

REGISTRO PROPIEDAD INTELECTUAL: Expediente N° 687144. Inscripta en el Boletín de OPS/OMS.
Los trabajos de esta Revista se incluyen en la **BASE DE DATOS MEDICA LILACs**, en la **SOCIEDAD IBEROAMERICANA DE INFORMACION CIENTIFICA** (Buenos Aires Argentina).

La Revista Argentina de Cirugía Plástica es una publicación de la **Sociedad Argentina de Cirugía Plástica, Estética y Reparadora**.
Comité de Redacción: Dra. Martha Mogliani. Av. Santa Fe 3401 17° C.
E-mail: mmogliani@intramed.net.ar

Editada por **Publicaciones Latinoamericanas SRL.**,
Dr. Ramón Carrillo 294 (1275) Capital. Tel: 4305-3310
E-mail: p-latino@netizen.com



Personería Jurídica/Legal Capacity N° C-1604965 - 31/10/95

Comité de Redacción

Director: Dr. Rodolfo Rojas

Editora: Dra. Martha Mogliani

Secretarios de Redacción:

Dr. Héctor Marino (h)

Dr. Juan Carlos Panizza

Presidente Comité de Redacción:

Dr. Fortunato Benaim (Cirujano Maestro)

Comité de Redacción:

Dr. Ulises De Santis (Cirujano Maestro)

Dr. Néstor Maquieira (Cirujano Maestro)

Consejo Consultor Nacional:

Dr. Alberto Albertengo (Cirujano Maestro)

Dr. Leonardo Barletta (Cirujano Maestro)

Dr. Luis Inchaurreaga (Cirujano Maestro)

Dr. Raúl Laguinge (Cirujano Maestro)

Dr. Eduardo Marino (Miembro Honorario Nacional)

Dr. Osvaldo Orduna (Miembro Honorario Nacional)

Sumario

15	Editorial
16	Reconstrucción mamaria bilateral pos- mastectomía con expansores tisulares. Reporte de un caso
21	Cirugía mínimamente invasiva para tercio medio de cara y cuello
26	Tratamiento del lagoftalmos paralítico con pesas de oro.
31	Aplicaciones del Erbium láser, un nuevo enfoque
38	Ejercicio legal de la Cirugía Plástica
42	Recordando a los que nos precedieron: Prof. Dr. Ernesto F. Malbec (Cirujano Maestro)
45	Noticias SACPER
46	Actividades Filiales
48	Cuestionario
49	Reglamento de publicaciones

Las opiniones expresadas en estas páginas, son de los autores y no involucran necesariamente el pensamiento del editor y de la dirección de la revista.

Prohibida su reproducción total o parcial.

Comisión Directiva S.A.C.P.E.R. 2003-2004

Comisión Directiva

Presidente

Dr. Rodolfo Ramón Rojas

Vice-Presidente

Dr. Jorge Alberto Buquet

Secretario General

Dr. Ricardo Yohena

Prosecretario General

Dra. María Cristina Picón

Tesorero

Dr. Héctor Salvador Marino (h.)

Pro-Tesorero

Dr. Juan José Marra

Secretario de Actas

Dr. Federico Alberto Deschamps

Director de Publicaciones

Dr. Juan Carlos Panizza

Sub-Director de Publicaciones

Dr. Justo La Torre Vizcarra

Vocales Titulares

Dr. Carlos Aliseri
Dr. Jorge Miguel Rizzi
Dr. Néstor Martín Vincent
Dr. Luis Ignacio Odriozola

Vocales Suplentes

Dr. Ricardo Terazawa
Dr. Eduardo Gomez Vara
Dr. Ricardo Hoogstra

Presidente Anterior

Dr. Osvaldo Cudemo

COMISIONES Y COMITES AÑO 2003 DR. ROJAS

Educación Médica Continua

Coord.: Dr. Néstor Maquieira
Dr. Enrique Gagliardi
Dr. Ricardo Losardo
Dr. Ricardo Yohena

Comité de Ética

Coord.: Dr. Raúl Fernández Humble
Dr. Guillermo Flaherty
Dr. Carlos Caviglia Bosh
Dr. Orlando López

Vídeo

Dr. Luis Odriozola y alumnos de 2° y 3° año

Comisión Educación y Asistencia Comunitaria

Coord.: Dra. Martha Mogliani
Dr. Rubén Aufgang
Dr. Fortunato Benaim

Historia de la SACPER

Coord.: Dr. Fortunato Benaim
Dr. Ulises de Santis
Dr. Eduardo Marino

Comité de Recertificación

Presidente: Dr. Julio Cianflone
Secretario: Dr. Jorge Herrera

Vocales:

Dr. Horacio García Igarza
Dra. Martha Mogliani
Dr. Ernesto Moretti
Rep. de Comisión Directiva: Dr. Jorge Buquet

Asuntos Legales

Coord. Dr. Luis Ginesín
Dr. Oscar Adamo Nicolini
Dr. Francisco Famá
Dr. Jorge Patané

Congresos

Coord.: Dr. Rodolfo Ferrer
Dr. Abel Chajchir
Dr. Víctor Vassaro

Internet

Dra. Paulina Iwanyk
Dr. Héctor Marino (h)

Relación con Filiales

Dr. Jorge Díaz García

Estudio de Examen Único a Miembro

Titular

Coord.: Dr. Ricardo Losardo
**Presidente y Vicepresidente de
SACPER**

Parlamentario

Dr. Héctor Marino (h)

Centro de Referencia y

Contrarreferencia

Directora General

Dra. Susana Ruiz
Coordinadora Científica
Dra. Angélica Nagahama
Coordinadora Programas Regionales
Dra. Martha Mogliani

Secretaría

Dra. Ma. Pilar Sánchez

Tesorero

Dr. Héctor Marino (h)

Secretaría de Relaciones Públicas

Dra. Paulina Iwanyk
Representante Regional
Buenos Aires: Dr. Rubén Aufgang
La Plata: Dr. Carlos Perroni
Mar del Plata: Dr. Mario Magrini
Noreste: Dr. Dante Masedo
Tucumán: Dr. Miguel Corbella
Rosario: Dr. Carlos Boggione
Mendoza: Dr. Carlos Mira Blanco

Capítulos año 2003

Dr. Rodolfo R. Rojas

Capítulo de Quemados:

Dr. Gustavo Pressavento

Capítulo de Cirugía Infantil:

Dra. Mirta Moreno

Capítulo de Máxilofacial:

Dra. Susana Ruiz

Capítulo de Miembros, Mano y Microcirugía:

Dr. Claudio Angrigiani

Capítulo Estética:

Dr. Julio Cianflone

Órgano de Fiscalización (2002-2003)

Titulares

Dr. Ulises De Santis
Dr. Osvaldo Orduna
Dr. Eduardo Marino
Dr. Néstor Maquieira
Dr. Pedro Mugaburu
Dr. Luis Inchaurreaga

Suplentes



REVISTA ARGENTINA DE Cirugía Plástica

Personería Jurídica/Legal Capacity N° C-1604965 - 31/10/95

Sociedades Filiales Años 2003-2004

Sociedad de Cirugía Plástica de Buenos Aires

Av. Santa Fe 1611- 3° (1060) Capital Federal
Tel: 4816-3757/ 0346- Fax: 4816-0342
Presidente: Dr. Juan Carlos Seiler
Vicepresidente: Dr. Carlos A. Reilly
Secretario General: Dr. José Francisco Nociti
Prosecretario General: Dr. César Nocito
Tesorero: Dr. Pablo José Ruiz

Sociedad de Cirugía Plástica de Córdoba

Ambrosio Olmos 820 (5000) Córdoba
Tel.: (0351) 460-7071 - Fax: (0351) 468-3241
Presidente: Dr. Oscar Prockievicz
Vicepresidente: Dr. Luis Nahas
Secretario: Dr. Daniel Battezzati
Prosecretario: Dr. Marcelo Fuentes
Tesorero: Dr. Ricardo Demes

Sociedad de Cirugía Plástica de Mendoza

Olegario V. Andrade 496 (5500) Mendoza
Tel.: (0261) 428-6844 - Fax: 0261-428-6247
Presidente: Dr. Luis Sananes
Vicepresidente: Dr. Alejandro Gutiérrez
Secretario General: Dr. Roberto Benedetto

Sociedad de Cirugía Plástica de La Plata

Calle 50 - N°374 - (1900) La Plata
Tel./Fax: (0221) 422-5111
Presidente: Dr. Federico Deschamps
Vicepresidente: Dr. Jorge Walter Canestri
Secretario: Dr. Roberto Lamonega
Tesorero: Dr. Gustavo D. Caputti

Sociedad de Cirugía Plástica de Rosario

Presidente: Dr. Ernesto A. Moretti
Vice-presidente: Dr. Gustavo Sandiano
Secretario general: Dr. Guillermo Siemieniczuk
Secretario actas: Dr. José Luis Lafontana
Tesorero: Dr. Edgardo Raggi

Sociedad de Cirugía Plástica del Nordeste

Arturo Frondizi 986 - Torre I 10°C - (3500) Resistencia - Chaco
Tel/Fax: (03722) 43-5393
Presidente: Dr. Joel Cauderer
Vicepresidente: Dr. Walter Britos Romeo
Secretario: Dr. Jorge Díaz García
Prosecretario: Dr. Sergio Martínez
Tesorero: Dr. Jorge Ferreyra

Sociedad de Cirugía Plástica de Mar del Plata

Güemes 2968 P.A. (7600) - Mar del Plata - Argentina
TE: (0223) 486-2068 Fax: (0223) 486-2068 E-mail: sacpermardelplata@hotmail.com
Presidente: Dr. Esteban H. Elena
Vicepresidente: Dr. Mario H. Magrini
Secretario General: Dr. Daniel F. Ruiz
Secretario de Actas: Dr. Sergio Pagani
Tesorero: Dr. José Luis Tesler

Sociedad de Cirugía Plástica de Tucumán

Colegio Médico de Tucumán- Las Piedras 496- (4000) San Miguel de Tucumán.
Tel/ Fax: (0381) 422-0658
Presidente: Dr. Miguel Ángel Corbella
Vicepresidente: Dr. Hugo Mayer
Secretario: Dr. Roberto Serrano
Tesorero: Dr. León Dahan



Editorial

Solidaridad II

"Si puedes soñarlo puedes hacerlo. Las ideas son energías reunidas. Los pensamientos son ideas formadas. Las palabras expresan los pensamientos. Las acciones son palabras en movimiento".

A esta última frase, en estos momentos le agregaría que las acciones no sólo son palabras en movimiento sino que además son pensamientos, sentimientos, lealtad, compromiso de servir, porque la solidaridad es un acto de amor, es un movimiento en el que se hace visible el sentimiento puro de los valores, tanto materiales como espirituales. Estos últimos muchas veces exigen el sacrificio de lo cómodo, lo agradable, el placer, pero si con todo esto se hace algo para que nuestro prójimo pueda beneficiarse con ello, estaremos realizando un acto moralmente bueno con un valor positivo.

