

SESIÓN CIENTÍFICA

Mastoplastia de aumento realizada por ginecólogo mastólogo: ¿Intrusismo o competencia? Presentación de diez años de experiencia personal y revisión de la situación actual.

Dr. José Roberto Santiago
Arredondo

RESUMEN

Introducción

¿La mastoplastia de aumento realizada por un cirujano no especialista en cirugía plástica debe ser vista como un acto de intrusismo o de competencia médica?

Objetivo

Presentación de casos de mastoplastias de aumento realizadas por un ginecólogo mastólogo, su comparación con la bibliografía publicada por reconocidos cirujanos plásticos y discusión de la situación actual del tema.

Material y método

Se describen retrospectivamente casos de mastoplastia de aumento recolectados en diez años de experiencia unipersonal, entre julio 2010 y abril de 2020, comparando resultados cosméticos y complicaciones con casuística publicada.

Tocoginecólogo Mastólogo.
Director Médico. Centro de Ginecología y
Mastología CEGYM
C.P. 4000, Tucumán, Argentina

Correspondencia a:
Dr. Arredondo, José Roberto Santiago.
Laprida 697. C.P. 4000, San Miguel de Tucumán.
Teléfono: 03814211691
Celular: 3815009238
e-mail: doctorarredondo@yahoo.com.ar

Resultados

Se realizaron 144 casos de mastoplastia de aumento. Hubo 2.08% de complicaciones tempranas y 6.25% de complicaciones tardías, con 94.4% de satisfacción cosmética de las pacientes. No hubo diferencias significativas respecto a tasa de complicaciones quirúrgicas respecto a la serie comparada, encontrando equivalente el resultado cosmético.

Conclusiones

La mastoplastia de aumento realizada por un cirujano mastólogo capacitado en el área cosmética, debería aceptarse dentro del alcance de su competencia, creando un marco regulatorio científico y legal adecuado.

Palabras Clave

mastoplastia, intrusismo, competencia, mastólogo

SUMMARY

Introduction

Can an augmentation mammoplasty performed by a surgeon who is not a plastic surgery specialist be considered as an act of professional intrusion, or within the scope of his competence?

Objective

Report of a gynecologist and breast specialist's experience, comparing results and complications to the reported case studies published by renowned plastic surgeons and an argument about the topic.

Material and method

The author reports retrospectively his ten years' experience (January 2010 - April 2020) in augmentation mammoplasty. Cosmetic results and complications were compared with published reports.

Results

144 Augmentation mammoplasties were performed between January 2010 and April 2020. There were 2.08% of early complications, 6.25% of late complication, and 94.4% of the patients were satisfied with the cosmetic result. The results show no significative difference about complications and an equivalent cosmetic satisfaction compared to the reported experience published.

Conclusions

Augmentation mammoplasty surgery performed by a breast surgeon trained in cosmetic procedures must be considered within the scope of his competence, thus developing an adequate medical and legal regulatory framework.

Key words

mammoplasty, intrusism, competence, breast surgeon

INTRODUCCION

Hoy en día los médicos que practican cirugía cosmética incluyen a cirujanos plásticos, otorrinolaringólogos, oftalmólogos, dermatólogos, cirujanos de cabeza y cuello, cirujanos generales, ginecólogos y cirujanos mastólogos. Sin embargo, la historia de la cirugía cosmética se ha caracterizado por frecuentes conflictos de interés interespecialidades.¹ El intrusismo médico es el ejercicio fraudulento de una especialidad sin la debida experiencia, acreditación y certificación necesaria.² Contrariamente, definimos competencia como la pericia, aptitud o idoneidad para hacer algo.³ Deberíamos considerar anacrónico un cirujano mastólogo que no esté capacitado y realice cotidianamente técnicas de cirugía oncoplástica, de menor o mayor complejidad.⁴ El cirujano mastólogo debería entonces estar muñado de conocimientos teóricos y prácticos para incluir en su quehacer cotidiano técnicas originalmente reservadas para cirujanos plásticos: manejo de colgajos e implantes, reducciones, pexias y mastoplastias de aumento mamario, necesarias tanto para cirugía oncoplástica conservadora y reconstructiva, como para los procedimientos de simetrización contralateral.⁵ Partiendo entonces de un cirujano en extremo familiarizado con la anatomía, la patología y las técnicas quirúrgicas mastológicas y plásticas en su área, la pregunta a responder

es: ¿El cirujano mástólogo que realiza cirugía cosmética mamaria es competente o intrusista?⁶ Como cirujano mastólogo, presentaré una serie de casos con mis diez años de experiencia personal realizando mastoplastia de aumento.

OBJETIVO

Presentación de una serie de casos de mastoplastia de aumento realizada por un ginecólogo mastólogo; comparación de complicaciones y satisfacción de la paciente con datos publicados por un cirujano plástico y revisión sobre la competencia del mastólogo en esta cirugía.

MATERIAL Y METODO

Se informará una revisión retrospectiva de los casos de mastoplastia de aumento realizados por el ginecólogo mastólogo autor del artículo a partir de los registros de la historia clínica de cada paciente, entre julio de 2010 y abril de 2020. Se realizará una descripción incluyendo edad de la paciente, tipo de implante (volumen, textura, proyección, forma), tipo de inclusión (retroglandular, plano dual), tipo de incisión (periareolar, submamaria), complicaciones tempranas (hematomas, infecciones, dehiscencias, extrusiones) y tardías (retracción capsular grado 3 o 4 de Baker⁷, defectos cosméticos, neuralgias). Se informará el grado de satisfacción de las pacientes con el resultado cosmético, obtenido de un cuestionario verbal al mes del postoperatorio, considerando la respuesta como binaria: satisfecha o insatisfecha. Se realizará la comparación de las complicaciones con la serie presentada por Neal Handel y col.⁸ Esta fue seleccionada para la comparación por su calidad metodológica, y dado que sus resultados no tuvieron diferencias significativas con los informados por el estudio del Tracking Operations and Outcomes for Plastic Surgeons (TOPS) y CosmeAssure databases, el reporte publicado con mayor casuística (45058 casos de mastoplastias de aumento)⁵¹, y dado el reconocimiento internacional de este cirujano plástico, con más de 20.000 cirugías realizadas, 40 años de trayectoria y más de 70 publicaciones.⁵² Para la significación estadística se utilizará el test exacto de Fisher (<https://www.medcalc.org/calc/fisher.php>) con un nivel de significancia de 0.05 ($p < .05$). Se analizará la situación actual de la mastoplastia de aumento realizada por un cirujano mástólogo.

Técnica quirúrgica:

Tipo de incisión: atendiendo al deseo de la paciente y al diámetro areolar, la preferencia fue incisión en el surco submamario, el cual permite una mejor visualización de los planos de disección pre y retropectoral, y en el corto plazo, menores tasas de disestesia de complejoaréola pezón, infección y malposición del implante⁹, y a largo plazo una tasa significativamente menor de contractura capsular.¹⁰

Colocación: Basado en el grosor dermograso obtenido por test de plicatura (pinch test), se realizó inclusión retrogladular con pinch test mayor de 2 cm o retropectoral (plano dual) en menor a 2 cm.¹¹

Cirugías asociadas: Dado que la mastopexia de aumento en un solo paso tiene resultados comparables a los de la mastoplastia de aumento primaria¹², en casos asociados a ptosis se realizó pexia, preferentemente circumareolar, junto con la inclusión de implante retrogladular.¹³ Se realizó corrección de malformación tuberosa asociada, adenectomía de mamas supernumerarias y tumorectomía de fibroadenomas coexistentes cuando correspondiera.

Volumen del implante: Fue decidido finalmente por cada paciente tras la utilización de probadores (sizers), tras recomendación de volumen mínimo y máximo de acuerdo a las características físicas de la misma (simetría, base mamaria, diámetro torácico, índice de masa corporal).¹⁴

Tipo de implante: De elección se utilizaron implantes de superficie texturizada (menor tasa de contractura capsular, tanto en posición retropectoral como retrogladular y menor posibilidad de malposición respecto al implante liso)¹⁵, redondos (apariencia indistinguible respecto a anatómicos y mucho menor costo)^{16,17}, de proyección alta (usualmente el deseo de proyección en las pacientes de mi población). Desde 2019 se explicitó en el consentimiento informado prequirúrgico el riesgo de linfoma anaplásico de células grandes (BIA-ALCL) asociado a estos implantes.¹⁸

Drenaje: No se utilizó drenaje de rutina, limitándolo para el caso de hemostasia dificultosa. Si bien el uso de drenajes rutinarios no aumenta las complicaciones postoperatorias¹⁹, representa un postoperatorio más dificultoso con mayor gasto económico. Limitando su uso a demanda, no parece haber aumento de complicaciones tempranas (hematoma, seromas o infecciones) ni tardías (contractura capsular).^{22,21}

Profilaxis de Infecciones: Se realizó rutinariamente profilaxis con 1g de cefalotina E.V. previo a la inducción anestésica, completando esquema V.O. con cefalexina 1g cada 12 hs x 7 días.⁵³ Tras su disección, el bolsillo fue taponado con gasa embebida en iodopovidona mientras se trabajaba el contralateral.^{22,23} El implante fue irrigado previo a su colocación con amikacina²⁴, mediante inyección dentro de su envase para eliminar cargas electrostáticas.²⁵

