirmar la perfusión global del colgajo y ajustar su extensión final. El sitio donante se cerró en forma directa, sin tensión, recreando el surco inframamario.

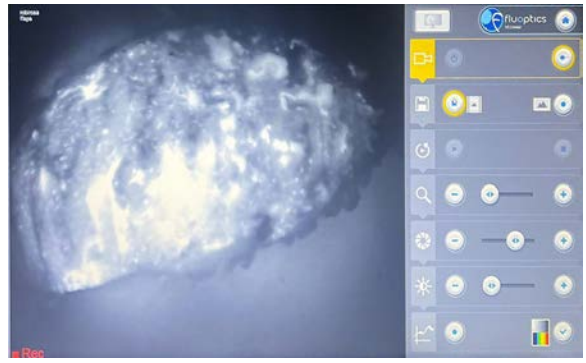


Figura 5. ICG-A confirmando perfusión del colgajo.

RESULTADOS

El postoperatorio inmediato evolucionó sin complicaciones. No se observaron signos de congestión venosa, necrosis grasa ni sufrimiento cutáneo. La vitalidad de los complejos areola–pezón se mantuvo conservada. Las heridas de los sitios donante y receptor cicatrizaron adecuadamente.

Al año de seguimiento postoperatorio, el resultado se mantuvo estable, con adecuada simetría mamaria, buena calidad de los tejidos y ausencia de dolor o deformidades progresivas. No se registraron complicaciones tardías ni necesidad de procedimientos secundarios.

DISCUSIÓN

La PMRT se asocia a un incremento significativo del riesgo de contractura capsular y deterioro de los tejidos de cobertura en la reconstrucción protésica. En pacientes con dolor, deformidad y daño tisular posradiación, la explantación con reconversión a reconstrucción autóloga permite aportar tejido bien vascularizado y mejorar el entorno biológico local.

El colgajo AICAP representa una opción regional que

Figura 6. Postoperatorio inmediato.

Figura 7. Un año postoperatorio.

evita la morbilidad de los colgajos musculares y reduce la complejidad de la microcirugía. La variante modificada con extensión lateral torácica incrementa el volumen disponible y permite una mejor ubicación de la cicatriz. No obstante, su principal limitación es la disponibilidad de tejido en pacientes delgadas, en quienes puede considerarse lipotransferencia diferida.

La ICG-A aporta una evaluación objetiva de la perfusión intraoperatoria y puede disminuir la incertidumbre en terrenos irradiados, donde la valoración clínica aislada resulta menos confiable[7,8]. Sin embargo, la heterogeneidad metodológica y la falta de umbrales estandarizados justifican la necesidad de estudios adicionales[9].

CONCLUSIÓN

La reconstrucción mamaria autóloga inmediata con colgajos AICAP bilaterales puede considerarse una alternativa regional válida en pacientes seleccionadas que requieren explantación protésica en el contexto de radioterapia. En este caso, la evolución fue favorable y el resultado se mantuvo estable a 12 meses. La angiografía con verde de indocianina aportó confirmación objetiva de la perfusión intraoperatoria como complemento del Doppler; sin embargo, estudios con series mayores y resultados estandarizados serán necesarios para definir sus indicaciones, reproducibilidad y valor añadido.

BIBLIOGRAFÍA

1. *Du F, Liu R, Zhang H, Xiao Y, Long X. Post-mastectomy adjuvant radiotherapy for direct-to-implant and two-stage implant-based breast reconstruction: a meta-analysis. J Plast Reconstr Aesthet Surg. 2022;75(9):3030-40.*
2. *Hamdi M, Van Landuyt K, de Frene B, Roche N, Blondeel P, Monstrey S. The versatility of the intercostal artery perforator (ICAP) flaps. J Plast Reconstr Aesthet Surg. 2006;59(6):644-52.*
3. *Carrasco-López C, Julián Ibañez JF, Vilà J, et al. Anterior intercostal artery perforator flap in immediate breast reconstruction: anatomical study and clinical application. Microsurgery. 2017;37(6):603-10.*
4. *Angrigiani C, Rancati AO, Masia J, et al. Modified anterior intercostal artery perforator flap (AICAP) for autologous breast volume restoration after explantation. J Plast Reconstr Aesthet Surg. 2021;74(11):2916-24.*
5. *Marruzzo G, Patanè L, Lo Torto F, Ribuffo D. New applications of the anterior intercostal artery perforator flap for prosthetic breast reconstruction in the setting of postoperative radiotherapy. Plast Reconstr Surg Glob Open. 2024;12(7):e5957.*
6. *Pruimboom T, Schols RM, van Kuijk SMJ, van der Hulst RRWJ, Qiu SS. Indocyanine green angiography for preventing postoperative mastectomy skin flap necrosis in immediate breast reconstruction. Cochrane Database Syst Rev. 2020;4(4):CD013280.*
7. *Lauritzen E, Damsgaard TE. Use of indocyanine green angiography decreases the risk of complications in autologous and implant based breast reconstruction: a systematic review and meta-analysis. J Plast Reconstr Aesthet Surg. 2021;74(8):1703-17.*
8. *Parmeshwar N, Sultan SM, Kim EA, Piper ML. A systematic review of the utility of indocyanine green angiography in autologous breast reconstruction. Ann Plast Surg. 2021;86(5):601-6.*
9. *Fadell N, Laurent F, Anusha Sanka S, Ochoa E, Yaeger L, Li X, et al. The utility of indocyanine green angiography in breast reconstruction to detect mastectomy skin flap necrosis and free flap perfusion: an umbrella review. Bioengineering. 2024;11(10):1025.*

Evolución de los implantes mamarios y su impacto clínico. Análisis retrospectivo de 4000 casos (1981-2024)

Evolution of breast implants and their clinical impact: a retrospective analysis of 4,000 cases (1981–2024)

Dr. Néstor Vincent[1,3], Dr. Ezequiel Vincent[2]

RESUMEN

Introducción: Los implantes mamarios han experimentado una evolución tecnológica y conceptual significativa desde su introducción, con el objetivo principal de reducir complicaciones como la contractura capsular, la rotura protésica y eventos adversos a largo plazo.
Objetivo: Analizar la evolución histórica de los implantes mamarios entre 1981 y 2024 y evaluar su impacto clínico en la incidencia de contractura capsular, rotura, recambio protésico y comportamiento inmunológico en una cohorte de 4000 pacientes.
Materiales y métodos: Se realizó un estudio retrospectivo observacional que incluyó 4000 pacientes intervenidas con implantes mamarios entre 1981 y 2024. La edad promedio fue de 32±15 años. Se analizaron tipos de implantes, técnicas quirúrgicas, tasas de complicaciones y evolución a largo plazo.
Resultados: La tasa de contractura capsular disminuyó progresivamente desde aproximadamente 30 % en los primeros años hasta menos del 1 % en la última década. La tasa global de rotura protésica fue del 10 %. El recambio de implantes alcanzó el 25 %, principalmente asociado a motivos estéticos o actualización tecnológica. Se observó un aumento relativo de linfocitos citotóxicos CD8 en pacientes con implantes mamarios en comparación con pacientes no implantadas.
Conclusiones: Las mejoras en el diseño de los implantes, las técnicas quirúrgicas y la comprensión del rol del biofilm bacteriano y la respuesta inmunológica permitieron una reducción sustancial de las complicaciones. Los implantes mamarios modernos presentan una elevada seguridad clínica y podrían ejercer efectos inmunológicos y térmicos potencialmente beneficiosos.

Palabras clave: implantes mamarios, contractura capsular, biofilm, BIA-ALCL, gel cohesivo.

ABSTRACT

Background: Breast implants have undergone significant technological and conceptual evolution since their introduction, aiming to reduce complications such as capsular contracture, implant rupture, and long-term adverse events.
Objective: To analyze the historical evolution of breast implants from 1981 to 2024 and evaluate their clinical impact on capsular contracture, rupture rates, implant replacement, and immunological behavior in a cohort of 4,000 patients.
Materials and Methods: A retrospective observational study was conducted including 4,000 breast implant procedures performed between 1981 and 2024. Mean patient age was 32 ± 15 years. Implant types, surgical techniques, complication rates, and long-term outcomes were analyzed.
Results: Capsular contracture rates decreased from approximately 30 % in the early 1980s to less than 1% in the last decade. Implant rupture rate was 10%, while implant replacement reached 25%, mainly for aesthetic reasons. Patients with breast implants showed higher levels of CD8 cytotoxic lymphocytes compared to non-implanted patients.
Conclusions: Technological advances in implant design, surgical techniques, and understanding of biofilm and immunological factors significantly reduced complication rates. Modern breast implants demonstrate high clinical safety and may exert immunological and thermal effects.

Key words: breast implants, capsular contracture, biofilm, BIA-ALCL, cohesive gel.

REVISTA ARGENTINA DE CIRUGÍA PLÁSTICA 2026;32(3):128-129. HTTPS://DOI.ORG/10.32825/RACP/202603/0128-0129

INTRODUCCIÓN

Desde la introducción de los implantes mamarios lisos a comienzos de la década de 1980, la cirugía mamaria ha experimentado una evolución constante impulsada por la necesidad de reducir complicaciones, particularmente la contractura capsular, cuya incidencia inicial alcanzaba valores cercanos al 30 %[1,2].
Los implantes iniciales presentaban envolturas delgadas y geles de silicona poco cohesivos, lo que favorecía la rotura protésica y la dispersión del material. El movimiento permanente del implante dentro del bolsillo quirúrgico y la fricción asociada evidenciaron tempranamente que estos dispositivos no eran permanentes, impulsando el desarrollo de nuevas superficies, materiales y técnicas quirúrgicas[3].
El objetivo del presente estudio es analizar la evolución histórica de los implantes mamarios desde 1981 hasta 2024 y evaluar su impacto clínico sobre las principales complicaciones, integrando aspectos mecánicos, microbiológicos e inmunológicos.

MATERIALES Y MÉTODOS

Se realizó un estudio retrospectivo observacional que incluyó 4000 pacientes intervenidas quirúrgicamente con implantes mamarios entre los años 1981 y 2024.

CARACTERÍSTICAS DE LA MUESTRA

- Edad promedio: 32±15 años
- Sexo: femenino

1. Director de la Clínica Ciencia Estética Quirúrgica. La Plata, provincia de Buenos Aires. Argentina.
2. Subdirector de la Clínica Ciencia Estética Quirúrgica. La Plata, provincia de Buenos Aires. Argentina.
3. Miembro Titular de la Sociedad de Cirugía Plástica de La Plata y SACPER.

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

Los autores no declaran conflictos de intereses
Recibido: 15/01/2026. Aceptado: 18/08/2026

TIPOS DE IMPLANTES UTILIZADOS

- Implantes lisos.
- Implantes texturizados.
- Implantes recubiertos de poliuretano.
- Implantes de gel cohesivo.
- Implantes anatómicos.

VARIABLES ANALIZADAS

- Contractura capsular.
- Rotura protésica.
- Recambio de implantes.
- Hallazgos inmunológicos.

El análisis fue descriptivo, evaluando la evolución temporal de las complicaciones y su relación con los avances tecnológicos y técnicos.

RESULTADOS

CONTRACTURA CAPSULAR

La incidencia de contractura capsular mostró una disminución progresiva desde valores cercanos al 30 % en los primeros años del período analizado hasta menos del 1% en la última década.

ROTURA Y RECAMBIO PROTÉSICO

La tasa global de rotura protésica fue del 10%. El recambio de implantes alcanzó el 25% durante el seguimiento a largo plazo, asociado principalmente a cambios estéticos, actualización tecnológica o preferencia de la paciente, más que a causas patológicas.

DISCUSIÓN

La marcada reducción de la contractura capsular observada en este estudio coincide con lo reportado en la literatura y refleja la combinación de avances en el diseño de los implantes y en la técnica quirúrgica[1-3].

La incorporación del concepto de biofilm bacteriano representó un punto de inflexión en la comprensión de la contractura capsular. Burkhardt y colaboradores demostraron la relación entre contaminación bacteriana subclínica y contractura capsular[1], posteriormente confirmada por Deva et al., quienes identificaron la adhesión bacteriana al implante como un factor determinante[2].

La adopción de vías de abordaje submamarias, el lavado antibiótico del bolsillo, las técnicas no táctiles y el uso de dispositivos de inserción atraumáticos contribuyeron significativamente a la reducción de la contaminación[2,4]. El abandono progresivo de superficies macrotexturizadas redujo además la incidencia de seromas tardíos y del linfoma anaplásico de células grandes asociado a implantes mamarios (BIA-ALCL)[3].

Desde el punto de vista inmunológico, se observó un aumento relativo de linfocitos citotóxicos CD8 en pacientes implantadas, hallazgo previamente comunicado por Vincent et al., sugiriendo un posible efecto modulador del implante sobre la respuesta inmune[5]. Asimismo, se ha postulado que el implante podría actuar como un aislante térmico, reduciendo la oxigenación tisular local y potencialmente enlenteciendo la progresión de determinadas patologías mamarias[5].

CONCLUSIONES

La evolución tecnológica y conceptual de los implantes mamarios, junto con la optimización de la técnica quirúrgica y el entendimiento del rol del biofilm y la respuesta inmunológica, permitió reducir la contractura capsular desde valores cercanos al 30 % hasta menos del 1%.

Los implantes mamarios modernos presentan una elevada seguridad mecánica y clínica, con tasas reducidas de complicaciones y potenciales efectos inmunológicos y térmicos beneficiosos, además de favorecer la detección precoz de patología mamaria.

BIBLIOGRAFÍA

1. *Burkhardt BR, Dempsey PD, Schnur PL, Tofield JJ. Capsular contracture: a prospective study of the effect of local antibacterial agents. Plast Reconstr Surg. 1986;77(6):919-32.*
2. *Deva AK, Adams WP Jr, Vickery K. The role of bacterial biofilms in device-associated infection. Plast Reconstr Surg. 2013;132(5):1319-28.*
3. *Brody GS, Deva AK, Pusic AL, et al. Finding consensus after two decades of breast implant-associated anaplastic large cell lymphoma. Plast Reconstr Surg. 2019;143(3S):7S-13S.*
4. *Adams WP Jr. Capsular contracture: what is it? What causes it? How can it be prevented and managed? Clin Plast Surg. 2009;36(1):119-26.*
5. *Vincent N, Barletta L, Laguens M. Breast implant as a preventive factor. Aesthetic Plast Surg. 2008;32(5):739-42.*

Expansión intraoperatoria para reparación de defectos faciales

Intraoperative expansion for facial defect repair

Dr. Ignacio A. Báez Rosés[1,2], Dra. Estefanía Martínez[1,3],
Dra. Kimey N. Marcon[1,3], Dr. Lucas F. Segalla[1,3], Dr. Keith Hopkins[1,2]

RESUMEN

Se presenta nuestra experiencia con la técnica de expansión tisular intraoperatoria rápida (RITE), para reparar lesiones faciales post resecciones oncológicas mayores a 2 cm de diámetro, utilizando como expansores, sondas Foley, realizadas en un solo procedimiento quirúrgico. Con este método, desarrollado por Sasaki en los años 80, hemos logrado resultados funcionales y estéticos aceptables y no se reportaron complicaciones significativas. La técnica es especialmente útil en áreas visibles como el rostro, donde la textura, color y vascularización similares del tejido adyacente ofrecen resultados naturales.