Estas campañas solidarias realizadas durante estos dos años no sólo nos han acercado y unido en un objetivo común, sino que además nos han enriquecido y nos han dado fuerza para continuar.

Con cuánta emoción uno de los integrantes del grupo contaba una anécdota, que tal vez fue muchas veces vivida pero que en el contexto que la rodeaba se "sintió" diferente: Ante el reclamo de una madre "Dr. qué pasó con mi hijo que entró primero a operarse y salieron varios niños y el mío no?", a lo que el cirujano respondió "señora, ese ¡es su hijo!, la mujer no lo había reconocido después de la operación. A todos los presentes nos conmovió el relato y la emoción del cirujano que lo contó.

En estos dos años se realizaron dos campañas a Santiago del Estero, una a Chaco y una a Tucumán. Se evaluaron un total de 149 niños de los que fueron operados 67 y quedaron bajo diferentes tratamientos (clínicos, odontológicos, etc.) 82 niños.

El esfuerzo fue enorme, pero lo más grande, la satisfacción de haber comenzado a organizar y dejar sentadas las bases para la solución de esta compleja y multidisciplinaria patología en cada lugar en los que estuvimos presentes, dejando además, relaciones fraternas con los colegas del lugar. Los invito a reflexionar sobre lo actuado por el Centro de Referencia durante estos dos años, en momentos en que nuestro país se debate en una crisis de comportamientos, donde no abundan las estrategias, donde el estado es un ausente, sin planificación en salud, donde nuestra estrategia y proyecto fue llevado a varias provincias con carencias y los gobernantes de turno no se dieron por enterados.

¿Qué fue lo que hizo que esta "misión" encomendada por la SACPER pudiera llevarse a cabo? Creo no equivocarme al responder esta pregunta: Es el amor a la profesión elegida, satisfacción y alegría de servir al prójimo, compromiso y así podría seguir enumerando. Tal vez aquí cuadre colocar "Haz a los demás lo que quisieras que hicieran contigo". Creo que la actitud de entrega, compromiso y amor por la cruzada elegida, fue lo que hizo posible lo actuado.

Campaña Chaco (2002):

Cirujanos Plásticos:

Dra. Susana Ruiz
Dra. María Nagahama
Dra. Martha Mogliani
Dra. Pilar Sánchez
Dr. Dante Masedo
Dr. Jorge Ferreira

Anestesista:

Dra. María Almira

Odontóloga:

Dra. Susana Castro

Fonoaudióloga:

Lic. Claudia Simón

Campaña Santiago del Estero 1 (2002):

Cirujanos Plásticos:

Dr. Rodolfo Rojas
Dra. Paulina Iwanyk
Dr. Carlos Perroni
Dr. Ernesto Traine
Dr. Sergio Polichela

Anestesistas:

Dr. Osvaldo Bacigalup
Dr. Federico Dubarry

Odontóloga:

Dra. Lidia Pinola

Fonoaudióloga:

Lic. Adriana Pérez

Campaña Tucumán (2003):

Cirujanos Plásticos:

Prof. Dr. Pedro Dogliotti
Dr. Juan Carlos Rodríguez
Dra. Emanuela Nadal
Dra. Gloria Manacero

Anestesistas:

Dra. Dora Komar
Dra. Ana Rotemberg

Campaña a Santiago del Estero II (2003):

Cirujanos Plásticos:

Dra. Paulina Iwanyk
Dr. Carlos Perroni
Dr. Ernesto Traine
Dr. Sergio Polichela

Anestesistas:

Dr. Osvaldo Bacigalup
Dr. Federico Dubarry

Fonoaudióloga:

Lic. Adriana Pérez



Reconstrucción mamaria bilateral pos-mastectomía con expansores tisulares. Reporte de un caso

Dres. Abel Chajchir, Marcelo Gómez Barreto, Gustavo Chajchir y Luis Cornago

Centro Médico Barrancas - Buenos Aires

Resumen

La reconstrucción mamaria es actualmente parte integrante del tratamiento del cáncer de mama. Debe ser mencionada desde la primera consulta oncológica o inmediatamente luego de conocer un diagnóstico de cáncer mamario, y debería ser sistemáticamente propuesta cada vez que sea posible. El objetivo de la reconstrucción mamaria consiste en aportar un volumen adecuado, conseguir una simetría y la reconstrucción de la placaaréolo mamilar.

Durante la última década los expansores tisulares han sido utilizados ampliamente en la reconstrucción mamaria. En la mujer, con una prognosis favorable, el principio básico es el de expandir la piel sobrante de la parilla costal hasta obtener un volumen adecuado.

Summary

Nowadays the mammary reconstruction is a vital part of the breast cancer treatment. It must be mentioned from the first oncological consultation or immediately after the diagnostic of breast cancer and it must have been mentioned systematically in every opportunity. The objective of mammary reconstruction consists on providing the appropriate volume, achieving symmetry and reconstructing areola and nipple.

During the last decade, tissue expanders have been being used extensively in the mammary reconstruction. In woman, with a future tissue survice, the basic notion is to expand the extra skin from chest wall until achieving the appropriate volume.

Introducción

La reconstrucción mamaria tras una mastectomía, es en la actualidad parte integrante y dinámica del tratamien-

to del cáncer mamario. Los objetivos primordiales de la reconstrucción mamaria son: aportar un volumen adecuado, simetría contralateral y reconstrucción de la placaaréolo mamilar. Para lograr estos tres objetivos, suelen ser necesarias dos o más intervenciones a lo largo de varios meses.^(1,2)

Los procedimientos actuales de reconstrucción se basan en la utilización de los colgajos miocutáneos o dermo grasos, sean éstos libres o pediculados, expansión tisular y/o colocación de prótesis mamarias.

Aunque en todas las mujeres sometidas a mastectomía se debe tener en cuenta la reconstrucción mamaria, no todas son candidatas adecuadas, por lo general, el carcinoma de mama debe estar controlado en forma local y sistémica antes de iniciar la reconstrucción, y la paciente debe estar psicológicamente equilibrada y tener expectativa de vida razonable.

En los últimos años, el desarrollo y los posteriores avances de la expansión tisular han hecho más factible la reconstrucción mamaria inmediata en el momento mismo de la mastectomía.

La evolución de las técnicas de expansión tisular y los materiales expansores han permitido a los cirujanos obtener excelentes resultados.

Los procedimientos en etapas varían en cada caso y dependen del número de operaciones necesarias para lograr la simetría.

Cualquiera que sea la técnica, lo primero es lograr un volumen adecuado, paso que se lo realiza con un expansor tisular, seguida por la sustitución con un implante mamario definitivo.

La reconstrucción del pezón y laaréola se realizan en la tercer etapa.

Las técnicas más sencillas para la reconstrucción local



consiste en colocar un implante bajo el músculo pectoral mayor, una variación de esta técnica consiste en colocar un dispositivo que produzca una expansión tisular, bajo el músculo y la fascia, con ajuste del volumen tras la intervención. Una importante ventaja de la expansión tisular es que la paciente puede participar en la determinación del tamaño de la futura mama. La colocación de un expansor tisular, inmediatamente después de la mastectomía, permite la reconstrucción de una mama mayor de la que se podría conseguir con la única inserción de un implante. Además, la técnica de expansión tisular puede combinarse con la de un colgajo local desde la parte superior del abdomen para crear un pliegue inframamario y una ptosis mamaria de aspecto normal.(3)

Expansión tisular

La reconstrucción del relieve mamario es fácil de llevar a cabo introduciendo un expansor o una prótesis definitiva. Este procedimiento se utiliza cuando los tejidos locales son adecuados para la reconstrucción. La técnica de expansión tisular ha sustituido en gran medida a la reconstrucción inmediata con una prótesis permanente. La expansión tisular proporciona mayor versatilidad y permite a la paciente participar en la decisión sobre el tamaño definitivo de la mama reconstruida.(4)

Básicamente, el proceso implica la elongación y migración del tejido local a medida que el expansor va aumentando de volumen, cuando se alcanza el tamaño deseado, el expansor es sustituido por una prótesis permanente.

Utilizando este método de reconstrucción los tejidos se expanden de forma gradual, limitándose con ello la excesiva presión sobre los colgajos cutáneos y reduciendo al mínimo los riesgos de isquemia y necrosis cutánea, complicaciones cutáneas que son más frecuentes con el inmediato implante de una prótesis definitiva.

La expansión tisular parece resultar más sencilla cuando la reconstrucción es inmediata. La expansión tisular necesaria para reproducir un relieve mamario satisfactorio suele requerir entre 4 a 6 semanas, en caso de expansión inmediata. Cuando la reconstrucción es diferida, deben de transcurrir al menos tres meses antes de comenzar la expansión, hasta que se logre una adecuada cicatrización de la herida de la mastectomía.(5,6,7,8)

Las complicaciones más frecuentes son:

hematomas, infección, necrosis, deflación, contractura capsular, extrusión, simetría, seroma y migración.

Las contraindicaciones que se pueden observar con esta técnica son absolutas y relativas.

Las contraindicaciones absolutas son: heridas conta-

minadas, piel extremadamente fina, piel injertada en el tórax y piel irradiada.

Las contraindicaciones relativas son: pectoral mayor atrófico o desnervado, ausencia del pliegue axilar anterior.(9,10)

Materiales y método

Se trata de una paciente, sexo femenino, de 39 años de edad, con diagnóstico de "galactoforitis crónica bilateral" sometida a adeno-mastectomía radical bilateral hace 5 años.

La paciente fue sometida, luego de la adeno-mastectomía a inclusión de prótesis mamarias, todo esto en el mismo acto quirúrgico. La paciente presentó extrusión de ambas prótesis mamarias en el posoperatorio tardío, más infección localizada, con supuración de material purulento, con pérdida total del pezón del lado derecho y pérdida del cuadrante inferior del pezón del lado izquierdo.

Al examen físico se observan: cicatrices posquirúrgicas retráctiles verticales en las dos regiones torácicas anteriores, con eritema localizado, más pérdida completa del pezón de la mama derecha, se observa una fístula en la región torácica izquierda con franca eliminación de material purulento; con restos musculares de pectoral mayor escaso. A esto se suma un mal estado general, hipo proteinemia, hipo albuminemia, anemia prequirúrgica. (Foto1)

Se indicó interconsulta con infectología, análisis completos de sangre, Rx tórax, examen de bacteriología de las secreciones, luego de realizar antibioticoterapia, eliminación de la infección, aumento de peso y mejoramiento del estado general de la paciente se propuso realizar una reconstrucción mamaria en tres tiempos quirúrgicos.

El primer tiempo quirúrgico incluyó la colocación de expansores mamarios bilaterales, en un segundo tiempo quirúrgico el recambio por prótesis definitivas y en un tercer tiempo quirúrgico la reconstrucción del complejo areola pezón.