Anestesia: se realizó cirugía preferentemente bajo anestesia general²⁶ y ocasionalmente anestesia tumescente con Solución de Klein (lidocaína con epinefrina 30 cc en 1000 cc de solución fisiológica) asociada a narcoanalgesia.¹¹

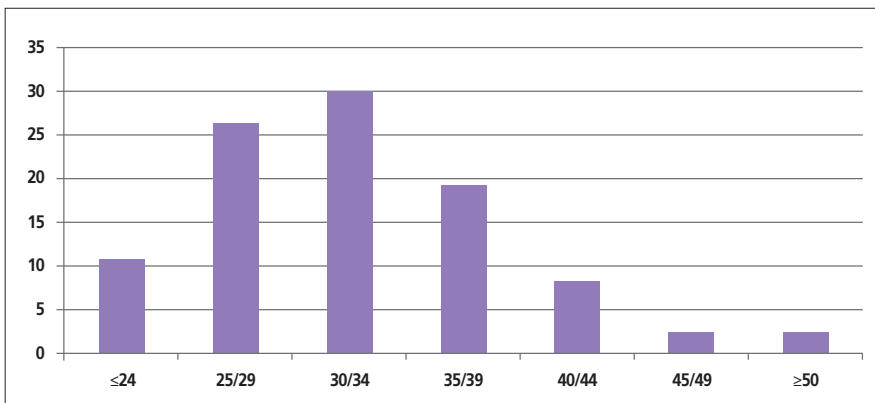
Síntesis: En el abordaje submamario se realizó síntesis en tres planos: fascia con sutura de poliglactina (Vicryl TM) 2-0, subdermis con Vycril 3-0 y piel con nylon. En el abordaje periareolar, subdermis con Vicryl 3-0 y piel con nylon (de ser necesario, síntesis de parénquima mamario con Vycril 2-0).¹⁴

Cuidados Postoperatorios: Se dio el alta sanatorial a las 6 horas de finalizada la cirugía²⁶, con controles rutinarios a las 24 horas, a la semana y al mes. Desde el postoperatorio inmediato se mantuvo compresión mamaria mediante corpiño deportivo, recomendándolo hasta el sexto mes del postoperatorio. Se realizó oclusión de herida quirúrgica con cinta MicroporeMR durante dos meses. Se permitió regreso a la actividad laboral a la semana manteniendo restricción de actividad física vigorosa durante un mes.¹⁴

RESULTADOS

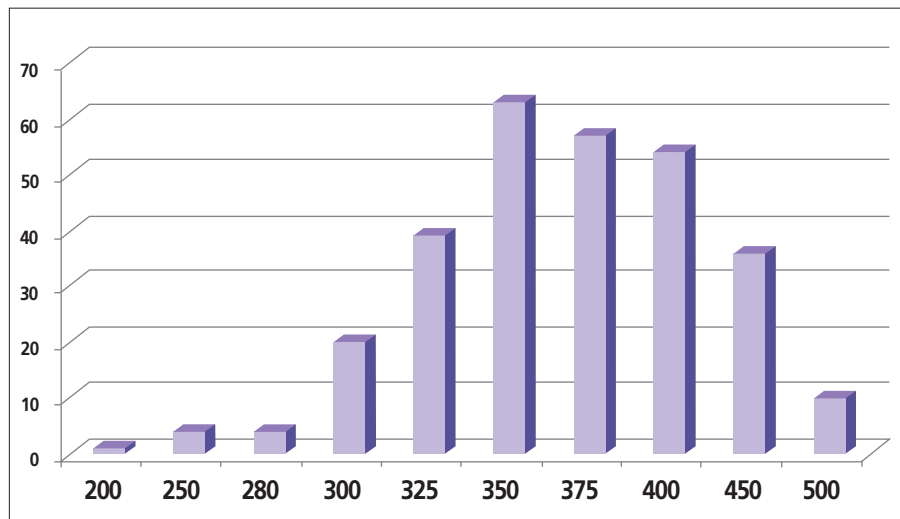
Entre julio de 2010 y abril de 2020 fueron realizadas 144 cirugías de aumento mamario. La edad promedio de las pacientes fue de 32 años, con un rango de 20 a 60. (Gráfico 1)

Figura 1. Número de pacientes en rangos etáreos.



Se colocaron 13 pares de implantes con volumen disímil para corrección de asimetría mamaria (9%). El volumen más utilizado fue 350 cc, con un rango de 220 a 500. (Figura 2)

Figura 1. Número de implantes distribuidos por volumen -cc-.



Se utilizaron implantes redondos en 140 casos (97%), y anatómicos en 4 (3%); de proyección moderada en 3 casos, alta en 119 y extra alta en 22 (Figura 3); de superficie texturizada en 136, y de superficie lisa en 8 (Figura 4), siendo todos estos últimos en los años 2019 y 2020, una vez establecido en el consentimiento informado el riesgo de BIA-ALCL. En 67 casos la inclusión fue retroglándular y 77 en plano dual. (Figura 5)

Gráfico 3. Proyección (%)

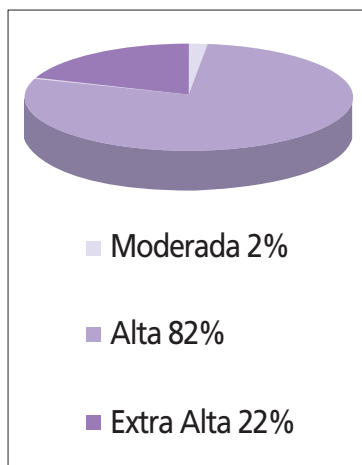


Gráfico 4. Superficie (%)

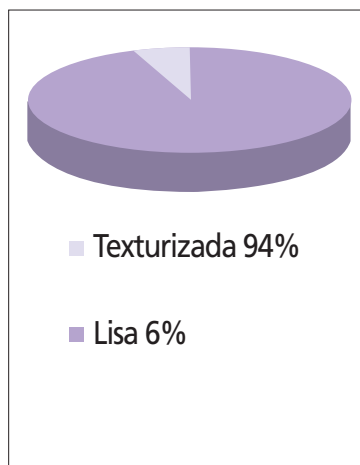


Gráfico 5. Inclusión (%)

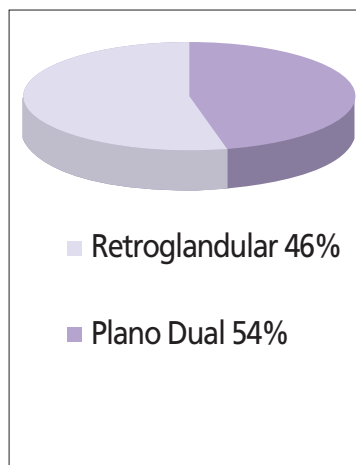
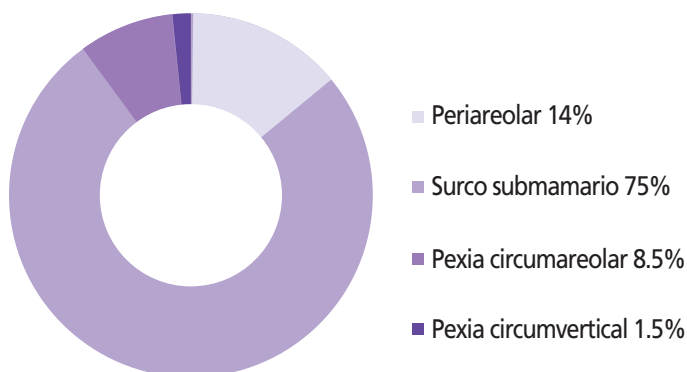


Gráfico 6. Incisión elegida (%)



Se utilizó la vía de abordaje periareolar en 20 cirugías y el surco submamario en 108; en los restantes la cirugía de aumento se asoció a pexia, utilizando la técnica circumareolar en 14 casos y circumvertical en 2. (Figura 6)

En cuatro casos se asoció el aumento a corrección de malformación tuberosa; en dos a resección mamas supernumerarias axilares, y en cuatro a tumorectomías de fibroadenomas.

Gráfico 7. Número de complicaciones quirúrgicas tempranas.