Palabras clave: expansión tisular intraoperatoria rápida, defectos faciales, expansor, cirugía plástica, cirugía reparadora.

ABSTRACT

We present our experience with the rapid intraoperative tissue expansion (RITE) technique for repairing facial defects following oncologic resections greater than 2 cm in diameter, using Foley catheters as expanders, performed in a single surgical procedure. With this method, developed by Sasaki in the 1980s, we have achieved acceptable functional and aesthetic results, and no significant complications were reported. The technique is particularly useful in visible areas such as the face, where the similar texture, color, and vascularization of adjacent tissue provide natural results.

Key words: rapid intraoperative tissue expansion, facial defects, tissue expander, plastic surgery, reconstructive surgery.

REVISTA ARGENTINA DE CIRUGÍA PLÁSTICA 2026;32(3):130-135. HTTPS://DOI.ORG/10.32825/RACP/202603/0130-0135

INTRODUCCIÓN

La reparación de lesiones por resecciones oncológicas se ve dificultada cuando el defecto es mayor de 2 cm, por la escasa disponibilidad de tejido adyacente[6]. Esta dificultad es más notoria cuando la lesión está ubicada en la cara y regiones expuestas. En la región facial la reparación ideal es por medio de colgajos locales o por cierre directo[7,13].

El resultado cosmético que se obtiene por medio de injertos o cicatrización secundaria es inferior, debido a la diferencia de color y textura de la piel.

Neumann[1] describió la expansión tisular quirúrgica en 1957. El procedimiento requiere al menos dos tiempos quirúrgicos. El primero, para implantar el expansor[11], que es inflado en forma sucesiva durante unas tres a ocho semanas[12]; esta etapa continúa hasta obtener un aumento suficiente de los tejidos que permita un cierre adecuado, sin tensión. El segundo tiempo de cirugía es empleado para la remoción del expansor, que coincide con la resección oncológica y su reparación plástica[16].

La expansión tisular rápida intraoperatoria (RITE, por sus siglas en inglés)[8] es una técnica que utiliza dispositivos temporales, como catéteres de Foley, para lograr una expansión controlada de tejidos en un único procedimiento quirúrgico. Este método, desarrollado inicialmente por Sasaki[2] en la década de 1980, se basa en los principios de *creep* (deslizamiento) y reordenamiento de las fibras de colágeno y elastina[15], que permiten una ganancia rápida de 1 a 3 cm de tejido adicional en una sola sesión, dependiendo de la región anatómica que se trate, por las diferentes características de cada tejido (**Tabla 1**).

Otros autores que reportaron la efectividad del uso de catéteres Foley fueron Funakoshi et al.[3,10]. Lo utilizaron en defectos de cuero cabelludo[14], logrando cierres primarios con mínimas complicaciones. Finalmente, múltiples estudios retrospectivos[4,5] muestran que la técnica reduce significativamente el tiempo de tra-

TABLA 1.

Región anatómica	Promedio ganado de tejido
Cuero cabelludo	1,0-1,5 cm
Frente	1,0-2,5 cm
Nariz	0,5-1,0 cm
Oreja	1,0-2,0 cm
Tercio medio de la cara	1,0-2,5 cm
Cuello	1,0-2,5 cm
Labio	1,0-1,5 cm
Tronco	1,0-1,5 cm
Mama	1,5-2,5 cm
Miembro superior	0,5-2,5 cm
Miembro inferior	0,75-2,0 cm

Datos extraídos del texto "intraoperative tissue expansion for forehead defects after Mohs surgery"; Abel González y cols.

1. Servicio de Cirugía Plástica del Hospital de Trauma y Emergencia "Dr. Federico Abete", Malvinas Argentinas, Provincia de Buenos Aires
2. Residente de tercer año - Miembro SACPER en formación
3. Residente de segundo año- Miembro SACPER en formación

✉ **Correspondencia:** Dr. Ignacio A. Báez Rosés.
ignaciobroses@gmail.com

Los autores no declaran conflictos de intereses

Recibido: 10/01/2026 | Aceptado: 18/08/2026

Figura 1. Paciente con marcación de la lesión en región frontal junto con margen de seguridad de 0,5 cm.

tamiento en comparación con métodos tradicionales, reportándose complicaciones limitadas como hematomas menores y edema transitorio.

MATERIALES Y MÉTODOS

1. **Diseño del estudio:** presentación de casos de pacientes intervenidos a cirugías plásticas reparadoras faciales en el Hospital de Trauma y Emergencia "Dr. Federico Abete" en el Municipio de Malvinas Argentinas, provincia de Buenos Aires.
2. **Población de estudio:** pacientes adultos de 65 a 85 años de edad con defectos de tejidos blandos secundarios a cirugías oncológicas, no aptos para cierre primario libre de tensión.
3. **Objetivos**
   - Evaluar la efectividad y confiabilidad de la expansión tisular intraoperatoria como complemento para reparar defectos de tejidos blandos, en un solo tiempo quirúrgico.
   - Determinar las complicaciones asociadas al uso de expansores intraoperatorios, como infecciones, hematomas, necrosis o problemas técnicos asociados a este elemento.
4. **Protocolo utilizado para la RITE**
   - Marcación y fotografía preoperatoria y postoperatoria.
   - Estudios prequirúrgicos dentro de límites fisiológicos. Conformar el Consentimiento Informado correspondiente.
   - Expansión con sonda Foley 10 a 20 Fr con 30 cc de aire por 3 minutos con 3 minutos de descanso por un total de 3 ciclos, alojada a una distancia de 3 cm del defecto.
   - Anestesia local con lidocaína al 1 %.
   - Alta de internación en el mismo día de la intervención con las indicaciones de la medicación: antibióticos (Amoxicilina + Ác. clavulánico 1 g) cada 12 hs por 7 días; y analgésicos (Diclofenac 75 mg) cada 12 hs.
   - Primer control a las 72 hs; después, al cumplir los 7 días del postoperatorio, y luego a los 10-14 días.
   - No se deja drenaje o rubber.
   - En caso de persistir algún defecto de cobertura, luego de la expansión se podría complementar con un injerto de piel de espesor total.
5. **Medición de resultados**
   - Incremento del tejido expandido en el área tratada.
   - Evaluaciones estéticas y funcionales (basadas en escalas estandarizadas).
   - Registro de complicaciones intraoperatorias y postoperatorias.

Figura 2. Paciente con exéresis de la lesión frontal y del margen de seguridad en la cual se realiza protocolo RITE, se observan como 2 sondas Foley de 12 Fr. realizan la expansión.

PRESENTACIÓN DE CASOS CLÍNICOS

A continuación, presentaremos la atención y las intervenciones quirúrgicas que fueron llevadas a cabo en los quirófanos centrales del hospital de Trauma y Emergencia "Dr. Federico Abete" durante el periodo 2024-2025.

CASO CLÍNICO 1

Paciente de 75 años, con antecedente de psoriasis en tratamiento con metotrexato. Con carcinoma basocelular (CBC) en región frontal de 3 x 2,5 cm (incluyendo margen de piel sana) tipo placa eritematosa, con collar de perlas en la periferia (**Figura 1**).

Se realiza cirugía con margen quirúrgico de 0,5 cm, con técnica RITE según protocolo descrito, en un tiempo quirúrgico de 45 minutos, bajo anestesia local, sin complicaciones intraoperatorias (**Figura 2**).

Figura 3. Paciente cursando la 5ta semana POP luego de la exéresis de la lesión y la expansión tisular rápida intraoperatoria.

Paciente acude a control postoperatorio según protocolo y a las 5 semanas de realizada la intervención presentando un buen resultado estético y funcional **(Figura 3)**.

CASO CLÍNICO 2

Paciente de 79 años, con antecedentes de hipertensión arterial, ex tabaquismo, sedentarismo, disnea clase funcional II, asma e insuficiencia cardíaca crónica con múltiples intervenciones por tumores de piel el cual presenta un carcinoma basocelular (CBC) en región supraciliar derecha tipo placa con costra hemática adherida con vasos arboriformes en la periferia de 2 x 2 cm (incluyendo margen de piel sana) **(Figura 4)**. Marcación de margen quirúrgico 0,5 cm y sitio de ingreso de catéteres Foley **(Figura 5)**.

Se realiza cirugía con el margen quirúrgico 0,5 mm, con técnica RITE según protocolo descrito, en un tiempo quirúrgico de 55 minutos, bajo anestesia local sin complicaciones intraoperatorias **(Figura 6)**.

Figura 4. Paciente con marcación de la lesión en región supraciliar derecha junto con margen de seguridad de 0,5 cm.

Figura 5. Paciente con marcación de la lesión en región supraciliar derecha junto con margen de seguridad de 0,5 cm junto con los lugares (X) donde se colocan las Sondas Foley para realizar la expansión.

Figura 6. Paciente con exéresis de la lesión con el margen de seguridad en la cual se realiza protocolo RITE, se observan como 2 sondas Foley realizan la expansión.

Figura 7. Paciente cursando la 8va semana POP luego de la exéresis de la lesión y la expansión tisular rápida intraoperatoria.

Figura 8. Paciente con marcación de la lesión en región de sien izquierda junto con margen de seguridad de 0,5 cm. Tamaño total de la lesión 3 x 2,5 cm.

Figura 9. Paciente con exéresis de la lesión junto con el margen de seguridad en la cual se realiza protocolo RITE, observándose la expansión con una sonda Foley 12 Fr.

Resultado a las 8 semanas de realizada la cirugía presentando buen resultado estético y funcional (**Figura 7**).

CASO CLÍNICO 3

Paciente de 65 años con antecedentes de hipertensión arterial, extabaquismo, sedentarismo, dislipemia, sobrepeso, osteoporosis, artritis y enfermedad pulmonar obstructiva crónica. Presenta un CBC ubicado en sien izquierda, tumor ulcerado con bordes sobreelevados, perlados con áreas de pigmento y vasos en la periferia con diagnóstico de CBC de 3 x 2,5 cm (incluyendo margen de piel sana (**Figura 8**).

Se realiza cirugía con el margen quirúrgico 0,5 mm, con técnica RITE, en un tiempo quirúrgico de 50 minutos, bajo anestesia local, sin complicaciones intraoperatorias (**Figura 9**).

Cuando el paciente acude a control a las 5 semanas postoperatorias muestra buenos resultados estéticos y funcionales (**Figura 10**).

Figura 10. Paciente cursando la 5ta semana POP luego de la exéresis de la lesión y la expansión tisular rápida intraoperatoria.

Figura 11. Paciente con marcación de la lesión en región de mejilla y región pre auricular derecha junto con margen de seguridad de 1 cm con un tamaño total de 5 x 4,5 cm.

Figura 12. Intraoperatorio en el cual se observa la exéresis de la lesión junto con el margen de seguridad.

CASO CLÍNICO 4

Paciente de 85 años, con antecedente de hipertensión arterial, sedentarismo, extabaquismo con lesión de CBC 5 x 4,5 cm en mejilla (incluyendo margen de piel sana) y región preauricular derecha con ulceración central, bordes sobreelevados, perlados con vasos arboriformes a la periferia con aislada costra hemática (**Figura 11**).

Se realiza cirugía con 1 cm de margen quirúrgico, con RITE según protocolo descrito, en un tiempo quirúrgico de 1 h10 min, bajo anestesia local, sin complicaciones intraoperatorias (**Figura 12**).

El paciente acude a los 14 días postoperatorios, con buen resultado estético y funcional (**Figura 13**).

En ninguno de los pacientes se evidenciaron complicaciones postoperatorias y manifestaron conformidad por los resultados estéticos logrados.

RESULTADOS

Se intervinieron 4 pacientes adultos mayores, dos hombres y dos mujeres, cuya edad promedio fue de 76 años, portadores de CBC ubicados en cara anterior y lateral de cabeza. Se utilizaron sondas Foley para obtener la expansión de la piel circundante a la lesión producida por la resección del tumor, cuya extensión fue de entre 2 y 5,5 cm de diámetro de promedio. Todos fueron sometidos a RITE bajo anestesia local infiltrativa. Recibieron el alta de internación el mismo día de la operación. No se reportaron complicaciones mayores en el intraoperatorio ni en el postoperatorio. En el mediano plazo el resultado comprobable fue satisfactorio para los pacientes y para los médicos tratantes.

DISCUSIÓN

Para resolver una reparación plástica ante la falta de tejidos suficientes para lograr un cierre sin tensión, se empezaron a usar los expansores de tejidos, a partir de la segunda mitad de la década del 50[1]. Esta maniobra quirúrgica fue encontrando nuevas indicaciones para satisfacer las nuevas necesidades clínicas que surgían. Tanto es así que no hay grupo etario ni región corporal que no haya sido beneficiado, como lo demuestran las crecientes publicaciones aparecidas[2-15]. Los beneficios que brinda la técnica estaban empañados por la necesidad de ser realizada en dos tiempos quirúrgicos como mínimo, hasta que se empezó a usar la expansión tisular rápida[2,3,4,8]. Nosotros consideramos que este avance fue un hito en la reparación plástica de las lesiones, principalmente en las post resecciones oncológicas. Precisamente en los pacientes oncológicos debemos tener presente que son paciente de edad avanzada que portan antecedentes propios de ese grupo etario. Se hace imprescindible prevenir las morbilidades asociadas al tipo de anestesia, tiempo que demanda la cirugía y la posterior internación. Estamos convencidos de que, al realizar la intervención en un solo tiempo operatorio, con anestesia local y evitan-

Figura 13. Paciente cursando la 2da semana POP luego de la exéresis de la lesión y la expansión tisular rápida intraoperatoria.

do internación, contribuimos a prevenir esas posibles comorbilidades. Hacemos hincapié en la obtención de resultados estéticos aceptables, teniendo en cuenta que las lesiones (oncológicas y plásticas) tratadas, estaban ubicadas en zonas expuestas del cuerpo. La ausencia de complicaciones mayores podría deberse a una cuidadosa indicación reparadora [8,15].

CONCLUSIONES

La expansión tisular rápida intraoperatoria (RITE) es una herramienta muy útil en la cirugía plástica reparadora. Se realiza en un solo tiempo operatorio, lo que reduce los costos económicos y la posibilidad de complicaciones sobreagregadas en pacientes mayores que padecen cáncer. Se reportan resultados fisiológicos y cosméticos alentadores, sin mayores complicaciones.

Agradecimiento: Los autores agradecen al **Dr. Hernán Satti, Jefe del Servicio de Cirugía Plástica** del Hospital de Trauma y Emergencias "Dr. Federico Abete", por permitir la realización de este trabajo y por su valiosa colaboración.