Procedimiento quirúrgico

Primer tiempo quirúrgico: Una vez realizado el diseño del nuevo relieve mamario y bajo anestesia general se realizó una corrección de las cicatrices verticales retráctiles. Luego se realizó un abordaje de la pared costal por una incisión submamaria de más o menos 4 centímetros de longitud. Una vez identificadas las fibras más distales del músculo pectoral mayor se procede a realizar junto

FOTO 1



FOTO 1: PREQUIRÚRGICO.

FOTO 2

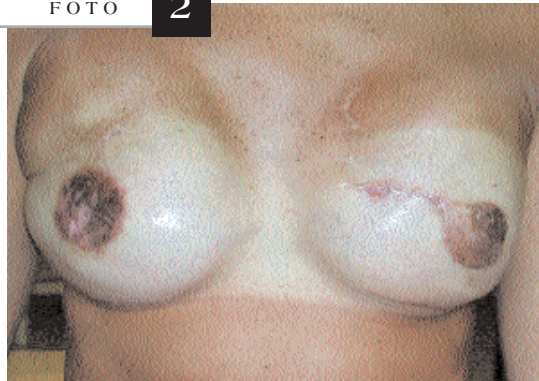


FOTO 2: EXPANSIÓN BILATERAL COMPLETA.

FOTO 3

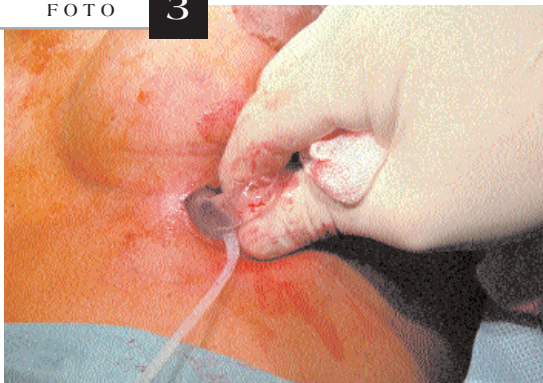


FOTO 3: EXTRACCIÓN DEL EXPANSOR.

FOTO 4



FOTO 4: COLOCACIÓN DE PRÓTESIS DEFINITIVA.

FOTO 5

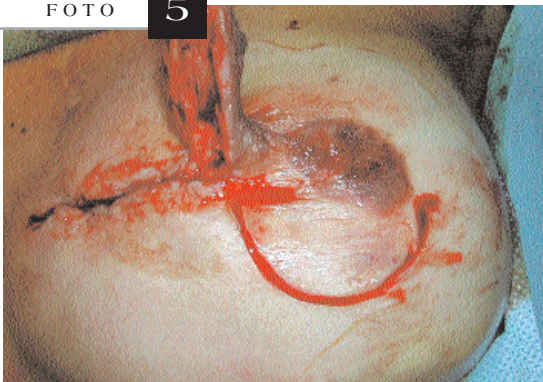


FOTO 5: RECONSTRUCCIÓN DEL PEZÓN.

FOTO 6

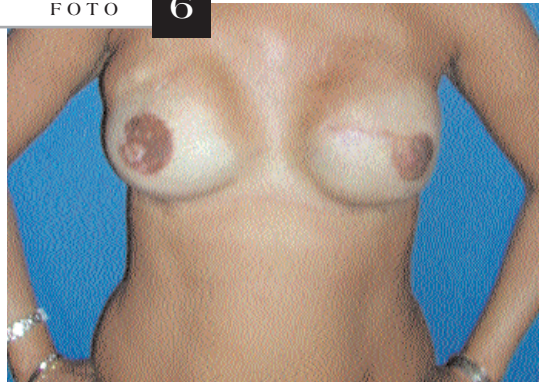


FOTO 6: RESULTADO FRENTE.

FOTO 7



FOTO 7: RESULTADO PERFIL.

FOTO 8



FOTO 8: RESULTADO PERFIL DERECHO.

FOTO 9



FOTO 9: RESULTADO PERFIL IZQUIERDO.

al músculo serrato mayor y las fibras musculares más superiores del músculo recto superior un bolsillo bajo disección digital e instrumental, para tener una adecuada cubierta para la colocación del expansor. Un bolsillo de menor tamaño fue realizado lateral a la incisión previa, para la colocación de la válvula, de preferencia sobre la superficie externa lateral de una costilla.

Luego de una cuidadosa revisión de la hemostasia, se procede a la introducción del expansor, y de su correspondiente válvula, se colocan drenes aspirativos y se realiza un cierre por planos.

Se procede a la infiltración de 50 cc de solución fisiológica, intra quirúrgicamente, para comprobar el buen funcionamiento del dispositivo.

Inyecciones subsecuentes de 50 a 60 cc de solución fi-

siológica son realizadas cada 8 días por un lapso de 2 meses, hasta tener un volumen medio de 350 cc en cada expansor. La sensación de dolor referida por la paciente en el momento mismo de la infiltración nos servía como indicativo de la sobreexpansión o posible sufrimiento, en ese caso se procedió a una infiltración de una menor cantidad de solución fisiológica, (Foto 2).

Segundo tiempo quirúrgico: A través de la misma incisión practicada anteriormente y bajo anestesia general los expansores y sus válvulas fueron retirados, no se realiza capsulectomía, y luego de una adecuada revisión de la hemostasia se procedió a la colocación de las prótesis definitivas, para lo cual se usaron prótesis de poliuretano texturizadas de 250 cc. La incisión fue entonces suturada por planos, (Foto 3 - extracción del expansor y



Foto 4 - colocación de prótesis definitiva).

Tercer tiempo quirúrgico: Luego de transcurrido un mes, y bajo anestesia local se procede a la reconstrucción del complejo areola pezón, para lo cual se utilizó un injerto libre de labios mayores para la reconstrucción del pezón del lado derecho, y un colgajo dermo epidérmico de rotación para la reconstrucción del pezón del lado izquierdo (Foto 5).

Resultados

Al cabo de tres meses se obtuvo una reconstrucción mamaria con un adecuado volumen mamario y forma satisfactoria reconstrucción del complejo areola y pezón, con un adecuado nivel de satisfacción por parte de la paciente y del equipo quirúrgico (Fotos 6, 7, 8 y 9).

Conclusiones

La reconstrucción mamaria mediante expansión tisular es relativamente rápida y se asocia con un bajo índice de complicaciones, pudiéndose lograr un resultado estético excelente si las pacientes son seleccionadas adecuadamente. El expansor puede insertarse por lo general a través de la incisión de la mastectomía, con lo que se evitan incisiones adicionales. No es necesario obtener tejido de zonas donantes a distancia, con lo cual se elude la morbilidad que se asocia a la transferencia de colgajos. El expansor no enmascara ni interfiere en la detección de recidivas tumorales. La expansión tisular se puede llevar a cabo con seguridad mientras la paciente se somete a la quimioterapia, además de que no impide, en caso de ser necesario, la futura realización de colgajos miocutáneos.

Bibliografía

1. Alexander J.: Breast reconstruction following radical mastectomy. *Plast and Reconstruct Surgery* 40:175,1967.
2. Baroudi R.: A transverse thoraco abdominal flap for closure after radical mastectomy. *Plast and Reconstruct Surgery* 61:547,1978.
3. Birnbaum K.: Breast reconstruction following radical mastectomy , using custom designed implants. *Plast and Reconstruct Surgery* 61:355,1978.
4. Bostwick J. Vasconez.: Breast reconstruction after a radical mastectomy. *Plast and Reconstructive Surgery* 61:682, 1978.
5. Cronin T, et al.: Reconstruction of the breast after mastectomy. *Plast and Reconstructive Surgery* 59:1,1977.
6. Georgiade N.: Reconstruction of the breast following mastectomy. *Reconstructive Breast Surgery* 1976, pag 292.
7. Guthrie R.: Breast reconstruction after radical mastectomy . *Plast and Reconstructive Surgery* 57:14,1976.
8. Millard D.: Breast reconstruction after radical mastectomy. *Plast and Reconstructive Surgery* 58:283,1976
9. Radovan C.: Development of adjacent flaps using a temporary expander ASPRS *Plast Surg Forum* 2:62,1979.
10. Radovan C.: Breast reconstruction after Mastectomy Using the Temporary Expander 1982;69:195-206.





Cirugía mínimamente invasiva para tercio medio de cara y cuello

Dra. Martha Mogliani

Resumen

Se relata la experiencia en el tratamiento de la zona malar y bandas platismales con un procedimiento de tracción mínimamente invasivo, en diez pacientes.

Summary

We present our experience on ten cases with midfacial aging and platysmal bands treated with a minimally invasive procedure.

Introducción

El proceso de envejecimiento es normal en los organismos vivos. Es un proceso biológico de evolución y maduración donde se producen cambios progresivos e inevitables con alteraciones funcionales. Estas implican una disminución de la capacidad de cada órgano o sistema de satisfacer sus propias necesidades.

Durante siglos el hombre ha buscado incesantemente detener estos cambios biológicos, logrando la medicina, en estos últimos años, aumentar la expectativa de vida, mejorando además la calidad de ésta.

En el proceso de envejecimiento no están exentos la piel y anexos, los músculos, la distribución del tejido celular subcutáneo. En la piel y en los anexos cutáneos se producen numerosos cambios, algunos se producen "per se" y otros por exposición a diferentes radiaciones, entre las más importantes, las solares u otros factores ambientales, como el stress, que produce alteraciones hormonales, trastornos dietéticos, enfermedades cardiovasculares, el tabaquismo que es causa de alteración de la microcirculación de la piel, etc.

En la epidermis se produce una reducción de las células basales proliferando los keratinocitos, las células del Langerhans decaen del 25 al 40%. En la dermis cae el grosor un 20%, esto es debido a que disminuyen los folículos, la vascularización, el colágeno, la elastina y el

contenido de agua. Disminuye el tejido celular subcutáneo cambiando también su distribución, hay disminución de la secreción de las glándulas ecrinas y apocrinas, se altera la secreción del sebo y la cicatrización.

Todos estos trastornos producen disminución de la efectividad de la piel como barrera, tornándola más seca, pudiendo alterarse la flora saprófita de la misma, lo que produce una mayor posibilidad de infección. Se producen, además, cambios en la pigmentación de la piel por disminución de los melanocitos y alteraciones en su distribución.

En la masa muscular en general, se producen cambios de acuerdo a los hábitos del sujeto, los músculos de la mímica en la cara se afinan y relajan produciendo ptosis de la piel y alteración del tejido celular subyacente.

La estructura ósea de la cara también sufre una alteración biológica de reabsorción en especial en los maxilares superior e inferior. Esto se agudiza si el sujeto es un desdentado joven. Todos estos cambios fisiológicos y los producidos por los factores ambientales son los que mejora o trata de reparar el cirujano plástico.