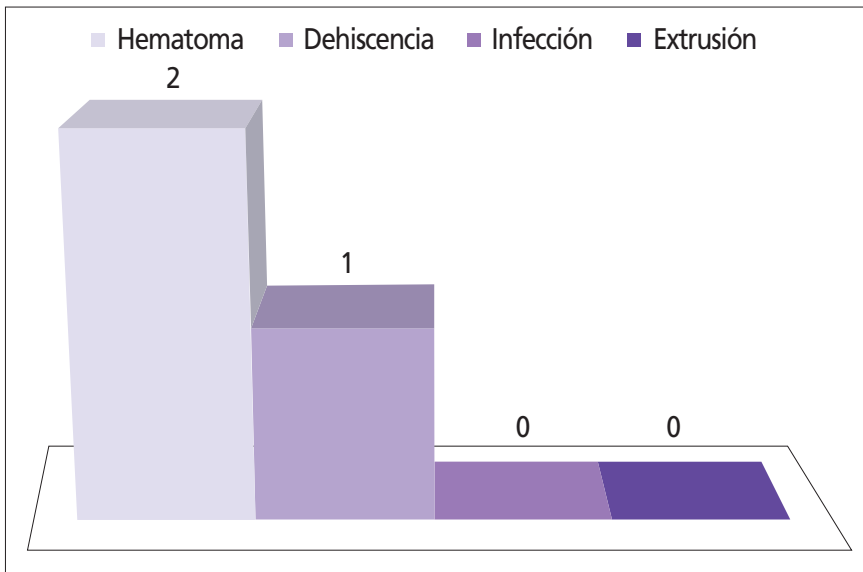
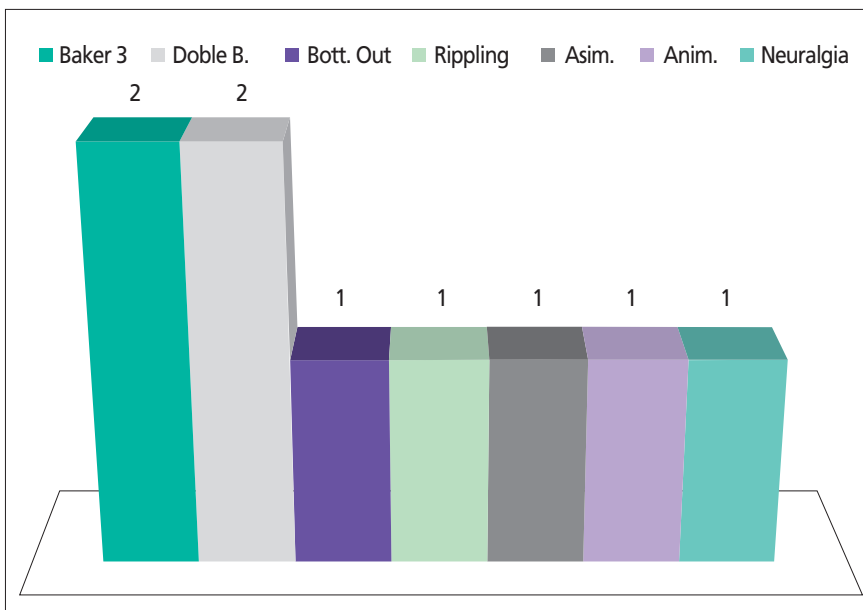


Gráfico 8. Número de complicaciones quirúrgicas tardías.



Doble b.: doble burbuja / Bott out: bottoming out
Asim.: asimetría / Anim.: animación

Se utilizó anestesia general en todos los casos salvo en 2 cirugías con narcoanalgesia combinada con anestesia local tumescente y solo se utilizó drenaje electivo en una cirugía. En todos los casos la internación fue menor a 8 horas. Respecto a complicaciones tempranas, se produjeron dos casos de hematoma y un caso de dehiscencia de sutura en un procedimiento de aumento/pequia circumareolar (2.08% de los casos, todos resueltos satisfactoriamente en un segundo tiempo quirúrgico); no hubo casos de infección ni de extrusión del implante. (Figura 7)

En cuanto a complicaciones tardías, ocurrieron dos casos de contractura capsular grado 3 de Baker, dos de doble burbuja, uno de bottoming out, uno de rippling en cuadrante superointerno, uno de asimetría complejo aréola pezón, uno de neuralgia intercostal, y uno de animación mamaria en implante en plano dual (6.25% de la casuística). (Figura 8)

Se realizaron siete reintervenciones (4.8%), seis por complicaciones (dos hematomas, una dehiscencia de herida, un caso de bottoming out, uno de doble burbuja y uno de animación) y una para aumento de volumen (ninguna reoperación en casos de contractura capsular). El resultado cosmético fue considerado satisfactorio en 136 casos (94.4%).

Se realizó una comparación con la serie presentada por Handel y col.³⁴, sin encontrar diferencias significativas en la ocurrencia de las principales complicaciones tempranas, ni en reoperaciones (excluyendo en la serie comparada las realizadas por contractura capsular, que en la misma representaban el 56% de las reoperaciones). (Tabla 1)

Tabla 1. Comparación de Complicaciones Quirúrgicas.

	Arredondo (n=144)	Handel (n=825)	Significancia p<0,05
Hematoma	2 (1.4%)	24 (2,9%)	p= 0.408 (NS)
Infección	0 (0%)	19 (2,3%)	p= 0.095 (NS)
Reoperaciones	7 (4.8%)	54 (6,5%)	p= 0.576 (NS)

El estudio de Handel⁸ informó que la aparición de contractura capsular (Baker grado 3 o 4) fue de 1.99 por 1000 pacientes-meses. En la serie presentada en este trabajo también se observó una baja tasa de esta complicación, aunque esto podría ser debido al corto seguimiento, lo que impide la comparación. Asimismo

Handel⁸ informa un nivel de satisfacción cosmética alto: en una escala de 1 a 5, el promedio fue 4.4. Aunque esta forma de medición difiere de la utilizada en esta serie, puede inferirse un resultado equivalente.

DISCUSION

En el área de la formación especializada de las profesiones de salud, en particular de la medicina, la diversificación de los procedimientos y la influencia del mercado han promovido la proliferación de especialidades y especialistas. Conceptualmente, podemos definir competencia como la capacidad intelectual y física para realizar una determinada actividad³; involucra tanto saberes teóricos como habilidades materiales: no puede pensársela escindida de la acción. Supone conocimientos razonados, pero no se ha desarrollado sin la capacidad de ejecutar ciertas prácticas que la competencia demanda. Por esto mismo se transforman y son sometidas a prueba de manera permanente, en tanto implican la resolución de problemas concretos en contextos específicos. Esto es producto de un conjunto de conocimientos previos y de la propia trayectoria resultante de la experiencia laboral.²⁷ La formación involucra, además, la consecuente demarcación de sus alcances e incumbencias profesionales. Ello supone exclusividad en el mercado de trabajo especializado. Las disputas en torno a la legitimidad para delimitar objetos de intervención y constituirse en tanto voces autorizadas en la materia van a darse entre expertos. El intrusismo médico es el ejercicio fraudulento de una especialidad sin la debida experiencia, acreditación y certificación necesaria. En nuestro país no existe una ley de especialidades médicas que delimite las incumbencias en cada área. Al no estar

legislado, el intrusismo no puede ser definido como un delito hasta que no se cometa un daño, pero no deja de entrañar un peligro o inseguridad para el paciente puesto en manos de un profesional que no cumpla con los criterios mínimos para ejercer una especialidad.²

El Problema:

La controversia entre competencia e intrusismo llegó a su apogeo en el campo de la cirugía cosmética. Los cirujanos plásticos se estremecen cuando ven a otros cirujanos ofrecer procedimientos cosméticos a sus pacientes, cirugías que aquellos declaran ser los únicos calificados para realizar.⁶ Hay quienes intentan monopolizar el mercado a través de declaraciones que simplemente no son ciertas; por ejemplo que especialistas en cirugía plástica son los únicos entrenados en procedimientos quirúrgicos cosméticos.²⁸ Determinar quienes pueden realizar cualquier procedimiento debe estar basado en las habilidades y competencias que produzcan el mejor resultado.²⁹ Los ginecólogos realizaron la primer abdominoplastia e inventaron la liposucción moderna; sin embargo a la mayoría de ginecólogos entrenados en abdominoplastia o lipoaspiración se les negará el permiso para realizar estos procedimientos en un hospital, simplemente porque estos procedimientos son percibidos como pertenecientes al reino de los cirujanos plásticos, a quienes, irónicamente, se les permite realizar cirugía estética ginecológica sin cuestionamientos.³⁰

Historia:

Ya desde sus orígenes en 1942 la Asociación Americana de Cirujanos Plásticos excluyó de una selecta membresía a cirujanos de otras especialidades que públicamente realizaban cirugías cosméticas en su área de experiencia. Entendiendo que la cirugía plástica y reconstructiva estaba claramente establecida como una parte esencial de su formación, los otorrinolaringólogos crearon en 1943 la Sociedad Otolaringológica Americana de Cirugía Plástica, que en 1964 devino en la formación de la Academia Americana de Cirugía Plástica y Reconstructiva Facial, la cual estaba abierta a médicos de todas las especialidades. Desde entonces varias especialidades que realizaban cirugías cosméticas fundaron sus propias asociaciones, como la de los oftalmólogos en 1969 con la Sociedad Americana de Cirugía Ocular Plástica y Reconstructiva¹. Ya en referencia a la cirugía cosmética mamaria, la Sociedad Americana de Cirugía Cosmética Mamaria (AS-CBS) fue fundada en 1985 en Newport, California.³¹ Y en 2004 se creó en New Jersey la Sociedad Internacional de Ginecología Cosmética (ISCG), con el objetivo de fomentar la educación y el entrenamiento en el área de la cirugía y clínica cosmética femenina, incluyendo la cirugía cosmética mamaria.³²

Estado actual:

Anualmente se realizan alrededor de 1.7 millones de cirugías plásticas en el mundo. Entre las más frecuentes, la mastoplastia de aumento (17%), la blefaroplastia (10%) y la rinoplastia (9%)³³, son motivo de discusión. Estudios indican que los oftalmólogos realizan la blefaroplastia en la mitad de tiempo, con la mitad del costo y en pacientes con más comorbilidades que los cirujanos plásticos³⁴; y que las rinoplastias realizadas por cirujanos plásticos y cirujanos otorrinolaringólogos tuvieron resultados similares, sin diferencias en mortalidad, reoperaciones o complicaciones.³⁵ Sin embargo en el campo de la cirugía mamaria, en mi conocimiento, no hay estudios comparativos sobre mastoplastias realizadas por cirujanos plásticos versus realizadas por cirujanos mastólogos. William Roy Morgan, ex presidente de la ASCBS, opinó en un editorial: “¿Por qué un cirujano general no podría usar implantes mamarios? Para un cirujano experimentado y competente para realizar mastectomías (simples y radicales en todas sus variantes), el entrenamiento requerido para utilizar un implante es tanto como el que necesitaría para abrir una lata de gaseosa”.³⁶ Sin llegar a esta extremista conclusión, muchos mastólogos nos hacemos la misma pregunta. Por un lado debemos comparar cirugías oncoplásticas realizadas por cirujanos mastólogos y cirujanos plásticos: el estudio de Blankensteijn y col. no encontró diferencias en los resultados de cirugías operadas con un equipo compuesto por cirujano mastólogo más un cirujano plástico respecto a la realizada completamente por un cirujano mastólogo.³⁷ Por otro lado, podemos comparar cirugías oncoplásticas y cosméticas: Pires y col. informan que los resultados de la mastoplastia oncológica son similares a los obtenidos en mastoplastias puramente estéticas.³⁸ ¿Es erróneo entonces inferir que un cirujano mastólogo entrenado en cirugía oncoplástica podría realizar cirugía cosmética mamaria con resultados equivalentes a los de los cirujanos plásticos?