BIBLIOGRAFÍA

1. *Neumann CG. The expansion of an area of skin by progressive distension of a subcutaneous balloon: use of the method for securing skin for subtotal reconstruction of the ear. Plast Reconstr Surg. 1957;19(2):124-30.*
2. *Sasaki GH. Intraoperative expansion as an immediate reconstructive technique. Facial Plast Surg. 1988;5(4):362-78.*
3. *Funakoshi Y, Shono T, Kurogi A, Maehara N, Hata N, Mizoguchi M. Intraoperative tissue expansion using a Foley catheter for a scalp defect: technical note. World Neurosurg. 2020;143:62-7.*
4. *Sasaki GH. Intraoperative sustained limited expansion (ISLE) as an immediate reconstructive technique. Clin Plast Surg. 1987;14(3):563-73.*
5. *Carruthers A. Tissue expansion and Mohs micrographic surgery. J Dermatol Surg Oncol. 1993;19(12):1106-9.*
6. *Ferrell K, Lear W. Intraoperative tissue expansion to allow primary linear closure of 2 large adjacent surgical defects. Cutis. 2020;106(5):250-2.*
7. *Hoffmann JF. Tissue expansion in the head and neck. Facial Plast Surg Clin North Am. 2005;13(2):315-24.*
8. *Marra JJ, Mastronardi L. Expansión tisular rápida intraoperatoria (RITE). Rev Argent Cirug Plást. 2016;22(3):105-9.*
9. *Wilcsek G, Leatherbarrow B, Halliwell M, Francis I. The 'RITE' use of the Fricke flap in periorbital reconstruction. Eye. 2005;19(8):854-60.*
10. *Funakoshi Y, Shono T, Kurogi A, Maehara N, Hata N, Mizoguchi M. Intraoperative tissue expansion using a foley catheter for a scalp defect. World Neurosurg. 2020;143:62-7.*
11. *Austad ED, Rose GL. A self-inflating tissue expander. Plast Reconstr Surg. 1982;70(5):588-94.*
12. *Radovan C. Breast reconstruction after mastectomy using the temporary expander. Plast Reconstr Surg. 1982;69(2):195-208.*
13. *Argenta LC, Watanabe MJ, Grabb WC. The use of tissue expansion in head and neck reconstruction. Ann Plast Surg. 1983;11(1):31-7.*
14. *Minabe T, Kato T, Ban I, et al. Usefulness and feasibility of intraoperative expansion of scalp and auricular lesions. Jpn J Surg Wound Care. 2012;3(4):188-95.*
15. *Gibson T. The mobile micro-architecture of dermal collagen: a bio-engineering study. Br J Surg. 1965;52(10):764-70.*
16. *Losardo RJ, Sciorra JC, Silva O, Candal AM. Expansores temporales cutáneos en cabeza y cuello. La Prensa Médica Argentina. 1998;85:852-7.*

Colgajos fasciocutáneos en quiste pilonidal: una alternativa eficaz a las técnicas abiertas tradicionales

Fasciocutaneous flaps in pilonidal cyst: an effective alternative to traditional open techniques

Dra. Annika Stückrath[1], Dr. Gustavo Parera[2]

RESUMEN

Introducción: El quiste pilonidal sacrococcígeo es una patología frecuente en adultos jóvenes, asociada a elevada morbilidad y riesgo de recidiva. Históricamente, las técnicas abiertas han sido ampliamente utilizadas, aunque con tiempos prolongados de cicatrización y recuperación funcional.
Objetivo: Describir el uso de colgajos fasciocutáneos, incluyendo aquellos que incorporan fascia del glúteo mayor, en el tratamiento quirúrgico de quistes pilonidales primarios y recidivados.
Materiales y métodos: Se analizaron pacientes intervenidos mediante técnicas reconstructivas con colgajos fasciocutáneos, comparando su evolución con abordajes abiertos tradicionales.
Resultados: El empleo de colgajos permitió un cierre adecuado del defecto quirúrgico, con menor tiempo de cicatrización y rápida reinserción a las actividades habituales.
Conclusión: El uso de colgajos fasciocutáneos mejora los resultados funcionales y reduce la morbilidad postoperatoria en comparación con las técnicas abiertas tradicionales.

Palabras clave: colgajos fasciocutáneos, quiste pilonidal sacrococcígeo, recidiva.

ABSTRACT

Introduction: Sacrococcygeal pilonidal disease is a common condition in young adults, associated with high morbidity and recurrence rates. Historically, open techniques have been widely used, although they are associated with prolonged healing and recovery times.
Objective: To describe the use of fasciocutaneous flaps, including those incorporating gluteus maximus fascia, in the surgical treatment of primary and recurrent pilonidal disease.
Materials and methods: Patients undergoing reconstructive surgery using fasciocutaneous flaps were analyzed, and postoperative outcomes were compared with those of traditional open approaches.
Results: Fasciocutaneous flaps allowed adequate defect closure, shorter healing times, and early return to daily activities.
Conclusion: Fasciocutaneous flap reconstruction improves functional outcomes and reduces postoperative morbidity compared to open techniques.

Key words: fasciocutaneous flaps, sacrococcygeal pilonidal disease, recurrence.

REVISTA ARGENTINA DE CIRUGÍA PLÁSTICA 2026;32(3):136-139. HTTPS://DOI.ORG/10.32825/RACP/202603/0136-0139

INTRODUCCIÓN

La enfermedad pilonidal es resultado de una reacción granulomatosa ocasionada por el atrapamiento de pelo en la hendidura glútea y zonas aledañas[1]. Suele aparecer entre la 2da y 3ra década de la vida. El 70 al 75 % ocurre en el sexo masculino, generalmente de piel morena e hirsutismo y en el 1 al 2 % se asocian lesiones congénitas. En su forma de presentación aguda se manifiesta con dolor y tumefacción de la región sacrococcígea, que ocasionalmente puede estar acompañada de síntomas como decaimiento, fiebre, taquicardia. En otras ocasiones la consulta está motivada por el drenaje espontáneo de un líquido seroso, purulento o sanguíneopurulento en la región.

Crónicamente, se pueden evidenciar uno o varios orificios fistulosos de los cuales drena un líquido seropurulento[2]. Dicha sintomatología ocasiona una pérdida prolongada de la actividad normal del individuo, lo que resulta ser extremadamente limitante[3].

Si bien su etiología continúa siendo motivo de debate, Patey y Scarff postularon el carácter adquirido de la enfermedad, atribuyéndola a la penetración del pelo en el tejido celular subcutáneo con posterior reacción inflamatoria[4].

El objetivo del tratamiento quirúrgico es la curación definitiva de la enfermedad, minimizando las complicaciones, la recidiva, el impacto funcional y estético. Las técnicas quirúrgicas se agrupan clásicamente en abordajes abiertos y cerrados. Entre los primeros se destaca la marsupialización, mientras que entre las técnicas cerradas se encuentra el procedimiento de Karydakis, basado en la resección asimétrica y el desplazamiento lateral de la línea media[5]. En las últimas décadas, el desarrollo de técnicas reconstructivas con colgajos ha permitido optimizar los resultados, reduciendo la tensión en la línea media y aplanando el surco interglúteo. El objetivo de este trabajo es describir la experiencia con colgajos fasciocutáneos, incluyendo aquellos que incorporan fascia del glúteo mayor.

1. Médica.
2. Cirujano plástico, Jefe del Servicio de Cirugía Plástica, Sanatorio La Española. Jefe del Servicio de Cirugía Plástica, Hospital Regional "Víctor Manuel Sanguinetti". Comodoro Rivadavia, Chubut. Miembro Adherente de SACPER.

✉ **Correspondencia:** Méd. Annika Stückrath.
annistuckrathmed@gmail.com

Los autores declaran que el manuscrito es original, no ha sido publicado previamente ni se encuentra en proceso de evaluación simultánea en otra revista. Asimismo, manifiestan no tener conflictos de intereses en relación con el presente trabajo

Recibido: 26/01/2026 | Aceptado: 18/08/2026

MATERIALES Y MÉTODOS

Se incluyeron 43 pacientes con diagnóstico de quiste pilonidal sacrococcígeo tratados quirúrgicamente. El estudio fue realizado de enero del 2016 a diciembre del 2025 en el Hospital Regional de Comodoro Rivadavia. El procedimiento consistió en la resección completa del quiste y de los trayectos fistulosos, seguida de reconstrucción mediante colgajos fasciocutáneos según la técnica de Dufourmentel (**Figura 1**).

El colgajo fue diseñado contralateral al área de mayor compromiso patológico, levantado con anclaje a la fascia del glúteo mayor con el objetivo de brindar mayor soporte y estabilidad. En todos los casos se colocó un drenaje de tipo Jackson-Pratt en posición alta, mantenido durante 48-72 horas. El seguimiento postoperatorio incluyó la evaluación de la evolución de la herida, la aparición de complicaciones y la presencia de recidivas.

RESULTADOS

La evolución postoperatoria fue favorable en la mayoría de los pacientes. Desde el punto de vista anatomopatológico, se caracterizaron por presentar una cavidad quística o trayecto fistuloso con pared constituida por tejido de granulación, fibrosis e infiltrado inflamatorio crónico, sin revestimiento epitelial verdadero en la mayoría de los casos. El anclaje del colgajo a la fascia del glúteo mayor permitió evitar desprendimientos profundos, disminuyendo el riesgo de colecciones o fístulas. Un paciente (2,3 %) presentó un hematoma que requirió reintervención quirúrgica. Dos pacientes (4,7 %) requirieron reintervención por la presencia de seromas, sin evidencia de infección. Se observó una recidiva al año de la cirugía en un paciente (2,3 %). El 90,7 % restante no presentó complicaciones.

La recuperación funcional fue rápida, con un día de internación. La reincorporación a las actividades cotidianas fue inmediata, con restricción de decúbito sobre el colgajo y recomendación de dormir en posición contralateral. El apoyo sobre el colgajo fue posible a la semana y la actividad física se retomó entre los 20 y 30 días (**Figura 2**).

DISCUSIÓN

El manejo quirúrgico del quiste pilonidal ha evolucionado desde técnicas abiertas hacia abordajes reconstructivos que priorizan la reducción de la morbilidad postoperatoria. Los colgajos fasciocutáneos, incluyendo aquellos que incorporan fascia del glúteo mayor, ofrecen un cierre estable, alejado de la línea media, y mejoran el resultado clínico y reconstructivo.

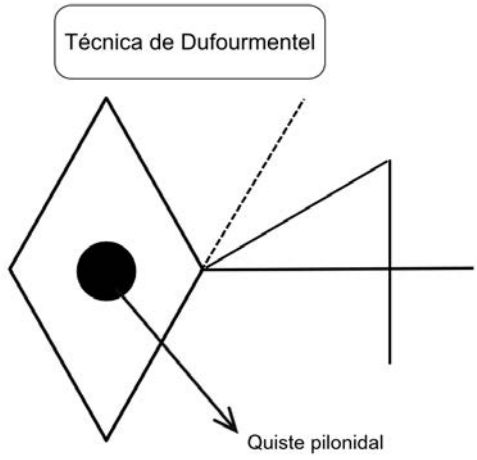


Figura 1. Esquema gráfico del colgajo de Dufourmentel.

El procedimiento quirúrgico ideal debería presentar una tasa mínima de recidiva, ser de ejecución sencilla, con curva de aprendizaje corta, bajo riesgo de complicaciones, adecuado control del dolor y permitir un postoperatorio breve con reinserción laboral precoz. La elección del abordaje varía según el contexto clínico, ya sea enfermedad aguda, cirugía programada, presencia de uno o múltiples orificios fistulosos, primera recidiva o recidivas múltiples, lo que impide que una única técnica abarque todo el espectro de presentación.

Las técnicas quirúrgicas se agrupan en procedimientos no resectivos, incisión simple para drenaje, destechamiento con curetaje y destechamiento con marsupialización, y procedimientos resectivos, que incluyen resección con cierre por granulación, cierre semicerrado, cierre primario simple y cierre primario complejo[2].

La técnica de Karydakis se clasifica como un abordaje cerrado con cierre primario, ya que consiste en la resección del seno pilonidal, seguida de la aproximación directa de los tejidos. Aunque se realiza la movilización de la piel y del tejido subcutáneo, no se clasifica como un colgajo geométrico de transposición, como es el caso de los colgajos de Limberg o Dufourmentel, sino que se define como un colgajo de avance lateral. Su objetivo fundamental es desplazar lateralmente la línea de sutura y aplanar el surco interglúteo, aspectos que están relacionados con una reducción en la tasa de recurrencia y en las complicaciones postoperatorias[6,7].

El colgajo de Dufourmentel se describió en 1962 como una modificación del colgajo de Limberg que mejora los resultados al disminuir el riesgo de isquemia. Su ventaja principal radica en un grado de rotación más favorable, lo que incrementa el suministro de irrigación en el área en reconstrucción, permitiendo así disminuir el riesgo de isque-

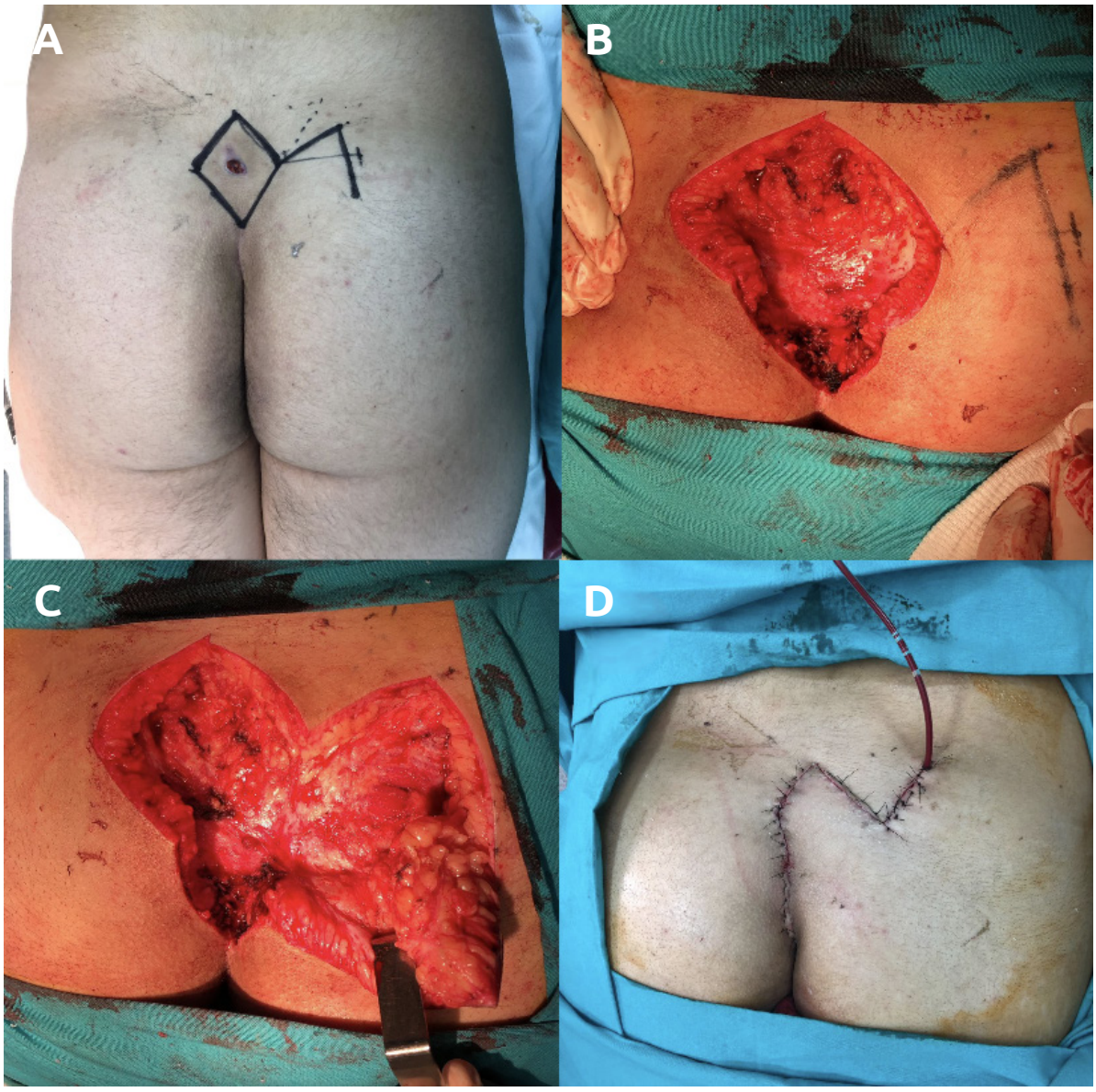


Figura 2. Tratamiento quirúrgico del quiste pilonidal mediante colgajo fasciocutáneo. A) Marcación preoperatoria del colgajo romboidal en región sacrococcígea. B) Defecto quirúrgico luego de la resección completa. C) Diseño y movilización del colgajo fasciocutáneo, incluyendo fascia del glúteo mayor, para cobertura del defecto y desplazamiento de la línea media. D) Resultado final con cierre sin tensión, alejamiento de la línea media y colocación de drenaje aspirativo.

mia. Entre sus desventajas, se puede señalar la alteración estética y el incremento en la duración de la cirugía; no obstante, gracias a la ubicación poco evidente de la cicatriz, este problema estético puede ser considerado manejable[8]. El colgajo de Dufourmentel, descrito como una modificación del colgajo de Limberg, ofrece un mayor grado de rotación y mejor irrigación, reduciendo el riesgo de isquemia y necrosis[8].