Material y método

Desde hace dos años se ha efectuado en diez pacientes el tratamiento del tercio medio de la cara con un método mínimamente invasivo, efectuando la suspensión y reposición del tejido celular subcutáneo de la zona malar, desplazado hacia el surco naso geniano, por la fuerza de gravedad, relajación de ligamentos que lo mantenían adherido a la piel y los músculos. En la experiencia realizada, la edad promedio varía de 40 a 70 años. Además, se llevó a cabo en dos pacientes la tracción del tejido celular subcutáneo del cuello con el mismo método. A continuación se indican las zonas neurológicas faciales peligrosas que se encuentran por debajo del SMAS y del platisma. Siendo la técnica de tracción empleada, superficial, por encima del SMAS y del platisma. (Figuras 1 y 2)

FIGURA 1

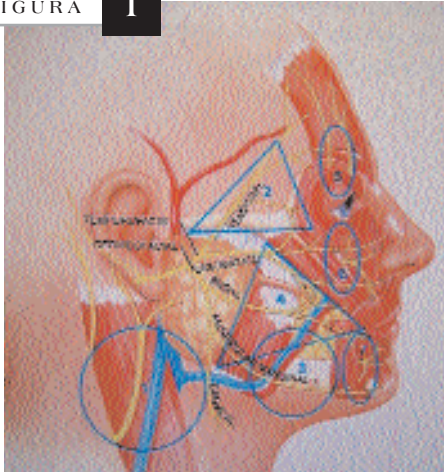
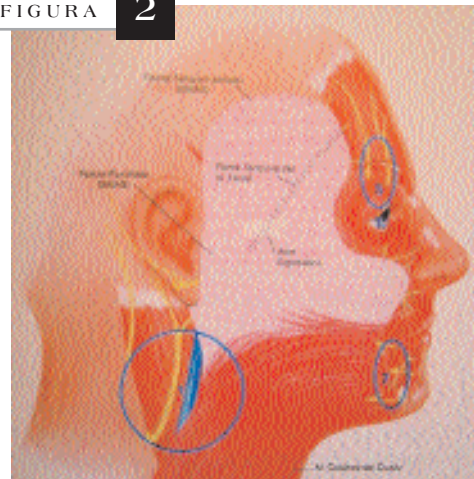


FIGURA 2



Técnica quirúrgica

Se infiltra con anestesia local por vía mucosa el nervio infraorbitario y 2 cm del surco gingival a la altura de los premolares. Luego se infiltra superficialmente la zona malar desde 1 cm por encima de la raíz del hélix hasta alcanzar el surco gingival a la altura de los premolares.

Se realiza una incisión vertical intrapilosa de 5 mm y a 1 cm por encima de la raíz helix. Se introduce superficialmente, en celular subcutáneo una cánula roma enhebrada con nylon 4-0, que emerge por una incisión puntiforme en la región premolar del surco gingival, donde se desenhebra (la cánu-

la), se hace una retoma de los tejidos y se vuelve a exponer la cánula en la misma incisión del surco, se enhebra nuevamente y se retira hacia la incisión del cuero cabelludo, quedando formado así una lazada que toma el tejido celular subcutáneo desplazado, acomodándolo sobre el malar. Se fija a la aponeurosis parietal y al tejido celular subcutáneo del cuero cabelludo, traccionando en bloque la zona malar, con la tensión deseada, hasta el sitio planeado. En el surco gingival no se coloca sutura y en la incisión del cuero cabelludo se cierra con un punto.

Es imprescindible que la dentadura esté en buenas condicio-

FOTO 1



FOTO 1: PROOPERATORIO (FRENTE). MUJER DE 67 AÑOS. NÓTESE LA FALTA DE RELIEVE A NIVEL DE ZONA MALAR.

FOTO 2



FOTO 2: POSOPERATORIO INMEDIATO (FRENTE). VER RELIEVE LOGRADO EN ZONA MALAR.

FOTO

3

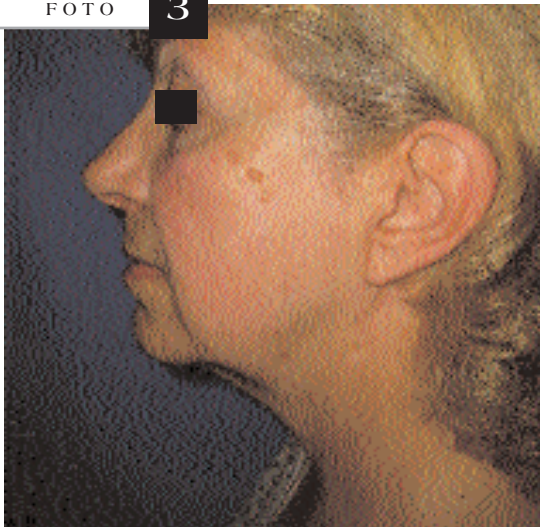


FOTO 3: PREOPERATORIO (PERFIL). NÓTESE ZONA MALAR PLANA. SURCO NASOGENIANO MARCADO. BANDAS PLATISMALES.

FOTO

4



FOTO 4: POSOPERATORIO INMEDIATO (PERFIL). VER MEJORA EN REGIÓN MALAR, DISMINUCIÓN DE SURCO NASOGENIANO, BANDAS PLATISMALES ATENUADAS.

FOTO

5

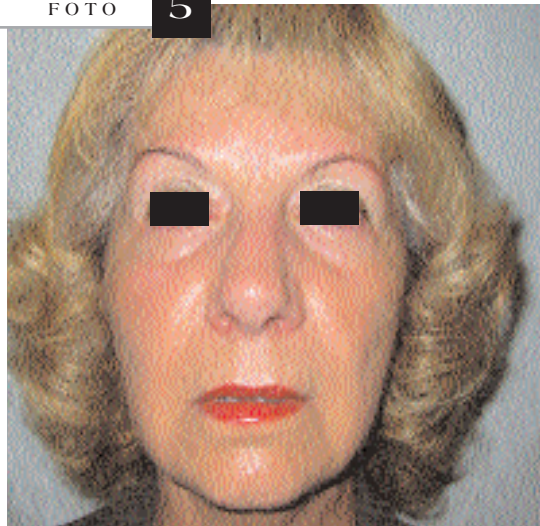


FOTO 5: POSOPERATORIO (FRENTE) A LOS 6 MESES DE EVOLUCIÓN.

FOTO

6

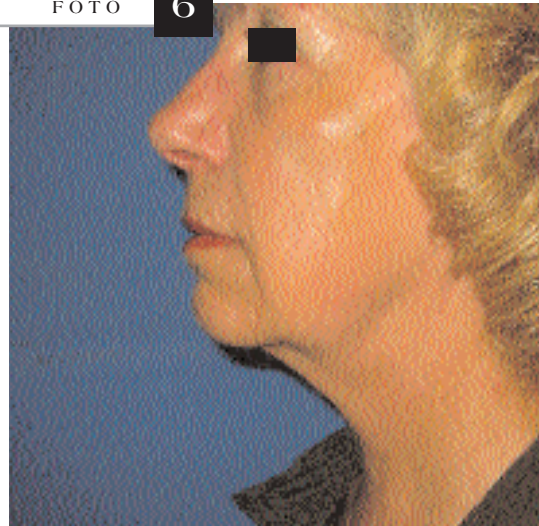


FOTO 6: POSOPERATORIO (PERFIL) A LOS 6 MESES DE EVOLUCIÓN.

FOTO 7



FOTO 7: PREOPERATORIO (FRENTE). PACIENTE DE 55 AÑOS. BANDAS PLATISMALES.

FOTO 8



FOTO 8: POSOPERATORIO INMEDIATO (FRENTE)
BANDAS PLATISMALES ATENUADAS.

FOTO 9

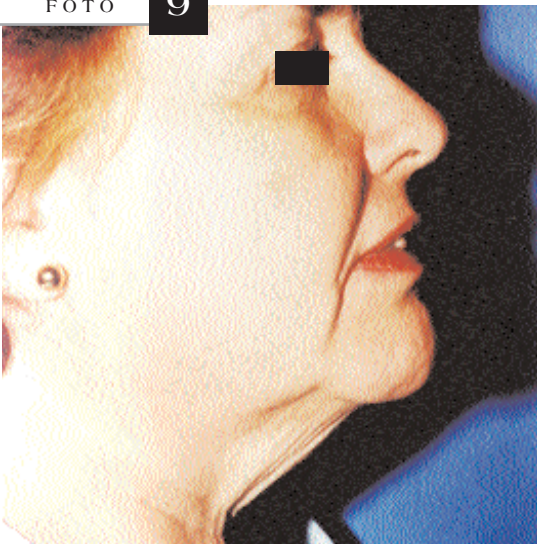


FOTO 9: PREOPERATORIO (PERFIL). BANDAS PLATISMALES.

FOTO 10

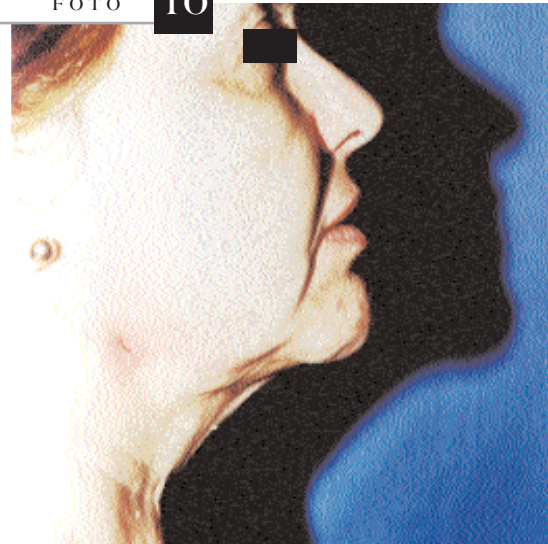


FOTO 10: POSTOPERATORIO INMEDIATO (PERFIL).
BANDAS PLATISMALES ATENUADAS



nes de higiene. Indicar antibioticoterapia desde las 24 horas antes de la intervención y durante los cuatro días posteriores, y frecuentes enjuagues con antisépticos bucales.

En el cuello se hace anestesia local comenzando en la región mastoidea a la altura del lóbulo de la oreja. Se anestesia una franja de 2 cm de ancho hasta llegar a la banda platismal.

Se efectúa una incisión de 5 mm en la región mastoidea retroauricular por donde se introduce la cánula enhebrada con nylon 4-0. Dicha cánula se exterioriza 3 cm antes de llegar a la banda platismal, se desenhebra, se hace retoma de tejido celular, se vuelve a enhebrar y se retira la cánula por la incisión mastoidea retroauricular. Se tracciona la lazada con la tensión deseada y se fija a la aponeurosis mastoidea. Se efectúa sutura en ambas incisiones.

Si el cuello es muy laxo, quedarán algunos pliegues retroauriculares que a la semana se atenuarán totalmente.