Educación médica:

La incorporación de técnicas oncoplásticas en mastología presenta numerosos desafíos y controversias. Uno de estos temas se refiere a la falta de un modelo específico de entrenamiento, y en varios países persiste la controversia de si es mejor un equipo que incluya un cirujano mastólogo y un cirujano plástico, o si el cirujano mastólogo puede realizar por sí solo la mayoría, sino todas, las cirugías oncoplásticas. La mama es un órgano estético-funcional, y los cirujanos que realicen cirugía mamaria deben considerar siempre los resultados estéticos en todos sus procedimientos. Cicero Urban, reconocido cirujano oncoplástico brasileño, opina que las nuevas generaciones de cirujanos mastólogos deben ser cirujanos oncoplásticos. En otras

palabras, los cirujanos oncoplásticos son cirujanos mastólogos especializados.³

Douglas Loube razonaba en un editorial: “¿Los ginecólogos son capaces de proveer terapias cosméticas a sus pacientes? Ciertamente, el entrenamiento en la residencia no provee de conocimientos o destrezas que le provean competencia en este campo. Resulta claro que si planean realizar tratamientos cosméticos en su práctica futura necesitan entrenamiento formal adicional post residencia, para así poder ofrecer resultados comparables a sus colegas de otras especialidades”.³⁹ Muchos aprenden cirugía estética de diferentes maneras. Una es compartiendo experiencias quirúrgicas con un cirujano experimentado dispuesto a enseñar al neófito los pormenores de la cirugía estética. Esta opción no siempre es viable dada la intensa competencia en el mercado. El segundo camino es realizar una pasantía (fellowship) en cirugía estética, donde el alumno aprende de diferentes cirujanos. Aunque beneficiosa, esta modalidad carece de entrenamiento como cirujano (hands on) dado que los pacientes suelen ser privados. Una tercera opción es asistir a cuantos congresos, cursos y jornadas sea posible, aprendiendo técnicas de los cirujanos expositores, antes de intentar realizar una cirugía por si solos. Esta última es la forma en que generaciones pasadas de cirujanos plásticos obtenían experiencia en cirugía estética.²⁸ En Argentina, la educación formal de mastólogos en el área oncoplástica mamaria es muy reciente. En 2017 los Dres. María de los Angeles Garrido, Fernando Farache y Joaquín Pesaura dirigieron en el Instituto Alexander Fleming su 1er Curso teórico-práctico de Cirugía Oncoplástica y Reconstrucción Mamaria, hoy en su cuarta edición.⁴⁰ Asimismo, en 2019, la Sociedad Argentina de Mastología y el Instituto Roffo, lanzaron su 1er Curso anual teórico-práctico de Cirugía Oncoplástica y Reconstrucción de la Mama, bajo la dirección del Dr. Eduardo González, actualmente en su 2da. edición.⁴¹ Sin embargo, el mastólogo no tiene posibilidades de educación formal en el área de cirugía mamaria cosmética exclusivamente. No ocurre así en otras partes del mundo. Aunque muy escasos, existen medios para la formación de cirujanos generales o mastólogos en cirugía cosmética mamaria. Entre ellos se destaca la Escuela Europea de Microcirugía Reconstruktiva (RMES) que dicta la Maestría Europea en Cirugía Mamaria Oncológica, Reconstruktiva y Estética (MRBS). Organizada por la Universidad Autónoma de Barcelona, bajo la dirección de Jaume Masia y Jian Farhadi, está especialmente diseñada para cirujanos plásticos y cirujanos mastólogos.⁴² También pueden mencionarse el Curso de la ASCBS, que provee un programa de enseñanza disponible para cirujanos de mama de cualquier origen para que así puedan completar las ne-

cesidades cosméticas de sus pacientes, incluyendo básicamente el conocimiento de los implantes mamarios y su correcto uso⁴³; y el Curso de Cirugía Mamaria Cosmética de la ISCG, también destinado a médicos de cualquier especialidad quirúrgica.⁴⁴

Marco legal y científico:

Muchos cirujanos maxilofaciales y otorrinolaringólogos realizan cirugías estéticas faciales; cirujanos oftalmólogos realizan cirugías estéticas periorbitales; cirujanos mastólogos realizan mamoplastias de aumento y reductivas. La realización de procedimientos cosméticos requiere educación y destrezas, un marco ético apropiado y un consejo honesto³⁰, como así también de un organismo que las regule mediante un sistema de acreditación establecido.²⁸ En el mundo no abundan los ejemplos al respecto. En el Reino Unido, ante la urgente necesidad de regular la práctica cosmética, en 2016 el Colegio Real de Cirujanos, creó el Comité Interespecialidades de Cirugía Cosmética conformado por representantes de todas las especialidades relevantes incluyendo cirugía plástica, otorrinolaringología, cirugía maxilofacial, oftalmología, cirugía mamaria y ginecología. El objetivo fue establecer estándares de entrenamiento y prácticas en cirugía cosmética y proveer una Certificación en Cirugía Cosmética a todos los cirujanos competentes, teniendo en cuenta el entrenamiento y la experiencia. Los especialistas que pueden certificar en el área de cirugía cosmética mamaria son cirujanos plásticos y cirujanos generales con interés especial en cirugía mamaria.⁴⁵ La evaluación incluye la realización de un mínimo número de procedimientos en el área a certificar (en el área de cirugía cosmética mamaria incluye cirugía cosmética del complejo aréola pezón, mastoplastia de aumento, autoinjertos grasos para aumento o simetrización, simetrización mamaria, ginecomastia, mastopexia, mastoplastia reductiva).⁴⁶ En el mismo sentido, el gobierno danés introdujo en 2007 nuevas regulaciones para procedimientos cosméticos quirúrgicos, autorizando a cirujanos de diversas especialidades a realizarlos, siempre y cuando sea en relación a su área anatómica de experiencia.⁴⁷ Similares regulaciones se establecieron en Australia con la Junta Médica para la Buena Práctica Médica⁴⁸ y en Singapur, con sus Guías de Prácticas Estéticas para Médicos.⁴⁹

Experiencia del autor:

El autor es tocoginecólogo especialista universitario en mastología, con especial interés en la cirugía oncoplástica. Realizó el Curso de Especialización en Cirugía Oncoplástica Mamaria en el Hospital de La Coruña, España y el Curso Anual de Cirugía Oncoplástica Mamaria del Grupo Latinoamericano de Cirugía Oncoplástica Mamaria (GO-

LAM), entre varios talleres y jornadas del tema. Considerando que su formación le permitía abarcar el área de la cirugía puramente cosmética, mientras asistía como cirujano ayudante en mastoplastias, realizó el Curso de Cirugía Estética Mamaria de la South American Academy of Cosmetic Surgery en Buenos Aires y el Curso de la ASCBS en Newport, California. Comenzó entonces su práctica personal en el área de la cirugía cosmética mamaria, obteniendo el grado de Fellow de la ASCBC en 2015.

La mayoría de los resultados descriptos están en concordancia con los estándares publicados, tanto en la técnica (la preferencia internacional dominante en la práctica incluye el uso de probadores de silicona, incisiones en el surco submamario, bolsillo submuscular parcial, implantes redondos, volúmenes mayores de 300cc)⁵⁰, como en las complicaciones. La evaluación de la satisfacción cosmética no es de calidad ideal en esta serie ni en la elegida para su comparación, pues deberían utilizarse métodos más complejos, como el Brest QMR Augmentation Module, actualmente el único cuestionario para aumento mamario que cumple los estándares internacionales.⁵⁴ A pesar de ello en ambas series se refleja una alta satisfacción de las pacientes con el resultado cosmético.

CONCLUSIONES

Los resultados obtenidos permiten concluir en que la mastoplastia de aumento realizada por un mastólogo adecuadamente entrenado en el área de la cirugía cosmética, representa seguridad quirúrgica y buen resultado para las pacientes, y debería considerarse un estándar en el arsenal terapéutico del mismo.

En Argentina es necesario crear un marco regulatorio científico y legal para que las prácticas quirúrgicas cosméticas puedan ser debidamente realizadas por cirujanos competentes de cualquier especialidad.