El seguimiento de la cirugía, independientemente de la técnica empleada, debe ser prolongado a fin de permitir la detección precoz de las recidivas. En pacientes hirsutos se recomienda el rasurado permanente de la región, junto con el mantenimiento de una adecuada higiene local y el control de la humedad. El rasurado puede realizarse con hoja de afeitar o máquina eléctrica, siendo esta última más cómoda para el autorrasurado. La depilación eléctrica u otros métodos depilatorios implican mayores costos sin demostrar un beneficio adicional, excepto por la comodidad. Recientemente, se han publicado trabajos que recomiendan la depilación láser como una alternativa para reducir las recidivas[2,9,10].

El diagnóstico diferencial de las lesiones de la región sacrococcígea incluye otras entidades como quistes dermoides, teratomas y cordomas, así como quistes del intestino caudal (tailgut cysts) y lesiones inflamatorias o neurogénicas, cuyo espectro ha sido sistematizado en las series de tumores presacros[2,11]. Dado que estas entidades pueden simular clínicamente una enfermedad pilonidal y que se han descrito casos de degeneración maligna sobre trayectos crónicos, se recomienda el envío

sistemático de la pieza de resección para estudio anatomopatológico[12]. En nuestra serie, el examen histológico confirmó en todos los casos hallazgos compatibles con enfermedad pilonidal, sin hallazgos inesperados, en concordancia con lo comunicado en series amplias donde la incidencia de malignidad es prácticamente nula[13]. Aun así, el diagnóstico anatomopatológico continúa siendo la herramienta que confirma la naturaleza de la lesión y descarta entidades congénitas o neoplásicas.

CONCLUSIÓN

El manejo quirúrgico del quiste pilonidal ha evolucionado desde técnicas abiertas hacia abordajes reconstructivos, que priorizan la reducción de la morbilidad postoperatoria. Los colgajos fasciocutáneos, particularmente aquellos que incorporan fascia del glúteo mayor, permiten un cierre estable y mejor impacto en la calidad de vida del paciente.

BIBLIOGRAFÍA

1. *Álvarez Rubio FJ, Soto Ortiz JA, Quiñones Venegas R. Enfermedad pilonidal: ¿trastorno proctológico? Dermatol. CMQ, 2023;21(3):250–257.*
2. *Rodríguez Martin JA. Quiste dermoide sacrococcígeo. Sociedad Argentina de Cirugía Digestiva; 2009; III-381: 1-14. https://sacd.org.ar/wp-content/uploads/2020/05/tochentayuno.pdf*
3. *Manterola C, Otzen T. Dufourmentel rhomboid flap for sacrococcygeal pilonidal sinus: technical details. Int J Morphol. 2016;34(4):1207–1210. doi:10.4067/S0717-95022016000400005.*
4. *Da Silva JH. Pilonidal cyst: cause and treatment. Dis Colon Rectum. 2000;43:1146–1156.*
5. *Villalón CR, Cumsille GB, Bannura G. Enfermedad pilonidal sacrococcígea: análisis de dos técnicas quirúrgicas. Experiencia personal. Rev Cir. 2020;72(4):328–336. doi:10.35687/s2452-45492020004628.*
6. *Yardimci VH. Outcomes of two treatments for uncomplicated pilonidal sinus disease: Karydakis flap procedure and sinus tract ablation using a 1,470 nm diode laser combined with pit excision. Lasers Surg Med. 2020;52(9):848–854. doi:10.1002/lsm.23224. PMID: 32064640.*
7. *Kitchen PR. Pilonidal sinus: experience with the Karydakis flap. Br J Surg. 1996;83(10):1452–1455. doi:10.1002/bjs.1800831040. PMID: 8944470.*
8. *Ramallo IF, Aguilar E, Naranjo D. Colgajo de Dufourmentel en enfermedad pilonidal: serie de casos y revisión bibliográfica. Rev Argent Coloproctol. 2024;35(3):7–10. doi:10.46768/racp.v32i01.15.*
9. *Benedetto AV, Lewis AT. Pilonidal sinus disease treated by depilation using an 800-nm diode laser and review of the literature. Dermatol Surg. 2005;31:587-591.*
10. *Landa N, Aller O, Landa-Gundin N, et al. Successful treatment of recurrent pilonidal sinus with laser depilation. Dermatol Surg. 2005;31:26-28.*

Enfermedad de Mondor post cirugía plástica mamaria. Actualización y presentación de casos clínicos

Mondor's disease after breast plastic surgery. Update and presentation of clinical cases

Dra. María Emilia Barrios[1,3], Dra. Virginia Giachero[2,3]

RESUMEN

Introducción y objetivo: La enfermedad de Mondor (EM) es una tromboflebitis superficial de las venas torácicas, habitualmente asociada a cirugía mamaria. Es una condición benigna y autolimitada, y suele estar subdiagnosticada.
Materiales y métodos: Se presentan tres casos de EM tras cirugía mamaria, diagnosticados clínicamente por la aparición de cordones subcutáneos dolorosos en el postoperatorio inmediato.
Resultados: Todas las pacientes presentaron síntomas entre los 19 y 33 días tras la cirugía. El tratamiento fue conservador, con resolución completa en 3 a 6 semanas, sin recurrencias ni necesidad de estudios complementarios.
Conclusiones: La EM es una complicación poco reconocida. El diagnóstico basado en la evaluación clínica, junto con una adecuada información al paciente, permite un manejo adecuado, evitando la realización de más estudios y disminuyendo la ansiedad asociada.

Palabras clave: tromboflebitis, enfermedad de Mondor, cirugía plástica mamaria.

ABSTRACT

Introduction and objective: Mondor's disease (MD) is a superficial thrombophlebitis of the thoracic veins, most commonly associated with breast surgery. It is a benign and self-limiting condition and is often underdiagnosed.
Materials and methods: We present three cases of MD in breast surgery, clinically diagnosed based on the appearance of painful subcutaneous cords in the immediate postoperative period.
Results: All patients developed symptoms between 19 and 33 days after surgery. Treatment was conservative, with complete resolution within 3 to 6 weeks, without recurrences or the need for additional diagnostic studies.
Conclusions: MD is a poorly recognized complication. Diagnosis based on clinical evaluation and adequate patient information allows for appropriate management, avoiding unnecessary investigations and reducing associated anxiety.

Key words: thrombophlebitis, Mondor's disease, breast plastic surgery.

REVISTA ARGENTINA DE CIRUGÍA PLÁSTICA 2026;32(3):140-145. HTTPS://DOI.ORG/10.32825/RACP/202603/0140-0145

INTRODUCCIÓN Y OBJETIVO

La enfermedad de Mondor (EM) es conocida como una tromboflebitis superficial de las venas subcutáneas de la pared torácica anterior relacionada habitualmente con patología o cirugía mamaria, si bien su etiopatogenia no está del todo clara.
Clínicamente se caracteriza por la aparición de dolor en la mama o pared torácica, seguido por la aparición de un cordón firme, eritematoso y sensible.
La primera serie de casos de esta enfermedad fue informada por el cirujano francés Henri Mondor en 1939, a quien debe su nombre[1].
Aproximadamente la mitad (45-60%) de los casos son idiopáticos, no encontrándose una causa aparente. El porcentaje restante parece ser secundario a causas conocidas[2-5].
En los casos de EM por cirugía mamaria, la aparición de los síntomas dentro de un territorio abordado y doloroso, y su evolución con remisión espontánea en semanas, hace que la enfermedad pase desapercibida. La incidencia general aproximada según la bibliografía es de 0,5-0,96 %, sabiendo que existe un infradiagnóstico[4,6-9].
El objetivo de este trabajo es realizar una actualización del tema y la presentación de 3 casos clínicos de EM post cirugía mamaria.

CASOS CLÍNICOS

CASO I

Paciente de sexo femenino, 49 años. Doctora en Medicina. Sin antecedentes personales patológicos a destacar. Se realizó mamoplastia de aumento, *dual plane* tipo II de Tebbetts, abordaje submamario. Prótesis de silicona, redondas, perfil alto, microtexturizadas, 275 cc.
Tras autoexamen, a los 33 días postoperatorios la paciente nota la aparición de cordón visible y doloroso en la mama izquierda (cuadrante inferolateral), con irradiación del dolor hasta el surco inguinal homolateral.
Se realizó tratamiento evitando la compresión en la zona, AINE sistémicos y tópicos (diclofenac gel c/12 hs), heparina gel tópica c/12 hs, árnica tópica.

1. Residente tercer año. Unidad Académica de Cirugía Plástica y Quemados. Facultad de Medicina, Universidad de la República. Miembro de la Sociedad de Cirugía Plástica, Reparadora y Estética del Uruguay.
2. Prof. Agregada. Unidad Académica de Cirugía Plástica y Quemados. Facultad de Medicina, Universidad de la República. Miembro de la Sociedad de Cirugía Plástica, Reparadora y Estética del Uruguay.
3. Hospital de Clínicas "Dr. Manuel Quintela". Montevideo, Uruguay.

✉ **Correspondencia:** Dra. María E. Barrios. mebs186@gmail.com

Los autores no declaran conflictos de intereses
Recibido: 26/01/2026 | Aceptado: 18/08/2026

En este caso y en todos los casos las pacientes contaban con mamografía preoperatoria de rutina y no se solicitaron estudios complementarios postoperatorios.
Remisión al mes.

CASO II
Paciente de sexo femenino, 51 años. Doctora en Medicina. Sin antecedentes personales patológicos a destacar.
AP: Mastopexia estética en T invertida a pedículo superior con implantes subfasciales de 250 cc microtexturizados y resección de tejido mamario del polo inferior de mama izquierda para simetrización de volumen. Hallazgo de carcinoma *in situ* en la pieza de resección de la mama izquierda e hiperplasia ductal atípica.
Posteriormente se realizó mastectomía reductora de riesgo bilateral conservadora del complejo areola-pezón, con abordaje por la cicatriz vertical previa. Reconstrucción inmediata con expansores retromusculares. Se rellenaron progresivamente los expansores hasta un volumen de 250 cc.
A los 30 días del postoperatorio, tras autoexamen la paciente nota la aparición de cordones en el tórax, desde la cicatriz a nivel surco submamario lateral hasta el abdomen.
Se indica el mismo tratamiento que en el caso anterior, con una remisión de la signosintomatología a los 40 días.
Se realizó el cambio de expansores por prótesis a los 2 meses de completar la expansión, sin complicaciones, ni reaparición de cordones.

CASO III
Paciente de sexo femenino, 38 años. Ingeniera. Sin antecedentes patológicos a destacar.
Mamoplastia de aumento por abordaje submamario, plano subfascial, con implantes de silicona microtexturizados redondos, perfil alto, 275 cc.
A los 19 días del postoperatorio la paciente nota la aparición de cordones dolorosos submamarios a izquierda durante autoexamen, desde la cicatriz en el surco hacia el abdomen.
Se realizó el mismo tratamiento que en los casos anteriores, con remisión de la signosintomatología a las 4 semanas.

DISCUSIÓN

La EM es conocida como una tromboflebitis superficial de las venas de la pared torácica anterior. Las venas más comúnmente afectadas son aquellas que irradian desde la areola hacia la axila (vena torácica lateral), al epigastrio (vena epigástrica superior) o directamente hacia la pared abdominal (vena toracoepigástrica)[2,10].
Aunque se desconoce la etiología de la enfermedad, en casi la mitad los casos parecen ser idiopáticos (45 %),

Figura 1. Caso I. Cordón en mama izquierda.

en un 20% iatrogénicos (postquirúrgicos), en un 22 % traumáticos y el 5 % restante relacionados con cáncer de mama[2-5].
El mecanismo biológico exacto que desencadena este proceso no está del todo claro.
Se han reportado factores asociados como lesiones previas, biopsia quirúrgica, traumatismos, enfermedades mamarias inflamatorias e infecciosas, cáncer de mama, distensiones musculares locales, mamas hipertróficas y/o ptósicas, ropa o vendajes ajustados, ejercicio vigoroso de las extremidades superiores, entre otras[2,11].
La posible asociación entre la EM y el cáncer de mama ha sido objeto de debate en la literatura. Diversos estudios han reportado una incidencia del 12 % de cáncer de mama asociado en pacientes con EM. Sin embargo, esta asociación debe interpretarse con cautela, ya que muchos de los casos reportados corresponden a pacientes que se encontraban bajo investigación por síntomas mamarios, lo que podría representar un sesgo de selección[4,12].
Catania et al., en 1991, encontraron 8 casos (12 %) de EM asociados con cáncer de mama entre un total de 68 pacientes con EM. En esta serie, la incidencia de cáncer de mama en asociación con la EM es de las más altas reportadas. Destacamos que la población en estudio es del Centro de Cáncer de Mama del Hospital Vittore Buzzi, Milán, la División de Cirugía General del Hospital Civil, Padua, y el Instituto Nacional del Cáncer, Milán, Italia. Ello explica la asociación más elevada de la EM con dicha patología. Los datos obtenidos llevan a la conclusión de que la enfermedad de Mondor suele ser una condición idiopática, pero que ocasionalmente puede ser causada por un cáncer de mama[5].
Cabe aclarar que, en el caso II presentado, el hallazgo de carcinoma *in situ* fue incidental en la pieza de resección de simetrización, no fue detectado a partir de la EM. La secuencia fue cáncer-cirugía-EM, y no EM como signo de cáncer.

Figura 2. Caso I. Pre- y postoperatorio de mamoplastia de aumento.

Figura 3. Caso II. Cordones visibles bilaterales. Mastectomía bilateral y reconstrucción inmediata con colocación de expansor.