Conclusiones

En estos últimos años ha cambiado el concepto de rejuvenecimiento facial, ya éste no se basa solamente en producir un estiramiento de la piel, sino que, además se trata de reposicionar los tejidos desplazados y las nuevas exigencias de los pacientes son óptimos resultados con mínimas incisiones. Este es un método mínimamente invasivo que corrige una zona difícil de solucionar con un lifting convencional, con un posoperatorio que le permite al paciente a las 24 horas reiniciar sus tareas habituales. Puede ser realizado en consultorio. En los dos años que se viene realizando el procedimiento se comprobó que la proyección del pómulo se mantenía. Considerándolo un buen procedimiento para realizarlo sólo en pacientes jóvenes y/o complementando un lifting en pacientes añosos.

Bibliografía

1. "Zonas faciales peligrosas. Cómo evitar lesiones nerviosas durante la cirugía plástica facial". Brooke R. Shekel, M.D. Primera edición. Año 2000 Actualidades Médico Odontológicas Latinoamérica, C. A.- Caracas, Venezuela.





Tratamiento del lagofthalmos paralítico con pesas de oro.

Dres. Carlos A. Perroni, * Sergio Polichella,** Luis Barba,** Delta Rosset,** y Laura Da Costa**

* Jefe de Servicio de Cirugía Plástica y Quemados.

** Miembros del Servicio de Cirugía Plástica y Quemados.

Hospital de Niños Sor María Ludovica de La Plata". República Argentina.

Resumen

Se trataron ocho pacientes portadores de lagofthalmos paralítico con la colocación de pesas de oro en párpado superior. Si bien este procedimiento es de larga data, nos parece de gran valor para el tratamiento de esta patología. Los pacientes presentaban lagofthalmos de diferentes etiologías: poscirugía de linfangioma de cara y cuello, que involucraba el VII par; pos-mordedura de perro con desgarró y arrancamiento del VII a nivel de su desembocadura (el agujero estilomastoideo); pos-parotidectomía; postraumatismo de base de cráneo; pos-sepsis con absceso parotídeo y pérdida de sustancia. Se colocaron pesas de oro de 1.4 a 1.6 g.

En todos los casos se logró una buena función y oclusión palpebral. Consideramos que este método logra buenos resultados funcionales, es sencillo, y resuelve el problema de la exposición corneal, evitando la sequedad, queratitis, ulceraciones, y eventual ceguera.

Summary

Eight patients suffering from paralytic lagophthalmos of different etiologies were treated with the placement of gold weights in the upper eyelid. Even though this methodology is not new, we consider it of great value for the treatment of this pathology.

The patients presented lagophthalmos of different etiologies: face and neck lymphangioma post surgery involving the 7th pair, dog's bite with sprain and tear in the final part of the facial nerve (stylomastoid foramen), post parotidectomy, skull base post traumatism, post sepsis with parotid abscess and substance loss.

In all cases our method provides good functional results, it is simple and solves the problem of corneal exposure, preventing dryness, keratosis, ulcerations and eventual blindness.

Palabras claves: lagofthalmos paralítico-pesas de oro.

Introducción

Ocho pacientes portadores de lagofthalmos paralítico de diversas etiologías fueron tratados con la colocación de pesas de oro en el párpado superior. La parálisis facial afecta al músculo orbicular con la incapacidad consiguiente de la oclusión del ojo. Si bien esta metodología es de larga data, ya que fue descrita por Smellie en 1966, este método estático procura un mejoramiento en el cierre del párpado e igualmente en el aspecto estético, ya que sólo se observa un leve engrosamiento del párpado, sin traslucirse la coloración del implante de oro. Nos parece un procedimiento de gran valor para el tratamiento de ésta patología.

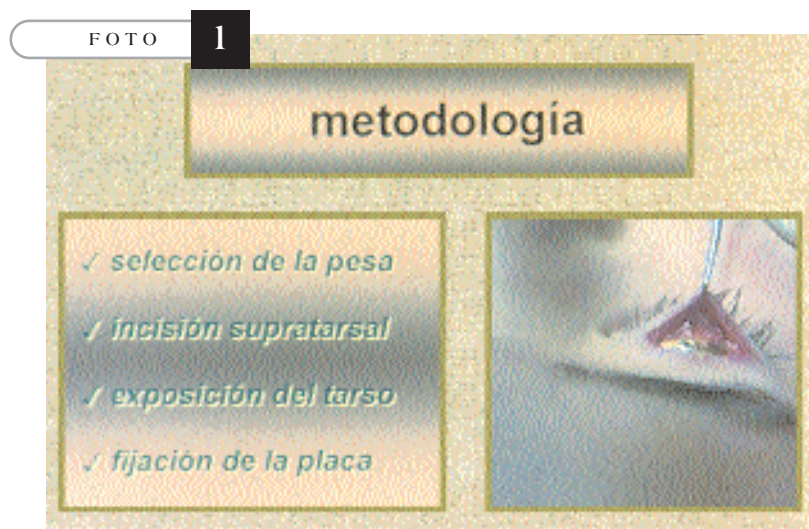
Material y método

Se trataron ocho pacientes quienes presentaban lagofthalmos de diferentes etiologías: poscirugía de linfangioma de cara y cuello, que involucraba el VII par, posmordedura de perro con desgarró y arrancamiento del VII a nivel de su desembocadura en el agujero estilomastoideo; posparotidectomía oncológica (adulto); postraumatismo de base de cráneo; pos-sepsis con absceso parotídeo y pérdida de sustancia. La elección del oro de 24 quilates como material de implante está determinada por su alta gravedad específica, por ser prácticamente no reactivo y por la mimetización de su coloración con los tejidos del párpado. El peso apropiado para cada paciente se determinó por medio de la utilización de prótesis de ensayo, las cuales son adheridas al pár-

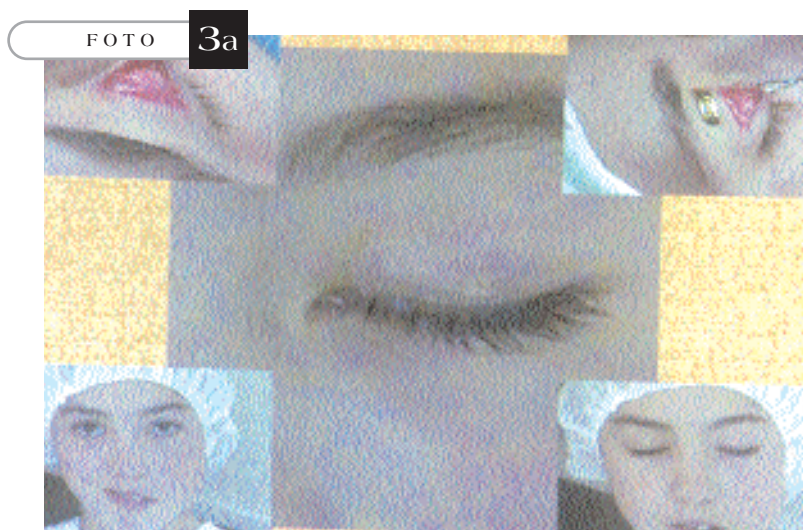
pado con una cinta engomada.

Técnica quirúrgica: se realizaron incisiones supratarsales, con exposición del tarso hasta el borde palpebral inferior, fijación de la pesa de oro con nylon 6-0 a través de los orificios correspondientes.

Se realizó en dos casos cirugía complementaria del ectropion paralítico del párpado inferior (Cantopexia-Kuhnt-Szymanowski-cantoplastia). Se colocaron pesas de oro de 1,4 a 1,6 g.



PESAS DE ORO DE 1,4 A 1,6 G.



POS CIRUGIA DEL LINFANGIOMA CERVICOFACIAL ISQUIERDO.

FOTO

3b



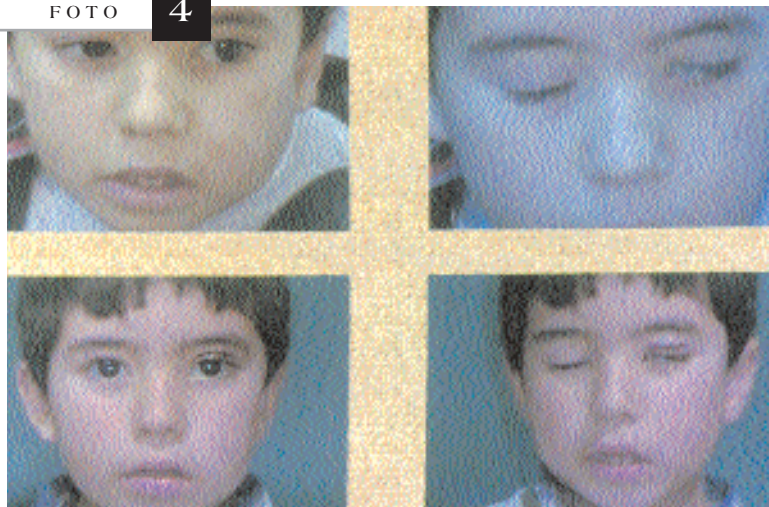
FOTO

3c



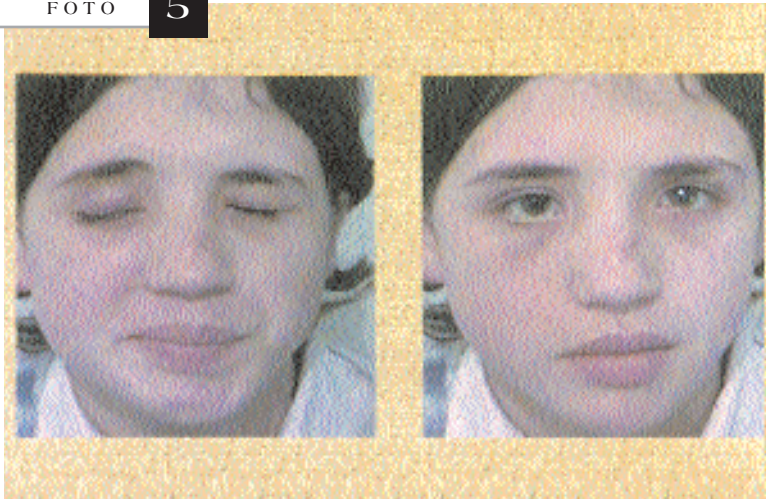
FOTO

4



PRE Y POSOPERATORIO DE LESIÓN VII PAR POR MORDEDURA DE PERRO.

FOTO 5



TRAUMATISMO DE BASE DE CRÁNEO.

FOTO 6



PRETRAUMATISMO DE BASE DE CRÁNEO.

FOTO 7



POSTRAUMATISMO DE BASE DE CRÁNEO.



Resultado

En todos los casos se logró una buena función y oclusión palpebral. En los casos en que se utilizó cirugía complementaria se obtuvo mejoría de las alteraciones del párpado inferior. Los resultados estéticos fueron considerados como buenos, aunque algunos autores han descrito como complicaciones del procedimiento: relieve visible, edema persistente en párpado superior y extrusión.

Conclusiones

Consideramos que este método quirúrgico estático logra buenos resultados funcionales, es un recurso útil y resuelve el problema de la exposición corneal sin ocasionar gran morbilidad al paciente.