REFERENCIAS

1. Dolsky RL. Cosmetic surgery in the United States: its past and present. *Am J Cosm Surg*. 1999; 16: 109-114. ◀◀
2. Elena E, Pedro S. El vacío legal que habilita a médicos de cualquier especialidad a ofrecer tratamientos que ignoran. Sociedad Argentina de Cirugía Plástica, Estética y Reparadora (SACPER). Available at: <https://www.sacper.org.ar/el-vacio-legal-que-habilita-a-medicos-de-cualquier-especialidad-a-ofrecer-tratamientos-que-ignoran/> Accessed: Apr 18, 2020. ◀◀
3. Urban C, Gazoto O, Miranda Pires D et al. Trends and attitudes toward oncoplastics training in mastology in Brazil. *Mastology* 2017; 27(3):182-6. ◀◀◀
4. Kaufman C S. Oncoplastic Surgery for Breast Cancer. The New State of the Art in Breast Surgery. Available at: <https://www.generalsurgerynews.com/Clinical-Review/Article/03-17/Oncoplastic-Surgery-for-Breast-Cancer/40528> Accessed: Apr 18, 2020. ◀
5. Nava M, Catanuto G, Rocco N. How to optimize aesthetic outcomes in implant-based breast reconstruction. *Arch Plast Surg*. 2018; 45(1): 4–13. ◀
6. Nordrum A. Medical Turf Wars: Plastic Surgeons Clash With Other Doctors About Who Can Perform Liposuction And Tummy Tucks. California Academy of Cosmetic Surgery. Available at: <https://www.calcosmeticsurgery.org/medical-turf-wars-plastic-surgeons-clash-with-other-doctors-about-who-can-perform-liposuction-and-tummy-tucks/> Accessed: Apr 18, 2020. ◀◀
7. Baker J. Augmentation mammoplasty. In: Owsley JW. Symposium of Aesthetic Surgery of the Breast: Proceedings of the Symposium of the Educational Foundation of the American Society of Plastic and Reconstructive Surgeons and the American Society for Aesthetic Plastic Surgery; Scottsdale, Ariz., November 23-26, 1975. St. Louis: Mosby; 1978:256–263. ◀
8. Handel N, Cordray T, Gutierrez J et al. A Long-Term Study of Outcomes, Complications, and Patient Satisfaction with Breast Implants. *Plast. Reconstr. Surg*. 2006; 117(3): 757-767. ◀◀◀
9. Coombs D, Grover R, Prassinis A et al. Breast augmentation surgery: Clinical considerations. *Cleve Clin J Med*. 2019; 86(2):111-122. ◀
10. Li S, Chen L, Liu W et al. Capsular Contracture Rate After Breast Augmentation with Periareolar Versus Other Two (Inframammary and Transaxillary) Incisions: A Meta-Analysis. *Aesthetic Plast Surg*. 2018; 42(1):32-37 ◀
11. Hammond D. Breast Augmentation. En: Hammond D. Atlas of aesthetic breast surger. Saunders Elsevier. Amsterdam, 2009. pp. 39-81 ◀◀
12. Montemurro P, Cheema M, Hedén P et al. Benchmarking the Outcomes of Single-Stage Augmentation Mastopexy against Primary Breast Augmentation: A Single Surgeon's Experience of 905 Consecutive Cases. *Plast Reconstr Surg*. 2019; 144(2):326-334. ◀
13. Rancati A, Nava M, Tessari L. Simultaneous Augmentation and Periareolar Mastopexy: Selecting the Correct Implant. *Aesth Plast Surg*. 2010; 34(1):33–39 ◀
14. Bostwick J. Augmentation Mammoplasty. En: Bostwick J. Plastic and Reconstructive Breast Surgery. Quality Medical Publishing. St. Luis, 2000. pp. 239-369. ◀◀◀
15. Namnour JD, Largent J, Kaplan HM et al. Primary breast augmentation clinical trial outcomes stratified by surgical incision, anatomical placement and implant device type. *J Plast Reconstr Aesthet Surg*. 2013; 66(9):1165-72. ◀
16. Bronz G. A comparison of naturally shaped and round implants. *Aesthet Surg J*. 2002; 22 (3):238-46. ◀
17. Cheng F et al. Round versus Anatomical Implants in Primary Cosmetic Breast Augmentation: A Meta-Analysis and Systematic Review. *Plast Reconstr Surg*. 2019; 143(3):711-721. ◀
18. Colombo M, Narbaitz M, Zerga M. Linfoma Anaplásico de Células Grandes y su relación con los implantes mamarios (bia-alcl). Situación actual. *Rev Arg Mastol*. 2018; 37(136): 4-12. ◀
19. Gherardini G, Zaccheddu R, Milner SM et al. Breast augmentation with silicone implants: the role of surgical drainage—report on 502 consecutive patients. *Eur J Plast Surg*. 2006; 29: 9–12. ◀
20. Stepić N, Končar J, Rajović M et al. Breast augmentation with silicone implants performed without drainage—retrospective analysis of 726 cases. *Vojnosanit Pregl* 2017; 74(2): 152–155.
21. Khan SM, Smeulders MJ C, Van der Horst CM. No evidence that insertion of drains after plastic and reconstructive surgery of the breast reduces complications. Cochrane 2015 Oct. Available at: https://www.cochrane.org/CD007258/WOUNDS_no-evidence-insertion-drains-after-plastic-and-reconstructive-surgery-breast-reduces-complications Accessed: Apr 18, 2020. ◀

22. Lynch JM, Sebai ME, Rodriguez-Unda NA et al. Breast Pocket Irrigation with Antibiotic Solution at Implant Insertion: A Systematic Review and Meta-Analysis. *Aesthetic Plast Surg*. 2018; 42(5):1179-1186. ◀◀
23. Jewell ML, Adams WP J. Betadine and Breast Implants. *Aesthet Surg J*. 2018; 38(6):623-626. ◀
24. Gonzalez E. Reconstrucción mamaria con expansores transitorios e implantes en dos tiempos. Sistematización de la técnica quirúrgica. En Gonzalez E, Rancati A. Cirugía Oncoplástica de Mama. Ediciones Journal. Argentina, 2014. pp. 163-179. ◀
25. Peña Cabús, G. Influencia de las cargas triboeléctricas y de la contaminación sintomática de los implantes. *Cir plast iberolatinoam*. 2007; 33(4):209-214. ◀
26. Breast Implant Surgery. U.S. Food and Drugs Administration. Available at: <https://www.fda.gov/medical-devices/breast-implants/breast-implant-surgery> Accessed: Apr 18, 2020. ◀
27. Especialidades médicas. Estado de situación y antecedentes sobre el proceso de reconocimiento de nuevas especialidades y su relación con la formación. Secretaría de Gobierno de Salud. Ministerio de Salud y Desarrollo Social de Argentina. Available at: https://www.argentina.gob.ar/sites/default/files/especialidades_medicas_2019.pdf Accessed: Apr 18, 2020. ◀
28. Lee Seng Khoo. In response to: Plastic surgery and aesthetic medicine - specialties and specialists. PMFA News. 2015 Apr.; 2 (4). Available at: <https://www.thepmfajournal.com/features/features/post/in-response-to-plastic-surgery-and-aesthetic-medicine-specialties-and-specialists> Accessed: Apr 30, 2020 ◀◀◀
29. Burd A. Plastic surgery and aesthetic medicine: specialties and specialists. PMFA News. 2015 Feb; 2(3). Available at: <https://www.thepmfajournal.com/features/features/post/plastic-surgery-and-aesthetic-medicine-specialties-and-specialists> Accessed: Apr 17, 2020. ◀
30. Matlock D. Cosmetic therapies in obstetrics and gynecology practice: putting a toe in the water? *Obstet Gynecol*. 2008; 112(3):703-4. ◀◀
31. American Society of Cosmetic Breast Surgery. History of the American Society of Cosmetic Breast Surgery. Available at: https://www.ascbs.org/About_ASCBS/history.htm Accessed: Apr 18, 2020. ◀
32. International Society of Cosmetogynecology. Our story and our mission . Available at: <https://www.iscgmedia.com/about-iscg.html> Accessed: Apr 19, 2020. ◀
33. American Society of Plastic Surgeons. Plastic Surgery Statistics Report 2016. Available at: <https://www.plasticsurgery.org/documents/News/Statistics/2016/plastic-surgery-statistics-full-report-2016.pdf> Accessed: Apr 18, 2020. ◀
34. Gorbea E, Legocki AT, Gray M et al. Demographic Differences Among Patients Undergoing Blepharoplasty Based on Surgeon Training in New York State. *Ophthalmic Plast Reconstr Surg*. 2019 Jul 26. doi: 10.1097/IOP.0000000000001448. [Epub ahead of print]. ◀◀
35. Jubbal KT, Zavlin D, Olorunnipa S et al. Comparing Plastic Surgery and Otolaryngology Management in Cleft Care: An Analysis of 4,999 Cases. *Craniofacial Trauma Reconstr*. 2017; 10(4): 271-277. ◀
36. American Society of Cosmetic Breast Surgery. Our Reason for Being. Available at: https://www.ascbs.org/About_ASCBS/our_reason_for_being.htm Accessed: Apr 18, 2020. ◀
37. Blankensteijn LL, Crystal DT, Egeler SA et al. The Influence of Surgical Specialty on Oncoplastic Breast Reconstruction. *Plast Reconstr Surg Glob Open*. 2019; 7(5):e2248. doi: 10.1097/GOX.0000000000002248. eCollection 2019 May. ◀
38. Miranda Pires D, Gazoto OJ, Nazareth C et al. Training in oncoplastic and reconstructive breast surgery: analysis of training in america and in the european union with the brazilian reality. *Mastology*. 2017; 27(2):164-71. ◀
39. Laube DW. Cosmetic Therapies in Obstetrics and Gynecology Practice: Putting a Toe in the Water? *Obstet Gynecol*. 2008; 111(5):1034-6. ◀
40. Instituto Alexander Fleming. IV Curso Oncoplastia y Reconstrucción Mamaria. Available at: <http://alexanderfleming.org/es/iv-curso-oncoplastia-y-reconstruccion-mamaria/> Accessed: Feb 7, 2020. ◀
41. Sociedad Argentina de Mastología. Curso teórico práctico de cirugía oncoplástica y reconstructiva de mama. Available at: <https://www.samas.org.ar/index.php/emc/curso-teorico-practico-de-cirugia-oncoplastica-y-reconstruccion-de-mama> Accessed: Jan 31, 2020. ◀
42. Reconstructive Microsurgery European School: European Master's Degree in surgical oncology, Reconstructive and aesthetic Breast Surgery. Available at: <http://mrbs.rmes.es/> Accessed: Apr 17, 2020. ◀
43. American Society of Cosmetic Breast Surgery. American Society of Cosmetic Breast Surgery's Purpose. Available at: https://www.ascbs.org/About_ASCBS/purpose.htm Accessed: Apr 18, 2020. ◀