Existen diferentes hipótesis en cuanto a la fisiopatología de la enfermedad:

Parece que una incisión en la piel de la mama, especialmente de orientación transversal (aunque no de forma exclusiva) con la división de venas superficiales orientadas verticalmente, podría causar un deterioro del flujo sanguíneo retrógrado, con la consiguiente estasis y trombosis.

Estudios inmunohistoquímicos confirman la presencia de trombos venosos en más de la mitad de los casos y un aspecto histológico de linfangitis en un número significativo sin ninguna trombosis venosa[13,14].

Otra teoría plantea una etiología inicialmente fascial y no vascular; estos cordones serían el resultado de una contractura postraumática de la fascia, que se arrugaría después de una incisión, tensión o incluso manipulación del plano fascial, sin que sea estrictamente necesaria su sección directa (como lo evidencian casos descritos en aumentos mamarios realizados en el plano suprafascial, donde la fascia no es incidida pero sí sometida a tensión o desplazamiento). Esta teoría no ha sido comprobada histológicamente[13,15].

Cabe señalar que, hasta la fecha, la literatura no ha demostrado diferencias estadísticamente significativas en la incidencia de la EM según el tipo de acceso quirúrgico o el plano de colocación del implante, reflejando la escasez de series con un número suficiente de casos y la heterogeneidad de las variables estudiadas. Sin embargo, esta limitación metodológica es también consecuencia de que la etiología de la enfermedad permanece sin esclarecer, y los mecanismos propuestos hasta el momento constituyen hipótesis fisiopatológicas sin confirmación histológica ni experimental definitiva.

Los casos clínicos presentados son postquirúrgicos, tanto estéticos como reconstructivos, en los cuales se colocaron implantes en un plano retromuscular o subfascial, es decir que siempre hubo una incisión y apertura a nivel de la fascia prepectoral con posterior cierre de la misma. Ello podría tener relación con la teoría fascial, aunque al contar únicamente con tres casos no es posible inferir causalidad.

La presión mecánica causada por el implante desde el interior, sumada al cierre de la fascia, y eventualmente a la presión externa del sostén, podrían ser la

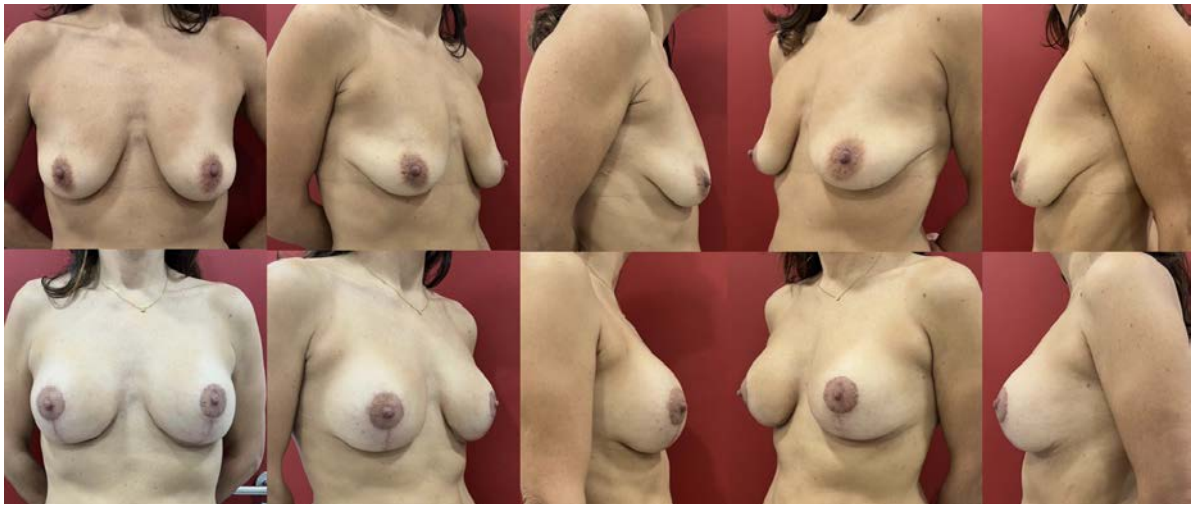


Figura 4. Caso II. Preoperatorio y resultado final.

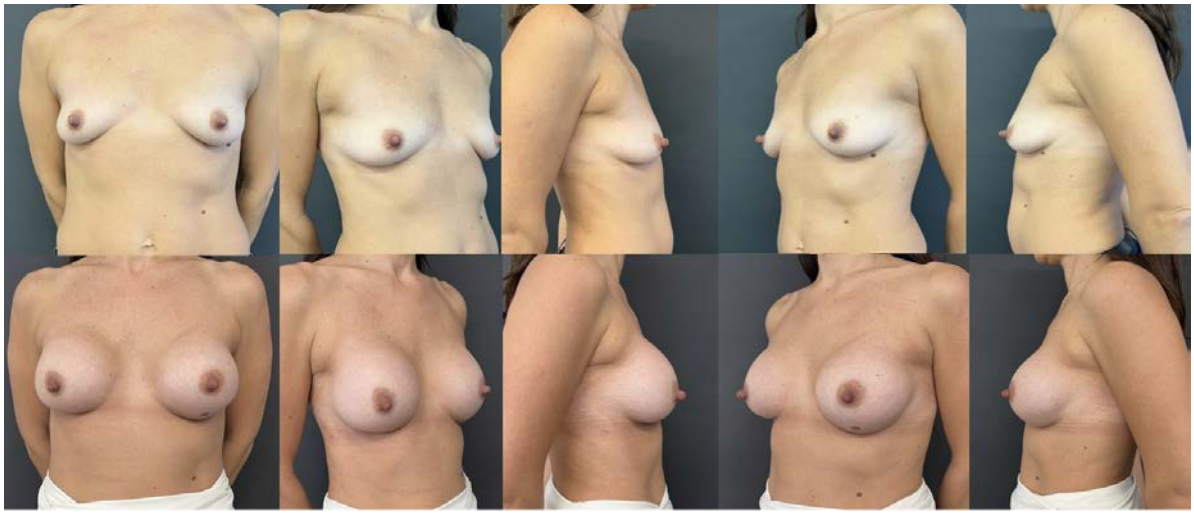


Figura 5. Caso III. Cordones en la mama izquierda.

causa de la compresión de las venas superficiales, lo cual se asocia con ambas teorías, la vasculolinfática y la fascial.

Es una enfermedad de diagnóstico clínico, basada en la historia clínica y la exploración física de la paciente.

La presentación típica consiste en la aparición de dolor en la mama o pared torácica, seguido por la aparición de un cordón firme, eritematoso y sensible que corresponde a la localización de una de las tres venas superficiales principales de la pared torácica.

El cordón es característicamente palpable, puede medir varios centímetros de longitud y frecuentemente se asocia con retracción cutánea.

Las pacientes típicamente describen una sensación de "tirón" o "tensión" en la zona afectada. El dolor puede llegar a la ingle homolateral en algunos casos y puede exacerbar con el movimiento o la palpación[2,3,5,11,16].

Dicha enfermedad afecta con igual frecuencia ambos lados del tórax, aunque la presentación bilateral simultánea es excepcional[4,6].

La localización más frecuente es el cuadrante inferior externo de la mama, en relación con las venas toracoepigástrica y epigástrica superior[2,3,5].

En los casos presentados, las pacientes notaron dolor submamario, que motivó el autoexamen frente al espejo elevando los miembros superiores, lo cual genera elevación de la mama y tensión en la piel del tórax, haciendo evidente la presencia de los cordones.

El dolor en la zona de la herida operatoria es un hallazgo frecuente en el postoperatorio mamario, lo que tiende a restar sospecha clínica a la EM. Aunque los cordones venosos característicos de esta entidad son claramente visibles al tensar la piel torácica mediante la elevación del brazo, suelen pasar desapercibidos con los miembros superiores en reposo, lo que contribuye a su infradiagnóstico. En todos los casos analizados, las pacientes presentaban un alto nivel educativo y un perfil sumamente detallista, lo que les permitió identificar por sí mismas los signos clínicos: notaron inicialmente dolor inframamario y, al observarse frente al espejo realizando maniobras como la extensión del brazo, visualizaron los cordones subcutáneos, lo que motivó la consulta.

Figura 6. Caso III. Pre- y postoperatorio de mamoplastia de aumento.

En cuanto a la solicitud de estudios paraclínicos, la ecografía puede ser necesaria cuando la presentación clínica no es clara. En la EM la ecografía puede evidenciar estructuras tubulares superficiales incompresibles con contenido anecoico o hipoecoico. La característica más importante es la ausencia de señal de flujo venoso en los estudios Doppler color. Estos hallazgos pueden tener baja sensibilidad y no se demuestran en gran número de casos[4,16-19].

La EM suele ser un proceso benigno y autolimitado raramente secundario al cáncer de mama. La valoración preoperatoria en cirugía estética mamaria incluye la evaluación imagenológica de la mama dependiendo de la edad de la paciente, por lo cual en la mayoría de los casos la etiología maligna fue descartada *a priori* desde el preoperatorio. Si bien hay poca asociación entre EM y cáncer de mama, es importante tenerlo en cuenta ya que podría motivar la evaluación por parte de un equipo de mastología y oncología, dependiendo de cada caso[5,18,19].

Es discutible la indicación de factores protrombóticos según la bibliografía. Según la mayor parte de los autores el chequeo paraclínico para realizar diagnóstico por este motivo es inútil dado que la presencia de una anomalía hereditaria no cambia la estrategia terapéutica de la enfermedad, ni se ha demostrado que identificar trombofilias en EM mejore los resultados (prevención de recurrencia, cambio en el tratamiento) de manera comprobada. Por tanto, la indicación queda al criterio clínico y muchas guías de trombosis no contemplan específicamente la EM como indicación clara para estudios de trombofilia[3,4,11,13].

En cuanto al tratamiento de la enfermedad, en la mayoría de las series se opta por el tratamiento local con compresas calientes, evitar ropa apretada y sintomático con antiinflamatorios no esteroideos (AINE), logrando la remisión espontánea sin cicatrices en un plazo promedio de 4-8 semanas. La aplicación de AINE orales o tópicos puede ayudar a disminuir el dolor, pero no acorta la progresión del cordón[10,11,16,20-22].

En el protocolo aplicado para las pacientes presentadas, además de AINE se utilizó árnica tópica; su indicación se basó en una extrapolación de su mecanismo de acción: antiinflamatoria (inhibición de la síntesis de prostaglandinas y leucotrienos)[23,24] y su efecto sobre la microcirculación (inhibición de la agregación plaquetaria y de la formación de tromboxano por la helenalina, junto con la actividad anticoagulante descrita para los ácidos hexurónicos presentes en la planta)[25,26]. Es importante mencionar que la indicación de la misma fue de carácter empírico/complementario. No existen a la fecha ensayos clínicos que evalúen árnica específicamente en enfermedad de Mondor.

Algunos autores han propuesto el tratamiento antiagregante o anticoagulante durante la fase aguda de la enfermedad. Sin embargo, el papel de la anticoagulación en el tratamiento de la EM sigue siendo incierto, ya que la tromboembolia venosa y la extensión no se han descrito como complicaciones, y la recurrencia es rara. Algunos autores plantean evaluar el uso de anticoagulantes si existen factores de riesgo protrombóticos concomitantes como malignidad, exposición a estrógenos y quimioterapia, aunque el nivel de evidencia sobre este punto y la EM es bajo[4,11,16,20].

Elizondo et al. recomiendan la inyección local con corticoides, refiriendo que es necesaria una dosis única de 5 mg de betametasona para aliviar los síntomas y acortar la evolución del síndrome. En dicha serie, el cordón se resolvió en 15 días, sin reaparecer[21].

La resolución espontánea varía, según las series, entre 4-8 semanas y 6 meses[2,3,5,6,10,16,21,23].

Puede ocurrir recurrencia en el 5 % de los casos, la cual se describe homolateral[22,23].

CONCLUSIONES

Los casos clínicos presentados evidencian que la EM puede manifestarse como una complicación benigna, pero poco reconocida en el postoperatorio de cirugías mamarias tanto estéticas como reconstructivas. En todos los casos, el diagnóstico fue clínico, basado en la aparición de cordones subcutáneos dolorosos evidenciados mediante el autoexamen al elevar los miembros superiores.

La evolución fue favorable en todos los casos con tratamiento sintomático tópico y sistémico, sin requerimiento de estudios complementarios ni intervenciones adicionales, y con remisión completa en un plazo de 3 a 6 semanas.

La EM se encuentra frecuentemente subregistrada, particularmente en el contexto de cirugías mamarias, lo cual puede conducir a diagnósticos erróneos, estudios complementarios innecesarios o a una preocupación injustificada por parte de las pacientes. Si bien su

curso suele ser benigno y autolimitado, la sintomatología puede ser dolorosa y generar ansiedad significativa. En este sentido, se destaca la importancia de incluir información clara durante el proceso de consentimiento preoperatorio, advirtiendo sobre la posible aparición de esta entidad, su fisiopatología probable y su evolución esperada. Un diagnóstico clínico oportuno no solo optimiza el manejo terapéutico, sino que también favorece una participación activa y consciente del paciente en su seguimiento postquirúrgico, reduciendo la incertidumbre y mejorando la experiencia en su proceso de recuperación.