Bibliografía

1. Morel-Fatio D. Palliative surgical treatment of facial paralysis. *Plas. Rec. Surg.* 33:446,1964.
2. Smellie G. Restoration of the blinking reflex in facial palsy by a simple lid-load operation. *Brit.J.Plast. Surg.*,19:279,1966.
3. Marino H. Dynamic, static and complementary procedures in the treatment of paralysis of the orbicularis oculae. In *Proceedings of Second International Symposium on Plastic Surgery*.c.v. Mosby col. St. Louisville,1967.
4. Barclay F.R. Restoration of movement to the upper lid in facial palsy. *Brit.J.Plast. Surg* 257-261,1969.
5. Jobe R, A technique for lid loading in the management of lagophtalmos of facial palsy. *Plast. Rec. Surg.* 29-32,1974.
6. Van Laeken N. Facial paralysis: Principles of treatment, in *Text book of plastic, maxilofacial and reconsructive Surgery*. Second Edition Williams and Wilkins 1:592,1992.
7. Borodic G. Tarsorrafia e implantación de pesas de oro en Cirugía Plástica del párpado. *Atlas color*: 23-32. Ed. Panamericana, 1995.
8. Cheney M. *Facial Surgery, plastic and reconstructive*. Ed. Williams and Wilkins 688-692,1997.





Aplicaciones del Erbium láser, un nuevo enfoque

Dres. María Celia Romani* Enrique Gabliardi**

* Médica Cirujana Plástica. Clínica San Roque, Lobos, Pcia. de Buenos Aires

** Médico Cirujano Plástico. Profesor Titular Cátedra de Cirugía Plástica de la Universidad Católica Argentina.

Resumen

Mucho se ha escrito sobre las virtudes del Erbium láser, su superficialidad, la precisión de su rayo, los efectos colaterales mínimos y la rápida recuperación del paciente aventajándose así al CO2.

Por esto, el Erbium láser es ampliamente reconocido como un método eficaz para las lesiones de piel superficiales.

En este trabajo se enumeran las lesiones factibles a ser tratadas con el Erbium láser y se describen ciertas características de las mismas considerando estos detalles como determinantes para la efectividad del tratamiento. A su vez se detalla la técnica terapéutica para cada una de las lesiones ya que hemos observado escasez bibliográfica al respecto.

Otra gran ambición del trabajo es redescubrir al Erbium láser como tratamiento efectivo para lesiones, de piel más profundas y arrugas pronunciadas, mediante múltiples sesiones. Alcanzando resultados similares al CO2 y con las ventajas de la rápida recuperación del Erbium láser, asumiendo como única desventaja las múltiples sesiones.

Como conclusión el Erbium láser es un método simple, eficaz y con muchas ventajas sobre el resto de los tratamientos.

Su efectividad depende de una técnica adecuada para cada lesión, una buena elección de las lesiones de piel a tratar y de las múltiples sesiones en el caso de mayor profundidad.

Summary

Much has been written about the Erbium Laser, its superficialness, the precision of its beam, the minimum side effects and

the quick recovery of the patients, taking advantage of the CO2 Laser.

Because of this the Erbium Laser is widely recognized as an effective method for mild skin lesions.

In this study the lesions feasible to be treated with the Erbium Laser are enumerated and certain characteristics are described. These details can determinate the effectiveness of the treatment.

It also describe the technical therapeutics for each of this lesions.

Another great goal is to redescover the Erbium Laser as an efficacious method for deeper rhytids by means of multiple sessions. Achieving similar results as the CO2 Laser and without any down time, the Erbium Laser assume the multiple sessions as the unique disadvantage. Combinig with the Botulinum toxin the number of sessions are diminished.

The Erbium laser is a simple and effective method with great advantages over any other therapies. Its effectiveness depends on the correct technique and a proper choice of the skin lesions to be treated.

Introducción

Mucho se ha escrito sobre las virtudes del Erbium láser y las diferencias con el CO2.

El Erbium láser consiste en un método "elegante y prometedor para el tratamiento de las lesiones faciales"(40), aceptando que no reemplaza al facelift o blefaroplastia.(32)



Entre sus ventajas conocemos sobre la precisión de su rayo, el mínimo efecto colateral del calor, la rápida recuperación del paciente.

En este trabajo vamos a enumerar las aplicaciones del Erbium láser, modificar el concepto de tratamiento superficial del mismo y precisar la técnica terapéutica. Consideramos que la efectividad del tratamiento depende de la elección de las lesiones cutáneas a tratar y de una técnica adecuada para cada caso.

Desarrollo

El Erbium Yag láser es más eficaz para arrugas cutáneas leves fotoinducidas, cicatrices atróficas, cambios de textura en fibrosis y dermatocalasia, si consideramos una sola sesión.

Varios autores afirman que el Erbium láser no logra el mejoramiento dramático clínico e histológico que alcanza el CO₂, pero presenta varias ventajas que lo convierten en una valorable adición al armamentarium de láser del cirujano.(2)

Pero hemos observado, apoyando la idea de algunos autores(42) y en contraposición a las opiniones que presentan al Erbium como tratamiento superficial, que con varias pasadas del mismo se logran efectos positivos en lesiones más profundas como arrugas y cicatrices. Alcanzando resultados similares al CO₂ y con las ventajas del Erbium que son la rápida reincorporación a su actividad, con mínimos efectos colaterales, precisión y seguridad.

La única desventaja es que son varias sesiones.

Para las arrugas profundas también combinamos la aplicación con Botox(53) una semana antes del tratamiento con Erbium láser. Hemos observado que algunos pacientes no requieren más sesiones de láser.

También valoramos la posibilidad de realizar un peeling suave con el Erbium láser a poca intensidad en pacientes jóvenes que no presentan lesiones profundas o aquellos que sólo quieren una modificación superficial. y no desean realizar varias sesiones.(27)

En cuanto a las lesiones de piel (nevus, lesiones verrugosas) constatamos que es de gran importancia tener en cuenta el diámetro de las mismas para garantizar su exéresis con Erbium láser.

En contraposición a algunas técnicas que dan por terminado su tratamiento al eliminar la zona sobreelevada de la lesión de piel, se debe eliminar la raíz. Para esto se requiere que el tamaño de la misma no sea mayor a 3 mm aproximadamente para poder realizar su exéresis antes de que comience el sangrado.

También se puede dividir el tratamiento de la misma en sesiones, pero hemos visto que en las de mayor tamaño y pigmentadas se elimina la zona sobreelevada y persiste su pigmento.

Lo que realizamos en estos casos es elevar la lesión cuando es posible y eliminar la base.

Si comparamos con la resección quirúrgica de estas lesiones de piel observamos que con el Erbium láser la maniobra es simple, se requieren menos elementos y los gastos sanatoriales son nulos. Pocas veces se necesita infiltración anestésica y muchas veces se han realizado lesiones pequeñas o superficiales sin EMLA.

Utilizamos infiltración anestésica en niños pequeños y EMLA en superficies mayores a 2 cm sin importar la edad del paciente.

Otra diferencia importante con la resección quirúrgica es que no se necesita sutura.

Como vemos la escisión de la lesión es más simple y requiere menos insumos. Lo importante es la buena elección de las lesiones factibles a ser tratadas con Erbium láser.

Material y método

Se enumera y se describe las patologías tratables con Erbium láser.

1. Arrugas faciales: es conocida la efectividad del Erbium láser en arrugas finas.

En cuanto a las arrugas profundas hemos constatado que se logran muy buenos resultados en varias sesiones, como afirman otros autores(42)

Arrugas profundas:

Se realiza en la primer sesión una pasada de 1000 mJ 8 Hz , 5 mm de diámetro de spot.

En las otras dos sesiones, dos pasadas de 1000 mJ, 8 Hz y 5 mm de spot. Luego en las crestas de los pliegues con un spot de 1,6 mm, 300 mJ y 8 Hz, tres o cuatro pasadas.

El número de sesiones es hasta lograr un resultado óptimo. El tiempo entre la 1ª y la 2ª sesión es de un mes y entre las siguientes de 3 meses.

2. Lesiones verrugosas: El Erbium láser es efectivo en lesiones de menos de 3 mm de diámetro aplicando 500mJ, 1,6 o 3 mm de spot y 8 Hz. Otra posibilidad es tomar la lesión y elevarla para tratar la base con láser, posibilitando así enviar la pieza a anatomía patológica si se quisiera.

3. Nevus: el Erbium láser es efectivo para eliminar lesiones menores a 3 mm de diámetro, con 500 mJ, 1,6 de spot y 8 Hz.

Si es mayor se aplica la técnica anterior tomando la lesión y aplicando el láser en la base, ya que si intentamos eliminarlas hemos visto que si son de 5 mm o más y pigmentadas, se logra eliminar el tumor pero no el pigmento.

4. **Xantomas:** se aplica 500 mJ, 1,6 mm de spot y 8 Hz aplicando el láser en forma lineal para incidir la piel y luego eliminar la grasa subcutánea.
5. **Lesiones pediculadas:** se secciona el pedículo tomando con pinzas la lesión, 1,6 mm de spot, 500 mJ y 8 Hz.
6. **Telangiectasias:** sabemos que no es el Erbium láser específico para estas lesiones. Nosotros lo utilizamos para pequeñas telangiectasias faciales con un nodo central. Aplicamos 1,6 mm de spot, 300 mJ.
7. **Cicatrices de acné:** en zonas extensas preferimos realizar múltiples pasadas tal como preconiza Paolo Mezzana.

En cicatrices aisladas hacemos una pasada de 3mm-spot x 300 prof. por 5 veloc. Luego las crestas a 300 prof, 1,6 spot x 5 veloc.

8. **Queratosis:** cobran importancia como lesiones premalignas. Consideramos que con este tratamiento simple prevenimos que se malignisen. Se aplica 300 mJ, 3 mm de spot y 8 Hz.
9. **Máculas en manos,** 2 pasadas de 500 5 spot, 8 veloc, en varias sesiones hasta lograr el resultado esperado por el médico y el paciente.
10. **Cicatrices:**
 - Cicatrices hipertróficas:** se aplica sobre el tumor 300 mJ/500 mJ, 3 mm de spot a 8 Hz. Si es necesario, en varias sesiones.
 - Cicatrices hipotróficas:** se aplica 300 mJ/500 mJ a 8 Hz y un spot de 3 mmm, en los bordes 2 o 3 pasadas y 100 mJ en la cicatriz sólo una pasada.

Casos

Caso 1

Paciente de 81 años que presenta queratosis actínica en punta nasal, con antecedente de epiteloma espinocelular ressecado de dorso nasal y canto externo del ojo derecho. Se realiza su tratamiento con láser y se obtiene muy buen resultado (Fotos 1 y 2).



FOTO 1. PRETRATAMIENTO.