44. ISCG Cosmetic Breast Surgery Course. International Society of Cosmetogynecology. Available at: <https://www.iscgm-media.com/iscg-breast-course.html> Accessed: Apr 19, 2020. ◀
45. Royal College of Surgeons. Cosmetic Surgery Certification: Application Guidelines June 2016. Available at: <https://www.rcseng.ac.uk/standards-and-research/standards-and-guidance/service-standards/cosmetic-surgery/certification/> Accessed: Apr 17, 2020. ◀
46. UK Department of Health : Review of the Regulation of Cosmetic Interventions. Final Report. Available at: https://assets.publishing.service.gov.uk/government/uploads/system/uploads/attachment_data/file/192028/Review_of_the_Regulation_of_Cosmetic_Interventions.pdf Accessed: Apr 17, 2020. ◀
47. National Board of Health, Denmark. Statutory Order regarding cosmetic treatments. 2007. Available at: <http://www.sst.dk/publ/Publ2010/TILSYN/Kosmetik/UKversionStatuar-yOrderCosmeticTreatment.pdf> Accessed: Apr 17, 2020. ◀
48. Australian Health Minister's Advisory Council Report on the Review of the Regulation of Cosmetic Procedures. April 2018. Available at: <https://www.health.nsw.gov.au/patients/cosmetic/Publications/review-cosmetic-procedures.pdf> Accessed: Apr 17, 2020. ◀
49. Singapore Medical Council. Guidelines on Aesthetic Practices for Doctors. 2016 Edition. Available at: <https://www.healthprofessionals.gov.sg/docs/librariesprovider2/guidelines/2016-edition---guidelines-on-aesthetic-practices-for-doctors.pdf> Accessed: Apr 30, 2020. ◀
50. Heidekrueger P, Sinno S, Hidalgo DA et al. Current Trends in Breast Augmentation: An International Analysis. *Aesthet Surg J*. 2018; 38(2):133-148. ◀
51. Alderman AK, Collins ED, Streu R et al. Benchmarking outcomes in plastic surgery: national complication rates for abdominoplasty and breast augmentation *Plast Reconstr Surg*. 2009; 124(6):2127-33. ◀
52. About Dr. Neal Handel. Available at <https://www.drhandel.com/about/> Accessed: Apr 25, 2020. ◀
53. Huang N, Liu M, Wu J. Antibiotic prophylaxis in prosthesis-based mammoplasty: a systematic review. *Int J Surg*. 2015; 15:31-7. ◀
54. Pusic AL, Reavey PL, Klassen AF et al. Measuring patient outcomes in breast augmentation: introducing the BREAST-Q Augmentation module. *Clin Plast Surg*. 2009; 36(1):23-32. ◀

DEBATE

Dr. Uriburu: Muchas gracias Dr. Arredondo por su metódica y prolija presentación. No puedo dejar de decir que me resultó curioso cuando vi que se iba a presentar este trabajo. Por el título y el tema que se eligió para presentar. Se propuso una serie de objetivos que fue la presentación de sus casos, la comparación de las complicaciones con otras publicaciones y la satisfacción de la paciente con otras series publicadas y creo que cumplió los objetivos que se propuso en su trabajo. Luego toda esta revisión de la competencia, del mastólogo, o del cirujano plástico, que es el tema más de fondo de su discusión. Mencionó los antecedentes de la formación en cirugía oncoplástica, por lo menos desde la Sociedad de Mastología, mencionó un curso del año pasado, que es un curso más grande y realmente más importante con cirugías en vivo.

Yo le diría que desde la Sociedad Argentina de Mastología estamos dictando estos cursos de formación por lo menos teórica, desde hace entre 20 y 30 años, desde los 90. Recuerdo el primer curso de reconstrucción mamaria que fue dirigido por el Dr. Vuoto en el que fui el secretario. Posteriormente los cursos del Dr. González, los pre-meeting de los últimos años en cada congreso. La formación desde la Sociedad Argentina de Mastología en este tema es importante y fundamental. El concepto, la filosofía cada vez más es que el cirujano mastólogo debe tener todo en su arsenal, incluida la cirugía oncoplástica. La formación teórica en nuestro país y desde nuestra Sociedad es de excelencia. Probablemente el déficit sea la poca capacidad de vacantes para que nuestros médicos jóvenes tengan la formación práctica en esto y eso si es un

déficit que creo que debemos solucionar a partir de ahora. Le quería preguntar, mientras aparece alguna consulta desde el público. ¿Qué lo motivó a hacer esta presentación?

Dr. Arredondo: El motivo de presentar esto es poner en el tapete un tema que es tabú hoy en día porque no soy el primero, ni mucho menos, hay muchos colegas. De hecho, cuando yo hice la especialización universitaria en Tucumán, muchos colegas ya estaban realizando esta práctica, con los años me convencieron que los conocimientos que el mastólogo tiene quirúrgicamente, sumados a los conocimientos en cirugía oncoplástica, la cirugía cosmética resultaba tentadora para ser realizada. Todos ellos la realizan, yo la realizo, llevo muchos años en esto, sé de muchos otros colegas en el país que la realizan, pero siempre es "sottovoce", si me permiten la expresión. Entonces me atreví a manifestarlo. En la bibliografía cuando busqué una comparación similar, encontré, como describo en el trabajo, comparaciones de cirugía cosmética de mastólogos, de oftalmólogos con plásticos, de otorrinos con plásticos, de cirujanos maxilofaciales, de cirujanos generales con la abdominoplastia, pero no hay nada en la bibliografía, al menos en mi conocimiento, que compare esta práctica, hecha por un cirujano no cirujano plástico. No encuentro el motivo para que no se realice, muchos la realizamos y creo que tenía que estar en el tapete.

Dr. Cassab: Lo único que quiero hacer es una salvedad, creo que es importante el tema. En los últimos años es como que está bastante discutido y lo pusieron en el tapete un poco los cirujanos plásticos, si nosotros los mastólogos teníamos injerencia en este tipo de cirugías. Yo estoy totalmente de acuerdo con que el cirujano mastólogo debe tener un conocimiento integral de la patología mamaria y nosotros que estamos acostumbrados a hacer permanentemente mastectomías y cirugías oncológicas, darle una solución en el mismo momento o en diferido a la paciente, forma parte de un combo que le podemos dar a la paciente como

tratamiento definitivo. Lo que estoy viendo en tu trabajo es que si bien vos hacés referencia a todos los cursos y a toda la literatura sobre oncoplastia, solo te limitás a la mastoplastia de aumento, que es un tema puro y exclusivamente estético. No sé si ahí el mastólogo, tiene tanta injerencia, porque de hecho los cirujanos plásticos nos derivan a las pacientes a nosotros como para descartar patologías y que vuelvan a verla ellos para terminar o concluir su cirugía estética. Eso es lo que te quería preguntar, si vos te basás nada más que en la cirugía estética y la querés incluir dentro de nuestra especialidad o si también hacés referencia a la cirugía oncoplástica que no vi que estaba reflejada en tu trabajo.

Dr. Arredondo: El trabajo está referido exclusivamente a la mastoplastia de aumento como una cirugía cosmética en una paciente en principio sin patología. Doy por descartado que la cirugía oncoplástica tiene que estar en el armamentario de todo cirujano mastólogo, creo que 10 a 15 años atrás a la fecha es imprescindible. Hablando de eso, muchos cursos y talleres se dictan, el Dr. Uriburu hace referencia a cursos de larga duración, teórico-prácticos con inmersión del participante en quirófano, el cual uno pueda salir y operar. Se hace difícil con otra cosa más pequeña embarcarse en esto. Respondiendo al Dr. Cassab, el trabajo es exclusivamente poner en evidencia esto, muchos mastólogos lo hacen ¿Está bien o está mal, somos competentes para hacerlo o no deberíamos, somos inclusistas?