BIBLIOGRAFÍA

1. *Mondor H. Tronculite sub-cutánea subaguda de la pared torácica anterolateral. Mém Acad Chir. 1939;65:1271-8.*
2. *Pugh CM, DeWitty RL. Mondor's disease. J Natl Med Assoc. 1996;88(6):359-63.*
3. *Pasta V, D'Orazi V, Sottile D, Del Vecchio L, Panunzi A, Urciuoli P. Breast Mondor's disease: Diagnosis and management of six new cases of this underestimated pathology. Phlebology. 2015;30(8):564-8.*
4. *Amano M, Shimizu T. Mondor's disease: a review of the literature. Intern Med. 2018;57(18):2607-12.*
5. *Catania S, Zurrida S, Veronesi P, Galimberti V, Bono A, Pluchinotta A. Mondor's disease and breast cancer. Cancer. 1992;69(9):2267-70.*
6. *Salemis NS, Vasilara G, Lagoudianakis E. Mondor's disease of the breast as a complication of ultrasound-guided core needle biopsy: management and review of the literature. Breast Dis. 2015;35(1):73-6.*
7. *Clegg-Lamptey JN, Aduful HK, Yarney J, Adu-Aryee NA, Vanderpuye V, Kyereh M, et al. Profile of breast diseases at a self-referral clinic in Ghana. West Afr J Med. 2009;28(2):114-7.*
8. *Hou MF, Huang CJ, Huang YS, Hsieh JS, Chan HM, Wang JY, et al. Mondor's disease in the breast. Kaohsiung J Med Sci. 1999;15(11):632-9.*
9. *Khan UD. Incidence of Mondor disease in breast augmentation: a retrospective study of 2052 breasts using inframammary incision. Plast Reconstr Surg. 2008;122(2):88e-9e.*
10. *Loos B, Horch RE. Mondor's disease after breast reduction surgery. Plast Reconstr Surg. 2006;117(7):129e-32e.*
11. *Marín-Bertolín S, González-Martínez R, Velasco-Pastor M, Gil-Mateo MD, Amorrortu-Velayos J. Mondor's disease and aesthetic breast surgery: report of case secondary to mastopexy with augmentation. Aesthetic Plast Surg. 1995;19(3):251-2.*
12. *Levi I, Baum M. Mondor's disease as a presenting symptom of breast cancer. Br J Surg. 1987;74(8):700.*
13. *Dudrap E, Milliez PY, Auquit-Auckbur I, Bony-Rerolle S. Maladie de Mondor et chirurgie plastique du sein. Ann Chir Plast Esthet. 2010;55(3):233-7.*
14. *Ichinose A, Fukunaga A, Terashi H, Nishigori C, Tanemura A, Nakajima T, et al. Objective recognition of vascular lesions in Mondor's disease by immunohistochemistry. J Eur Acad Dermatol Venereol. 2008;22(2):168-73.*
15. *Salmón R, Hamelin JP. Maladie de Mondor: vers une nouvelle explication physiopathologique et son traitement. Oncologie. 2004;6(7):477-80.*
16. *Ben Hamida K, Ghalleb M, Triki A, Jebir I, Makhlouf R, Touinsi H. Mondor's disease of the breast: a case series. J Med Case Rep. 2021;15(1):188.*
17. *Yanik B, Conkbayir I, Oner O, Hekimoğlu B. Imaging findings in Mondor's disease. J Clin Ultrasound. 2003;31(2):103-7.*
18. *Shetty MK, Watson AB. Mondor's disease of the breast: sonographic and mammographic findings. AJR Am J Roentgenol. 2001;177(4):893-6.*
19. *Obradovic K, Adzic N, Pavlovic Stankovic D, Petkovic I, Urban V, Milosevic Z. Superficial thrombophlebitis of the breast (Mondor's disease): an uncommon localization of common disease. Clin Med Insights Case Rep. 2020;13:1179547620972414.*
20. *Adeniji-Sofoluwe A, Afolabi O. Mondor's disease: classical imaging findings in the breast. BMJ Case Rep. 2011;2011:bcr0720114521.*
21. *Tijerina VN, Saenz RA. Mondor's syndrome: a clinical finding on subfascial breast augmentation. Aesthetic Plast Surg. 2010;34(4):531-3.*
22. *Thiery G, Liard O, Duboscq JC. La maladie de Mondor: à propos de deux cas. Ann Chir Plast Esthet. 2005;50(3):251-4.*
23. *Lyu G, Knorre A, Schmidt TJ, Pahl HL, Merfort I. The anti-inflammatory sesquiterpene lactone helenalin inhibits the transcription factor NF-κB by directly targeting p65. J Biol Chem. 1998;273(50):33508-16.*
24. *Röhrl J, Piqué-Borràs MR, Jaklin M, Werner M, Werz O, Josef H, et al. Anti-inflammatory activities of Arnica montana planta tota versus flower extracts: analytical, in vitro and in vivo mouse paw oedema model studies. Plants. 2023;12(6):1348.*
25. *Schröder H, Lösche W, Strobach H, Tiess M, Siems W, Planta C, et al. Helenalin and 11α,13-dihydrohelenalin, two constituents from Arnica montana L., inhibit human platelet function via thiol-dependent pathways. Thromb Res. 1990;57(6):839-45.*
26. *Pawlaczyk I, Czerchawski L, Logisz J, Stępień K, Karpińska J, Kolodziejska J, et al. Polyphenolic-polysaccharide compounds from selected medicinal plants of Asteraceae and Rosaceae families: chemical characterization and blood anticoagulant activity. Carbohydr Polym. 2009;77(3):568-75.*
27. *Mayor M, Burón I, Calvo de Mora J, Lázaro TE, Hernández-Cano N, Rubio FA, et al. Mondor's disease. Int J Dermatol. 2000;39(12):922-5.*

Versatilidad del colgajo cigomático de mejilla para la reconstrucción de defectos del canto interno y pared lateral nasal: reporte de caso

Versatility of the Zygomatic Cheek Flap for Reconstruction of Medial Canthal and Lateral Nasal Wall Defects: A Case Report

Dr. Diego Alexander Pérez Bermeo[1], Dra. Verónica Yael Ortega Ramos[2], Dr. Ángel Ariel Aparicio[3]

RESUMEN

La reconstrucción del canto interno y la pared lateral nasal constituye un desafío en cirugía plástica reparadora debido a la complejidad anatómica de la región y la necesidad de preservar tanto la función palpebral como la armonía facial. El objetivo del presente trabajo es describir la utilidad del colgajo cigomático de mejilla en la reconstrucción de un defecto secundario a resección de carcinoma basocelular. Se presenta el caso de un paciente masculino de 60 años con diagnóstico clínico de carcinoma basocelular localizado en el canto interno y la pared lateral nasal derecha. Se realizó resección tumoral con márgenes de seguridad, obteniéndose un defecto de aproximadamente 3x3 centímetros. La reparación se efectuó en un solo tiempo quirúrgico mediante colgajo cigomático de mejilla con patrón de rotación-avance. El cierre por planos se realizó con sutura reabsorbible Vicryl 3-0 en tejido subcutáneo y Nylon 3-0 en piel. La evolución postoperatoria fue favorable, sin complicaciones inmediatas. El control a los tres meses evidenció adecuada integración del colgajo, preservación del contorno anatómico y resultado estético satisfactorio.

Palabras clave: carcinoma basocelular, procedimientos quirúrgicos reconstructivos, colgajos quirúrgicos, nariz, párpados.

ABSTRACT

Reconstruction of the medial canthus and lateral nasal wall represents a challenge in reconstructive plastic surgery due to the anatomical complexity of the region and the need to preserve both eyelid function and facial harmony. The objective of this study is to describe the usefulness of the zygomatic cheek flap in the reconstruction of a defect secondary to basal cell carcinoma resection. We present the case of a 60-year-old male patient with a basal cell carcinoma located at the medial canthus and right lateral nasal wall. Tumor resection with safety margins resulted in a defect measuring approximately 3x3 centimeters. Immediate reconstruction was performed in a single surgical stage using a zygomatic cheek rotation-advancement flap. Subcutaneous closure was achieved with Vicryl 3-0 and skin closure with Nylon 3-0. Postoperative evolution was favorable, with no complications. At three-month follow-up, adequate flap integration and satisfactory aesthetic outcome were observed.

Key words: carcinoma, basal cell; reconstructive surgical procedures; surgical flaps; nose; eyelids.

REVISTA ARGENTINA DE CIRUGÍA PLÁSTICA 2026;32(3):146-148. HTTPS://DOI.ORG/10.32825/RACP/202603/0146-0148

INTRODUCCIÓN

El carcinoma basocelular es el tumor cutáneo maligno más frecuente y afecta predominantemente regiones fotoexpuestas de la cara. La región del canto interno constituye un área anatómica compleja por la proximidad del ligamento cantal medial y del sistema lagrimal, lo que convierte su reconstrucción en un desafío quirúrgico. El objetivo del presente trabajo es describir la reparación de un defecto de 3x3 cm del canto interno y pared lateral nasal mediante colgajo cigomático de mejilla.

1. Residente de cuarto año de Cirugía General, Hospital Narciso López de Lanús.
2. Residente de cuarto año de Cirugía General, Hospital Narciso López de Lanús.
3. Cirujano plástico, estético y reconstructivo. Instructor de residentes, Hospital Narciso López de Lanús Miembro titular SACPER, miembro titular SCPBA.

✉ **Correspondencia:** Dr. Diego Alexander Pérez Bermeo. diegoalexanderperezbermeo@gmail.com

Los autores no declaran conflictos de intereses

Recibido: 03/03/2026 | Aceptado: 20/08/2026

MATERIALES Y MÉTODOS

Se presenta un caso clínico de paciente masculino de 60 años con diagnóstico clínico de carcinoma basocelular localizado en canto interno y pared lateral nasal derecha (**Figura 1**). Se realizó resección tumoral con márgenes de seguridad oncológicos (**Figura 2**). El defecto resultante fue de aproximadamente 3x3 cm. La reparación del defecto se efectuó en un solo tiempo quirúrgico mediante diseño de colgajo cigomático de mejilla con patrón de rotación-avance (**Figura 3**), seguido de su movilización y posicionamiento para la cobertura del defecto (**Figura 4**).

El cierre se realizó por planos con sutura absorbible poliglactina 910 Vicryl 3-0 en tejido subcutáneo y sutura Nylon monofilamento 3-0 en piel.

RESULTADOS

La cobertura del defecto fue completa, sin tensión excesiva. No se evidenciaron complicaciones inmediatas tales como necrosis parcial, infección y/o retracción palpebral. En el seguimiento a tres meses se observó adecuada integración del colgajo, preservación del canto interno y buen resultado estético (**Figura 5**).

Figura 1. Carcinoma basocelular localizado en canto interno y pared lateral nasal derecha.

Figura 3. Diseño y marcación del colgajo cigomático de mejilla.

Figura 2. Resección tumoral con márgenes oncológicos de seguridad.

Figura 4. Rotación y posicionamiento del colgajo para cobertura del defecto.

DISCUSIÓN

La reconstrucción del canto interno y la pared lateral nasal representa un desafío técnico debido a la compleja anatomía de la región nasoorbitaria y la proximidad al ligamento cantal medial y al sistema lagrimal. La planificación reconstructiva debe equilibrar el adecuado control oncológico con la preservación funcional y estética.

Los defectos mayores de 2 centímetros en esta localización suelen requerir colgajos locales, ya que los injertos cutáneos pueden asociarse a retracción, depresión cicatricial y alteraciones cromáticas. Entre las opciones disponibles se describen el colgajo glabelar, el colgajo nasolabial y el colgajo frontal paramediano. Sin embargo, estos pueden implicar mayor morbilidad del sitio donante, distorsión interciliar o necesidad de múltiples tiempos quirúrgicos.

Figura 5. Resultado postoperatorio a los 3 meses, con adecuada integración estética y preservación de los contornos anatómicos.

El colgajo cigomático de mejilla ofrece ventajas significativas en defectos moderados, al aportar tejido de características similares en color, textura y grosor, con adecuada vascularización y amplia movilidad. Su diseño permite orientar las cicatrices siguiendo las líneas de tensión cutánea, reduciendo el impacto estético.

Un aspecto crítico en esta región es la prevención de complicaciones como ectropión o retracción palpebral. En el caso presentado, la adecuada planificación y el manejo cuidadoso de la tensión permitieron preservar la función palpebral sin distorsión del canto interno.

Si bien se trata de un reporte de caso, la experiencia obtenida refuerza la utilidad del colgajo cigomático como alternativa válida dentro del algoritmo reconstructivo de la región naso-orbitaria.

CONCLUSIONES

La reconstrucción del canto interno exige técnicas que equilibren seguridad oncológica, preservación funcional y armonía estética. El colgajo cigomático de mejilla demostró ser una herramienta confiable para defectos de tamaño moderado, permitiendo resolución en un solo tiempo quirúrgico y con baja morbilidad. Su adecuada vascularización y similitud tisular lo convierten en una alternativa dentro de la cirugía reconstructiva facial.

BIBLIOGRAFÍA

1. *Burget GC, Menick FJ. The subunit principle in nasal reconstruction. Plast Reconstr Surg. 1985;76(2):239-247.*
2. *Spinelli HM, Jelks GW. Periocular reconstruction: a systematic approach. Plast Reconstr Surg. 1993;91(6):1017-1024.*
3. *Moyer JS, Baker SR. The use of skin grafts with local flaps. Local flaps in facial reconstruction. 3rd ed. Elsevier; 2014. Chapter 16, pp. 368-384*
4. *Menick FJ. Nasal reconstruction: forehead flap. Plast Reconstr Surg. 2004;113(6):100e-111e.*
5. *Zitelli JA. The nasolabial flap as a single-stage procedure. Arch Dermatol. 1990;126(11):1445-1448.*
6. *Abullarde J. Versatility of cheek zygomatic flap in nose reconstruction. Cir Plast Ibero-Latinoam. 2012;38(3):273-277.*

Documentación médica: historia clínica, protocolo operatorio, imágenes y constancia de materiales

Medical documentation: medical history, operative protocol, images and record of materials

Dr. Patricio F. Jacovella

RESUMEN

Se presenta la documentación imprescindible como constancia del acto médico, desde los puntos de vista asistencial y legal. Se detallan: historia clínica, consentimiento informado, imágenes pre y post tratamientos, parte de anestesia, protocolo operatorio y constancia de materiales con sus etiquetas correspondientes. Se comentan los aspectos éticos y la importancia de la comunicación médico-paciente.

Palabras clave: historia clínica, protocolo operatorio, imágenes, constancia de materiales.

ABSTRACT

The importance of essential medical documentation considering assistance and legal point of view is considered. Clinical reports, informed consent, pre and post treatments images, anesthesia details and medical material labels are detailed as well. Ethical and communications skills with patients are stressed.

Key words: clinical report, surgical description, images, materials labels.

REVISTA ARGENTINA DE CIRUGÍA PLÁSTICA 2026;32(3):149-155. HTTPS://DOI.ORG/10.32825/RACP/202603/0149-0155

1. INTRODUCCIÓN

La etimología de las palabras documentación y documento, del latín *documentum,* significan "lección". El verbo *doceo* significa "enseñar". Históricamente el término documento se utilizó para indicar la existencia de una prueba escrita como evidencia de una verdad o hecho comprobable.

Con respecto a la documentación médica existen tres clases principales: narrativa, descriptiva e instructiva.

La **narrativa** es una descripción detallada de la entrevista entre el médico y el paciente. Tiene su utilidad en registrar el relato de la persona acerca de su motivo de consulta y mantener un diálogo de confianza que permita una comunicación fluida y sincera.

La **descriptiva** es una recopilación de los hallazgos clínicos como consecuencia del examen físico en la primera consulta, como asimismo la evaluación de los estudios complementarios solicitados previamente.

La **instructiva** es la conclusión de la entrevista y la propuesta de tratamientos posibles según la información recopilada.

En el presente artículo se comentarán y discutirán los documentos mencionados en el título.

2. HISTORIA CLÍNICA

2.1. CONSIDERACIONES GENERALES

En varios peritajes realizados ante demandas por presunta práctica inadecuada, se han observado historias clínicas deficientes e incompletas, no solamente en el ámbito hospitalario sino también en el privado[2,20]. Algunos de los defectos encontrados son: tachaduras sin enmiendas, modificaciones con correctores de escritura, sobreescritura e ilegibilidad por mala letra, entre otros.

Al respecto, conviene recordar que uno de los deberes del médico es el de confeccionar la historia clínica ya sea en pacientes ambulatorios o internados. El médico está obligado no solamente a dar cumplimiento a sus deberes, sino también demostrar que así lo hizo y por lo tanto contar con una prueba[15,22]. De esta manera, existirá una constancia fehaciente de su trabajo según los medios que la ciencia médica sugiere para cada caso. Una historia clínica bien confeccionada es el primer recaudo que debe tomar un especialista en su práctica diaria[12,13].