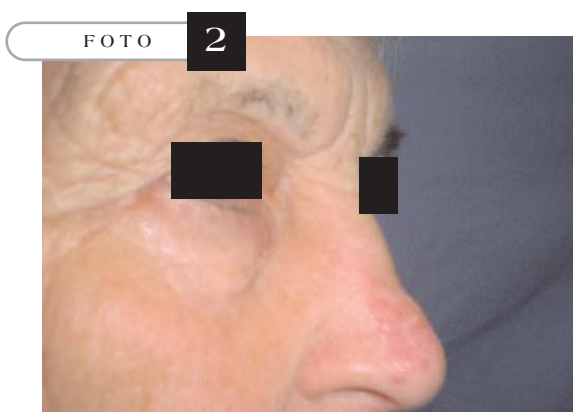


FOTO 2. A LOS 7 DÍAS POS-TRATAMIENTO.

Caso 2

Paciente de 51 años que presenta xantelasmas en ambos párpados superiores. Se realiza su tratamiento con láser con buen resultado (Fotos 3 y 4).

FOTO

3



FOTO 3. PRETRATAMIENTO.

FOTO

4



FOTO 4. A LOS SIETE DÍAS DEL TRATAMIENTO.

Caso 3

Paciente de 54 años que presenta arrugas profundas de piel en región frontal, periocular y peribucal. Se realiza su tratamiento con Erbium láser en tres sesiones (Fotos 5, 6, 7 y 8).

FOTO

5



FOTO 5. PRETRATAMIENTO, FRENTE.

FOTO

6



FOTO 6. PRETRATAMIENTO, PERFIL.

FOTO

7



FOTO 7. POSTERIOR A LAS TRES SESIONES DE LÁSER, FRENTE.

FOTO

8



FOTO 8. POSTRATAMIENTO PERFIL.

Caso4

Paciente de 43 años con arrugas profundas en región periocular, glabellar y frente. Se aplica botox en las zonas a tratar una semana antes. Se realiza una sesión de Erbium láser (Fotos 9 y 10).



FOTO 9. PREVIO AL TRATAMIENTO CON BOTOX Y LÁSER.

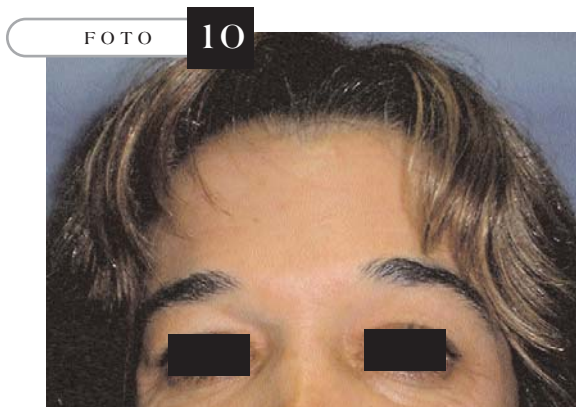


FOTO 10. A LOS 7 DÍAS POS-TRATAMIENTO.

Discusión

Vemos entonces la amplia aplicación del Erbium láser en Cirugía Plástica.

En la resección de las lesiones de piel, incluimos aquí todas las antes descriptas, lo debemos comparar con la escisión quirúrgica de las mismas.

En primer lugar esta práctica realizada con Erbium láser es más simple. En segundo lugar requiere menos gastos. No se necesita hilo de sutura, pocas veces se utiliza EMLA y casi nunca infiltración anestésica, de acuerdo a los criterios antes expresados. Si el aparato está en el consultorio, no requiere gastos sanitarios.

También aplicamos el Erbium láser con poca intensidad para peelings faciales. Comparándolo con los peelings químicos tenemos la ventaja de que podemos ir a más profundidad logrando mejores resultados sin las reacciones adversas y los riesgos de los ácidos. Con el Erbium láser el peeling es una sola sesión y es una maniobra simple, sí requiere cuidados del paciente en su casa pero no demasiados. Para obtener resultados más profundos con ácidos, éstos son muy riesgosos. En cuanto a los peelings con ácidos más suaves, son varias sesiones, hay que controlar el tiempo y siempre existe el riesgo de que el ácido pase a un plano más profundo o que la paciente haga una reacción adversa.

Consideramos que se complementan, ya que previo a un tratamiento profundo con Erbium láser es aconsejable realizar peelings ácidos.

La clave es la elección de los pacientes. Hay pacientes que quieren un resultado rápido, en una sesión pero sin demasiados efectos adversos ni realizar muchos cuidados postratamiento. Para estos casos, el Erbium láser aplicado con poca intensidad es el tratamiento de elección.

En cuanto a las arrugas profundas muchos son los autores que han dedicado muchísimo tiempo y trabajo para comparar el Erbium láser con el CO2 láser. Las conclusiones son que el CO2 es más profundo, los resultados son más rápidos pero es más riesgoso, son más los efectos adversos, la recuperación de la piel es más lenta, el daño de sus componentes es mayor y se han visto casos de cicatrices no deseadas. Reafirmamos en este trabajo la efectividad del Erbium láser en el tratamiento de las arrugas profundas. Ante la incomodidad de requerir varias sesiones se contrapone la seguridad del Erbium láser, la superficialidad del mismo, los casi nulos daños en los componentes de la piel y la rápida recuperación del paciente con su reinsertión a su actividad.

Al comparar el tratamiento de las arrugas profundas con Erbium láser frente a la dermoabrasión, observamos que el primero simplifica la maniobra quirúrgica,



el tiempo de duración de la práctica es más corto y el paciente no está tan molesto. El edema y el dolor posoperatorios son mayores con la dermoabrasión y el tiempo de evolución es más largo.

Si bien el paciente deberá ser sometido a dos o más sesiones para lograr el mismo resultado prioriza la rápida recuperación y su reincorporación a su actividad.

Si el tratamiento con Erbium láser de las arrugas profundas es acompañado con aplicación de Botox(53) en la zona a tratar una semana antes, muchas veces es suficiente con una sesión de láser a buena intensidad.

Similar es la comparación con las cicatrices de acné, simplificando con el Erbium láser su tratamiento aún al requerir varias sesiones.

En cuanto a las telangiectasias, el Erbium láser no compete con los láser específicos para esta aplicación ni con las aplicaciones esclerosantes, sólo que si se cuenta con este aparato y se presentan estas lesiones pequeñas y con un nodo central, su tratamiento es muy simple y efectivo con dicho láser.

Conclusiones

- Reafirmamos la efectividad del Erbium láser en lesiones cutáneas y defectos leves de piel.
- Consideramos su aptitud para realizar peelings faciales.
- Descubrimos su efectividad en lesiones cutáneas mayores elevándolas y eliminando la base.
- Valoramos su acción en las arrugas cutáneas más profundas aplicando múltiples sesiones.
- Proclamamos el uso de Botox como complemento y eliminar así las múltiples sesiones.
- Simplicidad, efectividad y buen resultado estético son cualidades importantes del Erbium láser por lo que lo consideramos como un instrumento esencial para el armamentarium del cirujano plástico.

Bibliografía

1. Clinical and histologic evaluation of six erbium:YAG lasers for cutaneous resurfacing. Alster TS. *Lasers Surg Med* 1999;24(2):87-92
2. Erbium:YAG cutaneous laser resurfacing. Alster TS, Lupton JR. *J Clin Laser Med Surg* 2000 Aug;18(4):203-7.
3. Famciclovir prophylaxis of herpes simplex virus reactivation after laser skin resurfacing. Alster TS, Nanni CA. *Dermatol Surg* 1999 Mar;25(3):164-7; discussion 167-8.
4. Laser treatment of imipramine-induced hyperpigmentation. Atkin DH, Fitzpatrick RE. *Clin Plast Surg* 2000 Apr;27(2):251-62.
5. Efficacy of erbium:YAG laser ablation in Darier disease and Hailey-Hailey disease. Beier C, Kaufmann R. *Arch Dermatol* 1999 Apr;135(4):423-7.
6. Xanthelasma palpebrarum: Treatment with the erbium:YAG laser. Borelli C, Kaudewitz P. *Lasers Surg Med* 2001;29(3):260-4.
7. Efficiency of disc ablation with lasers of various wavelengths. Choy DS, Altman P, Trokel SL. *J Clin Laser Med Surg* 1995 Jun;13(3):153-6.
8. Basic physics of erbium laser resurfacing. Coates J. *J Cutan Laser Ther* 1999 Apr;1(2):71-5.
9. Histopathologic and morphometric evaluation of the skin abnormalities induced by erbium: YAG and carbon dioxide lasers in 10 patients. De Noronha L, Chin EW, Menini CM, Knopfholz J, Rampazzo JC, Graf R. *Plast Reconstr Surg* 2001 Oct;108(5):1380-8.
10. Evaluation of the surface changes in enamel and dentin due to possibility of thermal overheating induced by Erbium:YAG laser radiation. Dostalova T, Jelinkova H, Krejsa O, Hamal H. *Scanning Microsc* 1996;10(1):285-90; discussion 290-1.
11. Lasers in skin resurfacing. Dover JS, Hruza GJ, Arndt KA. *Semin Cutan Med Surg* 2000 Dec;19(4):207-20.
12. Chemical injury to the eye from EMLA cream during erbium laser resurfacing. Eaglstein NF. *Dermatol Surg* 1999 Jul;25(7):590-1.
13. Collagen tightening induced by carbon dioxide laser versus erbium: YAG laser. Fitzpatrick RE, Rostan EF, Marchell N. *Lasers Surg Med* 2000;27(5):395-403.
14. Controversies in skin resurfacing: the role of erbium. Fleming D. *J Cutan Laser Ther* 1999 Jan;1(1):15-21.
15. Effect of surgical laser on collagen-rich tissue. Gebauer D, Constantinescu MA. *Handchir Mikrochir Plast Chir* 2000 Jan;32(1):38-43.
16. Hard tissue laser procedures. Gimbel CB. *Dent Clin North Am* 2000 Oct;44(4):931-53, viii.
17. The use of the erbium:YAG laser for the treatment of class III rhytids. Goldberg DJ, Cutler KB. *Dermatol Surg* 1999 Sep;25(9):713-5.
18. Laser resurfacing of the neck with the Erbium: YAG laser. Goldman MP, Fitzpatrick RE, Manuskiatti W. *Dermatol Surg* 1999 Mar;25(3):164-7; discussion 167-8.
19. In vivo model of histologic changes after treatment with the superpulsed CO(2) laser, erbium: YAG laser, and blended lasers: a 4- to 6-month prospective histologic and clinical study. Greene D, Egbert BM, Utley DS, Koch RJ. *Lasers Surg Med* 2000;27(4):362-72.
20. The validity of ex vivo laser skin treatment for histological analysis. A prospective controlled study. Greene D, Egbert BM, Utley DS, Koch RJ. *Arch Facial Plast Surg* 1999 Jul-Sep;1(3):159-64.
21. New facial rejuvenation techniques. Herne KB, Zachary CB. *Semin Cutan Med Surg* 2000 Dec;19(4):221-31.
22. Erbium: YAG laser resurfacing of the hands, arms, and neck. Jimenez G, Spencer JM. *Dermatol Surg* 1999 Nov;25(11):831-4; discussion 834-5.
23. Laser resurfacing of the skin for the improvement of facial acne scarring: a systematic review of the evidence. Jordan R, Cummins C, Burls A. *Br J Dermatol* 2000 Mar;142(3):413-23.
24. Laser resurfacing for facial acne scars (Cochrane Review). Jordan RE, Cummins CL, Burls AJ, Seukeran DC. *Cochrane Database Syst Rev* 2001;1:CD001866.
25. Treatment of multiple eruptive hair cysts with erbium: YAG laser. Kageyama N, Tope WD. *Dermatol Surg* 1999 Oct;25(10):819-22.
26. Differences in histochemical characteristics of gingival collagen after ER: YAG laser periodontal plastic surgery. Kesler G, Koren R, Kesler A, Kristt D, Gal R. *J Clin Laser Med Surg* 2000 Aug;18(4):203-7.
27. Laser peel: facial rejuvenation with a superficial erbium:YAG laser treatment. Khatri KA, Machado A, Magro C, Davenport J. *Cutan Laser Ther* 2000 Sep;2(3):119-23.
28. Skin contraction with pulsed CO2 and erbium:YAG laser. Kirn DS, Vasconez HC, Cibull ML, Fink BF. *Plast Reconstr Surg* 1999 Dec;104(7):2255-60.
29. Erbium-YAG laser-assisted preparation of deep sclerectomy. Klink T, Lieb W, Grehn F. *Graefes Arch Clin Exp Ophthalmol* 2000 Sep;238(9):792-6.