Dr. Uriburu: Bueno estoy deseoso de escuchar la opinión del Dr. González, aunque creo conocerla.

Dr. González: Primero felicitar al Dr. Arredondo porque creo que poner este tema en el tapete hoy como está la situación es bastante valiente por lo menos. Realmente lo ha puesto de una manera muy fundamentada, entonces esto da para muchas consideraciones, algunas médicas y otras extramédicas, porque esto tiene que ver con todo.

Quiero empezar con algo que muchos de ustedes deben saber, porque el año pasado tuvimos un pedido de la Sociedad de Cirugía Plástica a la Honorable Cámara de Diputados, si mal no recuerdo, colocando un anteproyecto de ley, tratando de normalizar la cirugía plástica sin convocar a la participación de sociedades afines. Esto es Sociedad de Mastología por mama, Dermatología, Oftalmología, Cirugía de Cabeza y Cuello. Todas las especialidades que tienen cosas en común. Obviamente que eso fue rechazado por nuestra Sociedad, hubo varias reuniones, todavía el tema no está resuelto y el anteproyecto está frenado. Pero esto no es menor porque del tema del intrusismo lo que tenemos que analizar es primero, si tiene que ver con algo estrictamente médico o agregado algo económico o de conveniencia de especialidades. Si vamos a hablar de la parte médica yo creo que en los últimos años y le contesto un poco con esto lo que estaba diciendo el Dr. Cassab recién, desde el punto de vista médico hoy día es mucho más sencillo hacerse una cirugía estética de mama, tanto sea un aumento como una reducción, que hacer una cirugía oncoplástica de mama. Hoy una mastoplastia reductiva terapéutica en una paciente postneoadyuvancia tiene un grado de complejidad altísimo, donde uno tiene que manejarse resecando lugares de la mama en donde la vascularización no es estable, hay que manejar pedículos que no son convencionales, hay que manejar cambios sobre la marcha de márgenes comprometidos. El entrenamiento es muy importante. Nosotros los que realizamos cirugía oncoplástica tantos años, tuvimos un entrenamiento a la inversa. Primero hicimos entrenamiento en plástica, fuimos a cirugía reconstructiva y hoy estamos haciendo algo mucho más complejo. El tema formativo en Argentina práctico es complicado porque hoy en el país no tenemos aprobada la especialidad y hay pocas residencias en Mastología. El entrenamiento en oncoplastia fuertemente tiene que ser hecho en una residencia, que es el primer nivel de formación. Hoy estamos supliendo eso con cursos

teórico-prácticos, que lamentablemente este año no se pudieron hacer por la pandemia, pero que fueron cursos de alguna forma reproducidos de Brasil. Ahí tuvieron una experiencia interesante con cursos teórico-prácticos, con la salvedad que hace muchos años tienen aprobada la especialidad y además tienen las residencias de mastología con formación de la cirugía oncoplástica dentro de la residencia y en este momento, más de la mitad de las cirugías reconstructivas las hacen los mastólogos y no los cirujanos plásticos. Por lo tanto, hay precedentes, no en Estados Unidos, si no acá cerca, en un país vecino. Hay otro tema que es interesante y está discutido en todas las partes del mundo, la palabra intrusismo es una palabra medio compleja, porque es como querer robarle algo a otro, cuando en realidad acá hay un concepto que es muy interesante. Voy a mencionar algo que es muy rápido, muy cortito, hay un editorial en la Revista PRS hecho por un cirujano plástico americano, Maurice Nahabedian, muy bueno, donde ante el conflicto de la reconstrucción con los mastólogos planteó si realmente los cirujanos mastólogos que hacían oncoplastia eran héroes o villanos, con respecto a este tema del intrusismo. Hubo una editorial en respuesta a ese editorial, muy clara, les recomiendo que la lean, del Dr. Cicero Urban, que es un cirujano mastólogo brasileño, de Curitiba, no solamente hace cirugía oncoplástica, sino que además es profesor de bioética o sea que tiene un doctorado en bioética, lo que no es algo menor. El Dr. Urban le contesta la editorial donde le dice algo que es muy claro y es lo último que quiero decir. Lo que nosotros tenemos que hacer es lograr que nuestros pacientes tengan los mejores resultados, independientemente quién los opere y por qué lado vengan. Cuando se planteó este tema hace unos años atrás en una reunión de la Sociedad Chilena de Mastología a la que me habían invitado, tuve que discutir con un cirujano plástico que me decía: "Dr. los cirujanos plásticos americanos que han hecho más publicaciones sobre formación en cirugía reconstructiva

son cirujanos plásticos". Le contesté: "discúlpeme, dígame nombres", y me dijo Stephen Kroll. Stephen Kroll era quien me formó a mí en cirugía reconstructiva microquirúrgica y era otorrinolaringólogo. Llegó a ser el jefe de cirugía plástica del MD Anderson. Por lo tanto, creo que el tema es para analizar más profundamente y que nosotros con toda la formación que había dicho el Dr. Uriburu de 30 años de inversión. El Dr. Isetta que está ahí en el auditorio, el año pasado hizo un racconto de todas las actividades de la cirugía oncológica en la Sociedad de Mastología y nos asustamos de todo lo que habíamos hecho sin darnos cuenta. Quisiera preguntar si en la misma situación vamos a ver en otras sociedades hacer la misma inversión en formación en un tema tan puntual. Felicitaciones Dr. Arredondo, gracias por dejarme participar y un abrazo a todos ustedes.

Dr. Arredondo: Muchas gracias Dr. González por sus comentarios. Espero que esto sea algo que rompa el hielo en este tema y se pueda avanzar al respecto. En Tucumán hicimos un ZOOM conjuntamente con cirujanos plásticos del cual tuvimos resultados muy satisfactorios y no nos peleamos.

Dr. Uriburu: Esa es la idea, sumar, no restar.

Dr. Feldman: Muchas gracias por la invitación. Soy actualmente el presidente de la Sociedad Argentina de Plástica Ocular. Es el segundo mandato que estoy. El año pasado charlamos bastante con el Dr. Uriburu a raíz del proyecto que presentó la SACPER y quería felicitarle Dr. Arredondo por presentar esto y romper el hielo como vos decís. No hay que tener miedo de hablar de este tema. Nosotros estamos capacitados para actuar en las áreas en las cuales tenemos una amplia experiencia. Creo que cuando uno hace algo oncológico, traumático o lo que sea y lo está reparando, hablo de los párpados por ejemplo, yo los reparo pero no es que los reparo para cerrar y que queden, busco la mejor estética posible y a veces nos tocan casos oncológicos que son sumamente complejos y si me embarco a hacer una cosa de esas, hacer una blefaroplastia

en un paciente, lo único que tengo que hacer es marcar bien la piel y sacarla, es mucho más sencillo, tengo que tener algunos criterios estéticos, pero hacer algo estético es mucho más sencillo. La cirugía plástica históricamente creció en las guerras. Inicialmente no fue hecha para tratar a las madames que se querían sacar las bolsitas o se querían operar y hacer algo, crecieron en las guerras. Allí se dieron los grandes desarrollos de la cirugía plástica y cuando uno va a ver la historia fue de la mano de otra especialidad. Los plásticos aprendieron a operar párpados al lado de un oftalmólogo. De hecho, el año pasado yo me puse a investigar en la página de la SACPER que presentó este proyecto y ellos daban gracias de cuando vino el oftalmólogo a la Argentina y les enseñó a operar y no sé qué cosa, nosotros aprendimos ahí. Las residencias de cirugía plástica, están destinadas a operar patologías tumorales, quemados y demás. Si no sería una locura, habría que cerrar las residencias de cirugía plástica si solamente vamos a destinar recursos del estado a que se forme gente que va a operar los casos estéticos. En ese caso yo tendría que disentir un poquito con el comentario anterior de que lo estético no nos aboca. Porque esto sería como decir, los pacientes privados los ve el cirujano plástico y los de Obra Social, para ver si tienen patología se los mando al oftalmólogo, a ver si tiene ojo seco o se lo mando al mastólogo a ver si tiene un tumor y después yo me quedo con el lomo o con la mejor parte de todo esto. Entonces no me parece adecuada esa definición, el Botox, sin ir más lejos, fue descubierto y desarrollado por un oftalmólogo y hoy es ampliamente utilizado. Cuando analizamos las complicaciones de una cirugía de párpado, que muchas nos llegan de cirujanos plásticos, no quiero decir que operen mal, pero todos los que operamos tenemos complicaciones, oftalmólogos, cirujanos plásticos, mastólogos o la especialidad que sea, pero las complicaciones que ocurren al operar un párpado son oculares. Úlcera de córnea, sequedad ocular, quemosis ¿Quién la maneja? La maneja el oftalmólogo. Si un paciente tiene un ptosis