2.2. LA HISTORIA CLÍNICA DESDE EL PUNTO DE VISTA MÉDICO

Es un documento que contiene una síntesis razonada, coherente y secuencial de las acciones médicas con fundamento científico, acompañada por los resultados de exámenes complementarios de diagnóstico, como por

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

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

El autor no declara conflictos de intereses

Recibido: 31/03/2026 | Aceptado: 18/05/2026

ejemplo análisis de laboratorio, radiografías y electrocardiograma, entre otros. Todo lo escrito debe justificar los procedimientos puestos en práctica[13,18]. Para Do Pico[9], es la narración verdadera de todos los sucesos acaecidos en el paciente.
Según la Ley 26.529/09 referida a los derechos del paciente es *"El documento obligatorio, cronológico, foliado y completo en el que conste toda actuación realizada al paciente por profesionales y auxiliares de la salud".*
Por lo expresado, la historia clínica, tanto en soporte informático o escrita en papel, es un elemento fundamental dentro del proceso de atención en medicina. Dentro de las especialidades quirúrgicas, el protocolo operatorio forma parte importante, donde se detallan las técnicas puestas en práctica[2,15].
Una buena historia clínica va más allá de la simple descripción cronológica de los hechos. Es un documento en el que se justifica todo lo actuado por el médico y es de carácter obligatorio y ético en todo establecimiento asistencial.

2.3. ESQUEMA DE UNA HISTORIA CLÍNICA

A continuación, se presenta un modelo como sugerencia para una buena confección, siendo resorte de cada profesional la introducción de modificaciones y divisiones de acuerdo a su saber y entender.

2.3.1. Datos de filiación: Apellidos y nombres, con constancia de documento nacional de identidad, nacional o extranjero comprobable.

2.3.2. Motivo de consulta: Consignar fecha y hora de la consulta, así como el motivo principal de la misma.

2.3.3. Antecedentes médicos de importancia:

- Personales: enfermedades clínicas, operaciones quirúrgicas de toda índole incluyendo intervenciones de cirugía estética, infecciones previas, enfermedades venéreas, enfermedades ginecológicas y otras afecciones.
- Hábitos: alcohol, tabaco, drogas.
- Medicamentos actuales que recibe.

2.3.4. Examen físico general: Consignar fecha y hora y descripción general de la persona y de los diferentes componentes referidos a sistemas y aparatos. El examen físico debe ser completo, más allá del motivo de consulta.

2.3.5. Solicitud de análisis y estudios pertinentes: Se deben especificar los estudios solicitados y consignar los resultados de los mismos una vez obtenidos.

2.3.6. Descripción del plan de tratamiento propuesto: Se detallan la táctica y la técnica previstas, que pueden ser modificadas luego en el parte quirúrgico, si difieren de lo previamente evaluado. Toda justificación debe figurar en el documento.

2.3.7. Fotografías e imágenes de estudios complementarios: La cirugía plástica encuentra en las imágenes uno de los elementos más importantes de la historia clínica. De la comparación entre las tomas pre- y postoperatorias, surge la constancia fehaciente del cambio, como así también un elemento de prueba del estado previo al tratamiento[15].

2.3.8. Consentimiento informado: Es un documento firmado por la persona que será asistida, en el que manifiesta conocer el tipo de tratamiento a recibir y acepta los eventuales riesgos. Debe ser completo, con descripción detallada a nivel comprensible por el o la paciente, de manera que su asentimiento tenga validez ética y jurídica[13].

2.3.9. Protocolo operatorio y parte de anestesia: La descripción de la técnica quirúrgica empleada y el parte de anestesia en los casos en que interviene un médico anestesiólogo forman parte de una buena historia clínica. Ambos documentos deben contener todos los detalles de los respectivos actos específicos[1,6]. El protocolo operatorio y el parte de anestesia deberán estar firmados por el cirujano y por el anestesiólogo, respectivamente.

2.3.10. Constancia de materiales de implante: En estos casos, como por ejemplo prótesis mamarias y sustancias inyectables, es conveniente consignar la marca comercial, número de lote y procedencia de los citados productos, como también, si corresponde, adjuntar las etiquetas provistas por el fabricante con los datos inherentes, de manera de contar con una prueba[8,12,18].
Al respecto la Administración Nacional de Medicamentos Alimentos y Tecnología Médica, más conocida con sus siglas A.N.M.A.T. (Autoridad Sanitaria Nacional de la Argentina), obliga a que los implantes mamarios cuenten con su aprobación previa y que tanto médicos como pacientes guarden las etiquetas entregadas por el fabricante, como constancia. Se considera conveniente que las citadas etiquetas sean adheridas a la historia clínica, con el fin de tener una constancia fehaciente de que las prótesis implantadas tienen procedencia conocida[12,13].

2.3.11. Interconsultas: Cuando la información de otros especialistas se considera conveniente, tiene el valor de una segunda opinión referente a un paciente determinado. Dicha opinión debe constar por escrito en la historia clínica, y debe estar firmada por el profesional que actúa en calidad de consultor. En casos de controversias en cuanto a diagnósticos y tratamientos, la convocatoria de otro colega, lejos de poner en duda la idoneidad del médico que la solicita, demuestra la intención de brindar al paciente una mejor atención.

2.4. LA HISTORIA CLÍNICA INFORMATIZADA

La doctrina jurídica argentina y la jurisprudencia han resaltado en varias oportunidades, la importancia de la

existencia de registros clínicos adecuados, como elementos probatorios de la calidad y eficiencia del acto médico. Mariona y colaboradores[15] citan, como ejemplo casi grotesco, el caso de un archivo de historias clínicas de un hospital, que, en solamente 75 metros cuadrados de superficie, debe albergar 200.000 (doscientas mil) historias de internación más 2000 (dos mil) fichas de consultas de primera vez por día promedio de atención. Imaginando la progresión al día de la fecha, la cifra hace reflexionar sobre el tema, como un sistema de alarma.

Además de la falta de espacio físico, el sistema de registro en papel, habitualmente de baja calidad, se deteriora con el manipuleo y con el tiempo, impidiendo la plena satisfacción de los requerimientos médicos y judiciales: contar con información actualizada en todo momento.

La era de la informática no puede quedar ajena a disciplinas como el derecho y la medicina, razón por la cual la historia clínica informatizada se presenta como una interesante opción[16]. Un buen diseño de historia clínica asistida por computadora presenta las siguientes ventajas: a) acceso restringido a médicos tratantes o al personal que la dirección estime conveniente, b) posibilidad de firma del médico con un código determinado, c) posibilidad de copias de resguardo para evitar pérdidas de la información d) posibilidad de contar con un texto más prolijo y completamente legible, con fecha y hora y sin errores ni tachaduras.

Con respecto a lo estrictamente jurídico, la reglamentación establece que toda la documentación de respaldo deberá conservarse y designa los responsables de la guarda de la misma[22].

Por lo expresado se sugiere contar con una copia manuscrita a manera de resguardo, en caso de falla del sistema informático.

Cabe consignar que la titularidad de la historia clínica pertenece al paciente y ante su simple requerimiento debe suministrársele una copia de la misma, autenticada por la autoridad que guarda el documento.

2.5. VENTAJAS Y DESVENTAJAS DE LA HISTORIA CLÍNICA

2.5.1. Ventajas

Una buena historia clínica otorga al médico las siguientes ventajas probatorias:

1. Mantiene la carga de la prueba a favor del demandado ya que obliga al demandante, a probar que el médico actuó mal.
2. Constituye una presunción favorable a la buena praxis médica, que, unida a otras circunstancias, demuestra la falta de culpabilidad del especialista[17].
3. Se le atribuye verdad probatoria por sí misma, aunque haya sido confeccionada por el propio demandado[2].

2.5.2. Desventajas

Una historia clínica inexistente o insuficiente[2] va en contra del médico, con las consiguientes desventajas:

1. Permite suponer la verdad de los hechos afirmados por la parte demandante.
2. Representa un indicio de falta de colaboración del médico en el proceso judicial.
3. Puede motivar la inversión de la carga de la prueba, es decir que obliga al médico a probar que actuó bien. Al respecto varios juzgados han pronunciado la siguiente sentencia: *"en ausencia de historia clínica, la carga de la prueba ha de considerarse invertida"*. Es decir, le compete al médico probar que su actuación fue la adecuada.

2.6. COMENTARIOS

Si bien el demandante debe probar como principio base la culpa del médico, demostrando su impericia, imprudencia, negligencia u otros deberes incumplidos, conforme a la moderna doctrina llamada "de pruebas dinámicas" el profesional inculpado debe demostrar su "no culpa", aportando elementos que demuestren lo contrario[9].

Como corolario de esta sección, puede decirse que no siempre una historia clínica mal confeccionada es una prueba objetiva y suficiente para medir la responsabilidad civil o penal de los profesionales eventualmente cuestionados, y viceversa, no en todos los casos en que tal instrumento se encuentre correctamente labrado, se puede presumir de manera acabada que al paciente se le dispensó la atención ideal[19].

3. PROTOCOLO OPERATORIO

Si bien forma parte de la historia clínica, por su importancia en la especialidad, se considera de gran trascendencia y debe ser confeccionado de manera legible si es manuscrito.

Además del listado de verificación del instrumental utilizado, se insiste en la necesidad de las etiquetas autoadhesivas que deben figurar en el parte, en casos de implantes de materiales.

Asimismo, se considera importante entregar una copia de las etiquetas de los materiales implantados, de manera que cada persona operada tenga la información completa de la marca comercial, número de lote y otros datos de referencia, como constancia fehaciente del procedimiento, desde los puntos de vista ético y legal.

El listado de verificación de cirugía segura, en cuanto al conteo del instrumental se refiere, también forma parte del protocolo y no debe ser olvidado[4,18].

En síntesis, se trata de un documento de gran importancia en medicina legal, cuya omisión o confección incompleta puede hacer que el juzgamiento sea desfavorable hacia el médico. Por lo expresado, es inexplicable que siendo los médicos quienes tienen la posibilidad de producir un excelente medio de prueba, no consideren su trascendencia, como se ha visto en varias demandas en las que la buena praxis ha sido puesta en duda por documentación insuficiente.

4. IMÁGENES

4.1. CONCEPTOS GENERALES Y DEFINICIONES

4.1.1. Consideraciones legales:

Las imágenes son de gran importancia en las especialidades médicas relacionadas con la estética y la belleza. Por lo tanto, es primordial contar con un recurso inigualable que permita tener un registro fidedigno del estado previo a la aplicación de cualquier tratamiento, como así también para ver el resultado y su comparación[16]. Un buen archivo fotográfico debe cumplir con las siguientes funciones:

- Tener un registro documentado del paciente, que refleje con exactitud el estado de las zonas faciales o corporales, así como también la forma, tamaño, e irregularidades presentes, en forma estática y dinámica, para permitir una comparación después del tratamiento.
- Tener una imagen tangible del paciente en conjunto, para poder mostrar y explicar sus defectos, irregularidades y poder consensuar las posibles correcciones o tratamientos en forma puntual.
- Tener un registro para anexar en la historia clínica, como documento fehaciente y elemento de prueba desde el punto de vista legal.

4.1.2. Fotografía:

El origen de la palabra proviene de la palabra griega "foto" que significa luz, y justamente el vocablo alude a la impresión de una imagen por medio de una emisión lumínica. Originariamente, la imagen quedaba grabada en una película de celuloide de tipo fotosensible, en placas individuales o en los conocidos rollos. La primera imagen médica, según la historia, se obtuvo en el año 1845[16].

Posteriormente, el advenimiento de la informática permitió el almacenamiento de las imágenes en dispositivos electrónicos del tipo tarjetas de memoria y discos externos portátiles. Actualmente en medicina, las fotografías digitales han desplazado a las películas fotosensibles, por su practicidad y menor costo.

Por lo tanto, estas no pueden faltar entre los requisitos previos a cualquier tratamiento de cirugía estética, ya que, de no haber tomado el registro fotográfico previamente, una vez realizada la cirugía, no se cuenta con la constancia de las formas originales y entonces no se puede saber qué defectos se corrigieron o qué resultados se obtuvieron[16].

Antes de proceder con un registro fotográfico, es deber y obligación del médico solicitar una autorización o consentimiento para poder tomar, conservar y reproducir las fotografías del paciente, tanto para uso como documento legal como para la reproducción con fines científicos en publicaciones o con fines educativos en presentaciones[13].

4.2. TECNOLOGÍAS DIGITAL Y CON PELÍCULAS FOTOSENSIBLES

4.2.1. Ventajas de las cámaras digitales

- El costo de las cámaras digitales ha ido disminuyendo desde que se creó la primera.
- Las cámaras digitales compactas tienen menor peso y mejor forma de trasporte que las tradicionales réflex para películas fotosensibles.
- El costo de obtención del registro es más económico al no tener gastos de películas y su revelado.
- Al tener la imagen procesada a la vista en pantalla digital inmediatamente después de tomar la fotografía, es posible realizar una evaluación de calidad, encuadrado, foco, luz y sombras para saber en ese mismo instante si se conservará o se desechará.
- La forma de almacenamiento de los archivos de imagen, hace que, dependiendo de la capacidad de cada cámara digital, se puedan guardar hasta mil y más fotografías que en un rollo de película de cámara tradicional.
- El formato del archivo permite que se pueda transportar en medios digitales de almacenamiento y reproducirlo en cualquier computadora o medio digital.
- Permite que la imagen se pueda procesar en computadora para realizar acercamientos, marcaciones, reducciones, encuadres, como así también realizar presentaciones en multimedia.
- El archivo de imagen puede enviarse por correo electrónico rápidamente ya sea para evaluación por pares o para publicaciones científicas, conservando la calidad original.

4.2.2. Edición

La edición de las fotos registradas representa otra etapa importante en el dominio de la tecnología digital en medicina. Diferentes estrategias para la manipulación de las fotos son posibles. Diversas alternativas de software con esa finalidad son comercializadas, como, por ejemplo: Adobe Photoshop™, Corel Photopaint™ y Microsoft PhotoEditor™, entre otros[16].

Nota: el autor y el editor de la revista, no tienen interés comercial en las marcas señaladas.

La discusión sobre las técnicas de manipulación de fotografías digitales trasciende el objetivo de este capítulo. No obstante, es necesario tener conocimientos básicos a fin de poder distinguir fotografías originales y modificadas y en caso necesario acudir a la opinión de peritos en la materia[16].

4.2.3. Autenticación

Existen extensiones de archivos digitales que no permiten la edición y que, en caso de modificaciones, se puede obtener información específica acerca de las condiciones originales en que las imágenes fueron tomadas. Al respecto, si bien es posible modificar imáge-

nes, también es cierto que los peritos informáticos pueden detectar las adulteraciones.

4.3. DIFUSIÓN DE LAS IMÁGENES

La fotografía de los pacientes tiene un fin médico y forma parte de la historia clínica de cada individuo.

La firma del formulario de consentimiento informado tiene el significado de la constancia fehaciente de la voluntad jurídica del paciente de aceptar el tratamiento.

En el mismo texto del consentimiento figura la aceptación con respecto al destino de las fotografías. Se aclara que "pueden ser presentadas y publicadas con fines científicos a condición de no revelar la identidad de las personas", siendo este apartado totalmente optativo y voluntario. Si una persona no quiere, no se le puede obligar a que sus imágenes sean publicadas o presentadas en congresos de la especialidad[16].

Al respecto, es necesario aclarar que las revistas científicas, con revisión editorial a cargo de pares evaluadores, obligan a que cada paciente firme su conformidad para la publicación de sus imágenes. Sin este requisito, los editores no dan lugar a publicación alguna.

También es importante tener en cuenta que, actualmente, las presentaciones de tipo multimedia pueden ser registradas por cámaras de video de las reuniones científicas o bien quedar almacenadas en los discos duros de las computadoras de las empresas organizadoras. Este hecho puede poner en riesgo la intimidad de los pacientes y atentar contra la propiedad intelectual del disertante, situaciones que deben ser contempladas.