palpebral y es un niño, la indicación de la cirugía la tiene que hacer un oftalmólogo. Con el proyecto que pretendían poner el año pasado, todo lo que involucrase párpado, era manejado por cirugía plástica, era una locura, eso cayó muy mal también en la Sociedad de Dermatología, hablamos con los Mastólogos y con todos. Hoy por suerte, el nuevo presidente Martín Colombo, que es un ex hospital Británico, ha hecho un discurso que está publicado en la página de la SACPER donde reconoce que se tendría que reunir a todas las especialidades y hacer algo en conjunto. Pero siempre les digo a todos, dividir y decir este territorio es mío y este es tuyo también es peligroso porque yo como cirujano de párpados a veces necesito obtener un colgajo o injerto dermograso que lo saco del abdomen. ¿Voy a tener que llamar a un cirujano de pared abdominal para que me dé un pedacito de grasa que yo lo puedo sacar y que no es tan complejo, que es superficial? Entonces eso también tenemos que plantearlo, que dividir mucho la especialidad y decir la mano derecha es tuya, la mano izquierda es mía, para ser más extremista, también puede ser peligroso. Lo que vos decías, Dr. Arredondo, sobre la ASOPRS, yo el año pasado estuve en el congreso de ASOPRS porque justamente fui a pedir que la Sociedad Argentina de Plástica Ocular que tiene menos, 10 o 12 años, sea una sociedad recíproca de ASOPRS. El año pasado estaba celebrando los 50 años de su creación, es decir que tienen una amplísima experiencia. Los brasileros, como ustedes bien dijeron, van a la cabeza, están muy adelantados. La Sociedad Brasileira de Plástica Ocular tiene 46 años. Entonces creo que tenemos que mantener en nuestra currícula de formación, la especialidad. Cuando el año pasado me avisan de este proyecto, dije que no iba a ir representando a Sociedad de Plástica Ocular, primero que nada, yo soy oftalmólogo. Entonces le avisé al Consejo Argentino de Oftalmología y junto a su presidente presionamos hasta que nos recibió Rodríguez, tuvimos una reunión con ellos y le explicamos por qué. Todo lo que es plástica es un capítulo que está desde hace

más de 100 años en los libros de oftalmología, entonces un residente desde primer año se está formando en cirugía plástica ocular y capaz que va a ir a trabajar a Salta, a Jujuy a Tucumán, sin hacer grandes cosas, pero va a solucionar el día a día de la plástica ocular, y si a ese médico yo le saco esta ley de especialidades, lo limito y no puede hacer más nada. Entonces me parece que eso es algo que no hay que hacer. Lo que nosotros también tenemos que hacer es publicidad de nuestra formación. Yo le comentaba al Dr. Uriburu que hace poco hice un pequeño slide donde decía "Un médico oculoplástico tiene seis a siete años de medicina, a mí me tocaron siete años en Corrientes para formarme de médico, tres años eran de Oftalmología que ahora pasó a cuatro, dos años de Fellowship, el Fellowship de plástica ocular hasta hace uno o dos años atrás era de un año de duración en algunos lugares, en EE.UU. ahora no existe más Fellowship de un año, son todos de dos años. Nos dedicamos exclusivamente, es decir estamos prácticamente el 70% de nuestra práctica realizando cirugía de párpado y cada cinco años recertificamos el diploma. Entonces lo que tendríamos que hacer es mostrar que estamos altamente capacitados para hacer esto, ponerlo en el currículum de formación de los residentes, que sepan hacer todas estas cosas y después si la cirugía tiene un fin estético o reparador, es una cuestión de resultados, de cuestión económica o demás, pero me parece que no es y creo que lo que tenemos que estar es abiertos a hablar con la SACPER, la Sociedad de Buenos Aires también y plantearles que nosotros no estamos ni en contra de que ellos lo hagan pero tampoco queremos que ellos estén en contra nuestro y hablando mal de nosotros porque, lo que vos decías, si aparece la publicidad de alguien diciendo que los mastólogos no pueden operar una mama, los oftalmólogos no podemos operar un párpado y un otorrino no puede operar una nariz, realmente empieza a crearse una guerra, es atacarse entre colegas y en realidad no es así. Es lo que decimos siempre, hay

que defenderse. Habría que aprovechar que está Martín Colombo que tiene un espíritu más abierto, hablar con él, ver si realmente es necesario regular con una ley o si esto se puede consensuar entre las especialidades. Nosotros tenemos un registro en nuestra página, la SAPO, encuentre su oftalmólogo acreditado por la SAPO. Somos estrictos con nuestras formaciones. Ahora en los criterios de inclusión para ser miembros SAPO, hay que tener un Fellow de dos años de duración. Me parece que lo que tenemos que buscar es la excelente formación de nuestros colegas.

Dr. Uriburu: Te agradezco por tu presencia y participación Dr. Feldman. Como verán es un tema más de fondo el que trajo el Dr. Arredondo hoy aquí y que nos tiene ocupados en la Sociedad desde hace un tiempo. Es por eso que lo venimos hablando con él.

Dr. Fridrich: Buenas noches a todos. Un poco es repetir lo que dijo Rodrigo Feldman que es el presidente y yo soy el vicepresidente de la SAPO. Quiero felicitar al Dr. Arredondo, porque es bueno que nos lleve a reflexionar un poco sobre el tema y eso es lo más importante. Creo que dos de las palabras que él dijo que tenemos que tener en cuenta y que también lo destacó el Dr. Eduardo González, con el que coincido en el 100%, es que nosotros no hacemos intrusismo, en el sentido que todo lo que hagamos está acreditado y certificado por nuestras Sociedades, ya sean Sociedades menores como es el caso de la SAPO para nosotros los oftalmólogos o el CAO que es una sociedad mayor. Por lo cual legalmente estamos avalados en nuestra formación, que eso es lo más importante para poder realizar todas estas cosas. Al mismo tiempo al tener esta certificación somos competentes, como dijo el Dr. Feldman, somos muy estrictos en las Sociedades, por lo menos en las de Oftalmología, en la SAPO justamente, para recertificar esos Fellows o esas especialidades y por lo tanto creo que con todo esto, hablando entre todas las sociedades, siendo todos unidos, ustedes la SAM, la SAPO, la de otorrinos

y llegando a un consenso con los plásticos, que como decía Feldman, es unirnos, no separarnos. Yo opero y como hemos hablado muchas veces, con cirujanos plásticos, coincidimos en cosas. La idea es que trabajemos entre colegas todos juntos y no estar peleándonos por nada, porque es una pelea burocrática, nada más que eso. Así que, si uno tiene una buena certificación de formación, ese es el elemento legal que nos va a avalar para el futuro.

Dr. Uriburu: Muchas gracias Dr. Fridrich por tu participación y como verán este es un tema que nos venía ocupando ya desde la gestión anterior de Eduardo y les veníamos pidiendo a los plásticos tener una reunión con todas estas sociedades afines que acaban de mencionar ustedes. Lamentablemente no se llegó a dar esa reunión, esperamos como vos decís, yo también leí ese discurso del Dr. Colombo, que tenga una apertura mejor para finalmente lograr esa reunión.

Dr. González: Complementando lo de los colegas oftalmólogos yo no creo en las leyes de algo que está reglamentado por el buen ejercicio de la profesión. No tengo que poner una ley para demostrar que estoy trabajando bien, por lo tanto, creo que acá el objetivo de la ley era otro, era excluir y no incluir. Hoy en día estamos en la era de la medicina multidisciplinaria, tenemos que estar todos conectados. Recién se daba el ejemplo del aumento mamario que es una cirugía estética. Yo estoy aburrido de ver pacientes con cirugías plásticas en los que luego aparecen patologías que no saben qué hacer y la paciente está operada hace un mes. Está manejado por gente que a veces no tiene experiencia en patología mamaria. Hoy día manejar una mama no es solamente cosmético, es oncológico, es diagnóstico, es terapéutico, tiene un montón de objetivos. Otra cosa que es interesante, ustedes hacen una cosa muy específica, hay una cosa que yo siempre lo he hablado cuando había discusiones con los cirujanos plásticos por este tema del intrusismo hace muchos años.

No he escuchado nunca a un cirujano plástico en la Argentina que se haya quejado porque un cirujano de cabeza y cuello hace microcirugía en una reconstrucción de cabeza y cuello. Nunca lo he escuchado. No está incluido dentro de los reclamos, no está incluido implantes de miembro, no está incluido reconstrucción de resecciones amplias de sarcomas en miembros que son microcirugías complejas. Por lo tanto, a buen entendedor pocas palabras, el problema más grande, lo tiene la Sociedad de Dermatología. ¿Por qué? Porque hacen Botox. Primero por cantidad, mama también tiene mucho volumen y está la parte estética, oftalmología está la blefaroplastia, otorrino está la rinoplastia. El tema va por otro lado, nosotros lo tenemos que seguir peleando por el lado académico, pero créanme que el tema va por otro lado. Muchas gracias y gracias por el tiempo.

Dr. Uriburu: Muchas gracias Dr. González por la calidad de tu participación. Dr. Arredondo querés

cerrar esto que has creado? No, no lo has creado vos, esto venía de antes.

Dr. Arredondo: Agradecer a los colegas oftalmólogos y recordar lo que decía el Dr. Feldman, 50 años lleva la Sociedad de Oculoplastia Americana, la Sociedad Americana de Cirugía Cosmética Mamaria que acepta cirujanos, mastólogos y demás lleva 25 años. Bueno, creo que ha llegado el momento de que nosotros hagamos nuestra parte también. Estoy muy contento por la repercusión del tema y espero que se pueda continuar, gracias por haber sido tan atentos.

Dr. Uriburu: Gracias Dr. Arredondo. Me parece que esto es solo el comienzo de algo que va a ser bueno, que va a sumar, así que les agradezco a todos por las prolijas presentaciones, a todos por su participación y también a los invitados que no son de nuestra Sociedad. Gracias a todos.

AGRADECIMIENTOS

Al Dr. Roberto R. Manson y a Carolina Manson por su colaboración en la traducción del resumen.