5. CONSTANCIA DE MATERIALES

5.1. CONSIDERACIONES GENERALES

Históricamente, los materiales de implante han representado un impacto significativo en la medicina y han sido muy desarrollados en las últimas décadas. Diversas sustancias naturales y sintéticas encontraron aplicación como dispositivos de uso médico. Este hecho motivó la importancia de tener en cuenta que, además de las propiedades intrínsecas de los citados materiales, era necesario conocer su compatibilidad con los tejidos vivos humanos.

Nació así el concepto de "biocompatibilidad", para definir las especificaciones de los materiales con respecto a su interacción con el cuerpo humano[6,8]. Se puede decir que un material es biocompatible cuando siendo de origen natural o sintético, empleado solo o en combinación con drogas con el fin específico de un tratamiento médico, como por ejemplo aumento o reemplazo de tejidos, no causa daño a quien lo recibe. Es decir que un material, para ser considerado como tal, debe tener con los tejidos vivos una interacción no tóxica, controlada y predecible[12].

El médico especialista debe recabar de la autoridad sanitaria del ejercicio profesional correspondiente a su jurisdicción del país, si los productos, implantes mamarios, sustancias inyectables y medicamentos, entre otros, están autorizados para su uso[3].

5.2. ASPECTOS LEGALES

Al respecto, el Código Civil y Comercial de la Nación Argentina menciona que *"los instrumentos, drogas y demás elementos son peligrosos si no se los maneja con el suficiente cuidado y conocimiento"*[7].

El fabricante del producto debe responder jurídicamente en concepto de garantía de seguridad, que se puede considerar como una obligación comprendida dentro del ámbito contractual. También es cierto que puede existir responsabilidad extracontractual, aunque el daño se cometiere por intermedio de cosa o cosas inanimadas de empleo habitual en el arte de curar[10,11].

Bustamante Alsina[5], en "Responsabilidad de los médicos en el ejercicio de su profesión", aclara lo siguiente: "Pues por mucho que se considere importante y decisiva la utilización de elementos físicos instrumentales, no puede subestimarse lo que es fundamental en el mismo, o sea la actividad desplegada por el cirujano en función de la técnica operatoria empleada, de sus conocimientos de la ciencia médica y de su idoneidad y ética profesionales".

Es evidente entonces que los elementos de implante deben ser "dirigidos" por la ciencia a mejorar aspectos estéticos y no a dañar. En caso de daño, la ley interpretará de distinta manera según el deterioro que el paciente padezca en su salud.

Cuando inclusive se modifican las formas anatómicas con elementos ajenos al organismo, el caso reviste mayor importancia ya que si los resultados no son los esperados, aparecerá la insatisfacción por parte de los pacientes atendidos.

Si el médico actúa correctamente, utilizando únicamente materiales autorizados, con su correspondiente certificado y con todos los datos importantes volcados en la historia clínica, cualquier hecho dependiente de un defecto en los citados materiales, recaerá sobre el fabricante y sobre el distribuidor, como responsables solidarios[12,13]. El profesional deberá probar el defecto del producto, solicitando un informe técnico pericial. En este caso, si el elemento insertado provoca el daño, el factor culpa no aparece tan claro, y el cirujano tiene un resguardo legal si el material implantado estaba debidamente autorizado para su venta. Por consiguiente, en concordancia con Destri[8] en su publicación "La responsabilidad civil por los productos elaborados en la industria farmacéutica", es necesario determinar quién es el responsable, en qué medida y cuáles son los fundamentos para una imputación.

5.3. DOCUMENTACIÓN DE MATERIALES DE IMPLANTE

La adquisición de los implantes mamarios, así como los demás materiales inertes e inyectables, incluyendo los

productos con acción farmacológica, debe ser efectuada en empresas distribuidoras de conocida trayectoria en el ámbito médico[3].
Si un producto no se conoce, el médico debe recabar información de la firma comercial o laboratorio que lo comercializa y exigir copia de la documentación del Ministerio, que autoriza el elemento en cuestión. Si existe alguna duda, es importante y necesario recurrir a las oficinas del ente regulador oficial según el país donde se realizará la prestación médica.
Así, por ejemplo, las marcas comerciales de implantes mamarios autorizados contienen en sus envases etiquetas con los datos referentes al producto. Una de estas etiquetas debe quedar en la historia clínica de la persona, habitualmente en el protocolo operatorio, otra como comprobante para el médico, una tercera para la propia paciente y una última para enviar a la empresa distribuidora como control para eventual seguimiento o trazabilidad[3].
Las mencionadas etiquetas deben contener los siguientes datos: marca y modelo del implante mamario, expansor tisular y materiales inyectables, entre otros, consignando número de catálogo del producto, número de lote y fecha de vencimiento.
Además de las etiquetas, las pacientes deben firmar en el consentimiento informado un párrafo específico destinado a los productos que serán introducidos en el cuerpo.

5.4. ASPECTOS ÉTICOS

Toda persona en calidad de paciente tiene el derecho de saber qué materiales tiene implantados en su cuerpo[26]. En conocimiento de las ventajas y los riesgos, si está de acuerdo, elegirá y firmará el consentimiento correspondiente[2]. El médico tiene el deber de informar acerca de los materiales que implantará[26].
Nota: cuando el profesional actuante no muestra los productos y sus etiquetas respectivas, no es confiable y es preferible no aceptar el tratamiento.
Al respecto, es interesante comentar acerca de la inyección directa de gel de silicona para aumento del volumen mamario, realizado por personal sin título en medicina. En una publicación detallada, Schenone [21] presenta una interesante estadística sobre el tema, considerando una muy importante señal de alarma. Los trastornos de deformidad estética y el peligro de diseminación, trombosis y necrosis entre otras complicaciones, deben llamar la atención de las sociedades científicas para difundir en los medios de comunicación generales, esta transgresión con serias complicaciones, además del ejercicio ilegal de la medicina y la consecuente mala praxis [21].

6. CONCLUSIONES Y REFLEXIONES

Todos los elementos mencionados forman parte de la documentación imprescindible que debe existir en todo acto médico, desde los puntos de vista ético y legal.
Como cumplimiento normativo es un requisito legal y regulatorio en los diferentes sistemas de salud. Cumplir con las leyes y normas establecidas no solo es esencial para evitar cuestionamientos legales, sino también para garantizar la calidad y la seguridad de la atención médica.
Por todo lo expresado, su importancia no puede subestimarse. Proporciona una base sólida para la comunicación efectiva, la toma de decisiones clínicas informadas y la mejora continua de la calidad.
La recopilación precisa de información, el seguimiento de la historia clínica, los protocolos operatorios, las imágenes y los estudios complementarios, constituyen constancias fehacientes y garantías de la continuidad de la atención, la seguridad del paciente, la investigación médica y el cumplimiento legal como aspectos en los que la documentación médica desempeña un papel fundamental[14,22-25].
Una reflexión final para seguir pensando es que siendo los propios médicos los responsables de poner en práctica los importantes medios de prueba comentados, no es admisible que no cumplan con los requisitos descriptos en este texto. Teniendo en cuenta la importancia, varias veces reiterada, como prueba en casos de litigios, es necesario que comprendan la trascendencia de la documentación médica adecuada y se esfuercen por mantener registros clínicos precisos y completos en beneficio de sus pacientes y del sistema de atención médica en general, como resguardo legal de los aspectos señalados.

BIBLIOGRAFÍA

1. *Arribalzaga EB. Bioseguridad en quirófano. En Jacovella PF (ed): Cirugía Plástica Estética. Buenos Aires. Akadia, 2017;XXIV:375-383.*
2. *Arribalzaga EB, Jacovella PF. Historia Clínica. En Arribalzaga EB y Jacovella PF: Formación ética y jurídica del residente de cirugía. Buenos Aires. Dunken, 2021;VIII:91-97.*
3. *Arribalzaga EB, Jacovella PF. Dispositivos y productos de uso médico. En Arribalzaga EB y Jacovella PF: Formación ética y jurídica del residente de cirugía. Buenos Aires. Dunken, 2021;XI:115-118.*
4. *Arribalzaga EB, Lupica L, Delor SM, Ferraina PA. Implementación del listado de verificación de cirugía segura. Rev Argent Cirug, 2012; 102(1):12-16.*
5. *Bustamante Alsina J. Responsabilidad civil de los médicos en el ejercicio de su profesión. La Ley T, 1976 C, 63.*
6. *Cafasso JC. Seguridad en el quirófano. (Relato oficial del Congreso Argentino de Cirugía de 1992). Rev Argent Cirug 1992. número extraordinario: 79- 82.*

7. *Código Civil y Comercial de la Nación Argentina. www.saij. Servicios. Infoleg.gob.ar.*
8. *Destri CH. La responsabilidad civil por los productos elaborados en la industria farmacéutica. La Ley T. 1984-C, 820.*
9. *Do Pico JC. Reflexiones sobre la historia clínica. Rev Asoc Med Argent. 1997;110(2):40-2.*
10. *Ferreres AR. Responsabilidad civil y penal del médico cirujano. En Galindo F y col.: Enciclopedia de Cirugía Digestiva. 2014; I: 102. www.sacd.org.ar.*
11. *Gracia Guillén, D.: Jurisprudencia y "lex artis". En Barreiro A y Gracia Guillen D: Responsabilidad del personal sanitario. Madrid. Consejo General del Poder Judicial, 1995.*
12. *Jacovella PF. Principios y alcances de la cirugía plástica. En Jacovella PF (ed) Cirugía Plástica Estética. Buenos Aires. Akadia, 2017; I :1-13.*
13. *Jacovella PF, Kennedy R. Buena / mala praxis en cirugía estética. Buenos Aires. Ad Hoc. 2004.*
14. *Losardo RJ. Cirugía estética: enfoque médico-legal. Revista Argentina de Cirugía Plástica, 2002; VIII (2): 87-89.*
15. *Mariona F, Chouela E, Rébora N et al. Derecho médico: historia clínica manuscrita e historia clínica informatizada. Medios de prueba válidos en sede judicial. Revista de la Asociación Médica Argentina, 1998; 111, (2): 30-34.*
16. *Meglioli MR. Fotografía médica y archivo electrónico. En Jacovella PF: Cirugía Plástica Estética. Buenos Aires. Akadia, 2017; II: 15-29.*
17. *Mobilio J. Estrategia médico legal en cirugía plástica, estética, reparadora y dermatología. Buenos Aires. Quorum, 2002.*
18. *Pasquariello A. Documentación médica. En Covelli JL, Pasquariello A y Casas Parera I: Manual de medicina legal y deontología médica. Buenos Aires. Alfaimagen. 2014; 5: 29-35.*
19. *Rodríguez Martín JA, Minetti AM, Beraudo M, Yazde Y, Lumi CM. El cirujano ante la justicia. Revista Argentina de Cirugía, 1998; 74: 138- 148.*
20. *Sapisochin E. Responsabilidad legal en medicina de urgencia. Revista de la Asociación Médica Argentina, 1995; 108, (2): 17 -19.*
21. *Schenone GE. Siliconomas mamarios por inyección. Buenos Aires. Journal Ediciones, 2017.*
22. *Sproviero J. Mala praxis, presentación jurídica del médico. Buenos Aires. Abeledo Perrot, 1994.*
23. *Vázquez Ferreira R. Daños y perjuicios en el ejercicio de la medicina. Buenos Aires. Hammurabi, 1992.*
24. *Vázquez Ferreira R. Prueba de la culpa médica. Buenos Aires. Hammurabi, 1993.*
25. *Wierzba SM. Daños y perjuicios. El estado de necesidad en materia de responsabilidad médica y la lesión estética. La Ley T. 1992-E, 317.*
26. *Yohena RT. Ética y estética. En Jacovella PF: Cirugía plástica estética. Buenos Aires. Akadia, 2017; XXV: 285-390.*

El valor de escribir

The value of writing

Dr. Manuel Alberto Sarrabayrouse

RESUMEN

En estas líneas un cirujano plástico al final de una larga trayectoria profesional plantea algunas reflexiones sobre el valor de escribir y su camino de vida.

Palabras clave: reflexiones de vida, cirugía plástica.

ABSTRACT

In these lines, a plastic surgeon at the end of a long professional career raises some reflections on the value of writing and his life path.

Key words: reflections on life, plastic surgery.

REVISTA ARGENTINA DE CIRUGÍA PLÁSTICA 2026;32(3):156. HTTPS://DOI.ORG/10.32825/RACP/202603/0156-0156

Somos nosotros mismos quienes construimos nuestras vidas y nuestra realidad; sintetizando, somos los autores de nuestro camino.

Estoy en paz, sigo mi camino y no me detengo, aun con los tropiezos que me ayudan a pensar. Tuve una vida feliz gracias a mi Dios que me estimuló a seguir.

Recuerdos que son muchos, aquellos que en no pocas ocasiones hicieron brotar esas lágrimas que representan al dolor el recordarlas, otros más aleccionadores como cuando mi padre a veces sin palabras, otros con el ejemplo, me educó para ser digno en este mundo.

Puede haber en esta pequeña habitación, escenario de este escrito, un lugar para una gran obra para otros, yo no pretendo tanto.

Este escrito solo aspira a ser una historia para la memoria de quien me lea. Solo intento humildemente, el recuerdo.

Cuando hablamos de nuestra historia nos alejamos de aquel mundo empírico adentrándonos en nuestra vida misma, siendo solamente el protagonista de este relato.

Al escribir se aprende, pero sin llegar a alcanzar esa utopía del saber absoluto, imposible de lograr.

Al escribir me adentro en mi vida sin sobresaltos, tomando conciencia de mis aciertos y errores, los éxitos y fracasos como diría Rudyard Kipling, dos impostores.

Sigo mi camino tratando de dar ese simple gesto, ese no esperar nada de nadie, pero con la total convicción de dar al otro, su necesidad, su pedido.

He conocido gente, algunos pasajeros de este mismo tren, que es la vida misma, otros pocos, interlocutores válidos que me han enseñado a escuchar y aprender.

El final de este camino está cerca, pero el tiempo me ha demostrado todo. Lágrimas y sonrisas acompañaron este largo trayecto.

Recojo con alegría esos buenos momentos que llenaron mi recorrido y trato de olvidar aquellos otros que distrajeron mi aspiración de alcanzar esa meta final, que es la felicidad.

Todo acabará, espero no verlo; mientras tanto todo sigue y continuaremos sonriendo.

Me despido de la pluma con un agradecimiento a la medicina que me ha devuelto honores y alegrías, frente a un esfuerzo permanente en mi trabajo y estas líneas serán de utilidad para los que me recuerden cuando ya no esté.

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: 25/02/2026. Aceptado: 20/05/2026

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

Publications guidelines of the *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 deben 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 con los objetivos del estudio.
• **Conclusiones:** es aconsejable realizar conclusiones acerca del trabajo realizado.
• **Bibliografía:** las citas bibliográficas deben numerarse en el orden en el cual se mencionan por primera vez en números arábigos entre paréntesis en el texto, tablas y leyendas. El estilo recomendable es APA y los basados en los formatos usados por el Index Medicus. La bibliografía debe ser verificada y controlada en los artículos originales por los autores.

ADDENDUM

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

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