Revista Argentina de Cirugía Plástica
Aplicaciones del Erbium láser, un nuevo enfoque

30. Erbium: YAG laser--an improved periorbital resurfacing device. Kopelman J. *Semin Ophthalmol* 1998 Sep;13(3):136-41.
31. Treatment of scars with a pulsed Er:YAG laser. Kwon SD, Kye YC. *J Cutan Laser Ther* 2000 Mar;2(1):27-31.
32. Laser surgery in esthetic surgery. Review. Mang WL, Sawatzki K. *Mund Kiefer Gesichtschir* 1999 May;3 Suppl 1:S162-7.
33. Use of Erbium:YAG laser in the treatment of palpebral xanthelasma. Mannino G, Papale A, De Bella F, Mollo R, Morgia P, Gabrieli CB *Ophthalmic Surg Lasers* 2001 Mar-Apr;32(2):129-33.
34. Deep coagulation of dermal collagen with repetitive Er:YAG laser irradiation. Majaron B, Srinivas SM, Huang He, Nelson JS. *Lasers Surg Med* 2000;26(2):215-22.
35. Treatment of atrophic scars with Er:YAG laser: our experience. Mezzana P, Sonnino M, Madonna Terracina FS, Valeriani M. *Acta Chir Plast* 2001;43(1):26-8.
36. Limitations of erbium:YAG laser photorefractive keratectomy. Mrochen M, Semshichen V, Funk RH, Seiler T. *J Refract Surg* 2000 Jan-Feb;16(1):51-9.
37. Variable pulse erbium:YAG laser skin resurfacing of perioral rhytides and side-by-side comparison with carbon dioxide laser. Newman JB, Lord JL, Ash K, McDaniel DH. *Lasers Surg Med* 2000;26(2):208-14.
38. Histologic effect of a variable pulsed Er:YAG laser. Pozner JM, Goldberg DJ. *Dermatol Surg* 2000 Aug;26(8):733-6.
39. Skin resurfacing with the erbium:YAG laser. Price CR, Carniol PJ, Glaser DA. *Facial Plast Surg Clin North Am* 2001 May;9(2):291-302, ix.
40. Controlled cosmetic dermal ablation in the facial region with the erbium:YAG laser. Riedel F, Bergler W, Baker-Schreyer A, Stein E, Hormann K. *HNO* 1999 Feb;47(2):101-6.
41. Treatment of peri-ocular skin lesions with the erbium:YAG laser. Riedel F, Windberger J, Stein E, Hormann K. *Ophthalmologie* 1998 Nov;95(11):771-5.
42. One-pass CO₂ versus multiple-pass Er:YAG laser resurfacing in the treatment of rhytides: a comparison side-by-side study of pulsed CO₂ and Er:YAG lasers. Ross EV, Miller C, Meehan K, Pac, McKinlay J, Sajben P, Trafeli JP, Barnette DJ. *Dermatol Surg* 2001 Aug;27(8):709-15.
43. Comparison of carbon dioxide laser, erbium:YAG laser, dermabrasion, and dermatome: a study of thermal damage, wound contraction, and wound healing in a live pig model: implications for skin resurfacing. Ross EV, Naseef GS, McKinlay JR, Barnette DJ, Skrobal M, Grevelink J, Anderson RR. *J Am Acad Dermatol* 2000 Jan;42(1 Pt 1):92-105.
44. Nonablative skin remodeling: selective dermal heating with a mid-infrared laser and contact cooling combination. Ross EV, Sajben FP, Hsia J, Barnette D, Miller CH, McKinlay JR. *Lasers Surg Med* 2000;26(2):186-95.
45. Suction blister grafting for stable vitiligo using pulsed erbium:YAG laser ablation for recipient site. Sachdev M, Krupashankar DS. *Int J Dermatol* 2000 Jun;39(6):471-3.
46. Dermatologic surgery: pulsed erbium:YAG laser-assisted autologous epidermal punch grafting in vitiligo. Sachdev M, Shankar DS. *Int J Dermatol* 2000 Nov;39(11):868-71.
47. Lasers and adjunctive treatments for facial scars: a review. Sawcer D, Lee HR, Lowe NJ. *J Cutan Laser Ther* 1999 Apr;1(2):77-85.
48. Lasers in oral and maxillofacial surgery. Strauss RA. *Dent Clin North Am* 2000 Oct;44(4):851-73.
49. The filtrum remodelling with combined Er:YAG CO₂ laser resurfacing. Trelles MA, Garcia-Solana L, Rigau J. *J Cutan Laser Ther* 1999 Dec;1(4):225-8.
50. Atrophic facial scars secondary to discoid lupus erythematosus: treatment using the Erbium:YAG laser. Tremblay JF, Carey W. *Dermatol Surg* 2001 Jul;27(7):675-7.
51. Postoperative laser care. Weinstein C. *Clin Plast Surg* 2000 Apr;27(2):251-62.
52. Modulating the Er:YAG laser. Zachary CB. *Lasers Surg Med* 2000;26(2):223-6.
53. Effect of botulinum toxin pretreatment on laser resurfacing results: a prospective, randomized, blinded trial. Zimble MS, Holds JB, Kokoska MS, Glaser DA, Prendiville S, Hollenbeak CS, Thomas JR. *Arch Facial Plast Surg* 2001 Jul-Sep;3(3):165-9.





Ejercicio legal de la Cirugía Plástica



Dr. Patricio F. Jacovella *

*Subdirector Carrera de Especialista en Cirugía Plástica, Unidad Académica Clínicas. UBA. Docente Autorizado UBA.

P. F. Jacovella: Guido 1754 PB (1016) Buenos Aires – Rep. Argentina
E mail: pjacovella@elsitio.net

Resumen

Históricamente, en el siglo XIX existían ideas basadas en la presunción de absoluta idoneidad por parte de los médicos y los errores, si existían, eran atribuidos a fatalidades del destino.

En los últimos tiempos, la Medicina y sobre todo la Cirugía Plástica, ha experimentado un progreso vertiginoso y a su vez ha sufrido cuestionamientos en varios aspectos entre ellos el legal. Con este panorama, es necesario tomar conciencia y conocer el marco legal donde se desempeña el especialista en cirugía plástica.

Se transcriben los artículos de las leyes 17.132 y 23.873, referidas al uso del título de especialista.

Se definen los nuevos requisitos para anunciarse como especialista y se analiza la obligación de poseer título o certificado para ejercer la especialidad.

Se analizan las diferencias entre "título" y "certificado" y se definen conceptos de certificación y re certificación, a la vez que se resalta su importancia en la práctica diaria.

1. Diagnóstico de situación

La medicina y el derecho conviven desde hace tiempo y han buscado en la era contemporánea mayores puntos de contacto entre sí.

Desde la época de Hipócrates en la que los romanos encuadraron su ciencia según ciertas normas de derecho, pasando por la fundación del Instituto de Medicina Legal en Buenos Aires en 1920 hasta la actualidad, numerosos autores se han ocupado de desarrollar temas referidos a ambas disciplinas.

A mediados del siglo XIX existía una tendencia que sus-

tentaba ideas basadas en la presunción de absoluta idoneidad por parte de los médicos, sin posibilidad alguna de discutir su arte y su ciencia. Los errores, si aparecían, eran atribuidos a fatalidades del destino y no existía la más remota posibilidad de ser juzgados y ni cuestionados.

En los últimos tiempos, la medicina ha experimentado un progreso vertiginoso y a su vez ha sufrido cuestionamientos en varios aspectos entre ellos el legal.

El derecho a su vez ha desarrollado mecanismos de regulación de la práctica médica, mediante legislación que no siempre tiene en cuenta las situaciones críticas frecuentes en la actualidad.

El tema de la mala praxis ha pasado a tener tanta relevancia, que es una actitud errónea, de alta necesidad, por negación o soberbia de los propios médicos, no reconocer que esta sombra existe y permanece latente en cada uno de los gestos del acto médico.(1)

La mala praxis es acogida por el derecho algunas veces con reservas lógicas y otras con amplitud desaprensiva que la hace semillero de planteamientos oscuros. (2)

La Cirugía Plástica es una de las especialidades médicas que más recibe demandas por presunta mala praxis médica, sobre todo por resultados de operaciones estéticas. Si bien los reclamos judiciales por situaciones vinculadas al acto médico han existido desde la antigüedad, la actual proliferación de demandas por mala praxis en cirugía plástica es alarmante y sugiere investigar sobre el tema.

Este diagnóstico de situación amerita una profunda reflexión que debe comenzar por la toma de conciencia acerca de los encuadres legales de la especialidad.



2. Aspectos legales

2.1. Ejercicio legal de la medicina

La República Argentina, define a través de su ley Nro. 17.132/67, el ejercicio legal de la medicina.

"Se considera ejercicio de la medicina anunciar, prescribir, indicar o aplicar cualquier procedimiento directo o indirecto de uso en el diagnóstico y/o tratamiento de las enfermedades de las personas o a la recuperación, conservación y preservación de la salud de las mismas, el asesoramiento público o privado y las pericias que practiquen los profesionales comprendidos en el artículo 13" (texto original de la ley 17.132/67 artículo 2, inciso "a")

2.2. Concepto de médico según la Organización Mundial de la Salud

"Médico es la persona, que después de satisfacer las normas de ingreso a una escuela de medicina reconocida, termina con éxito el programa oficial de estudios de medicina, obtiene la preparación académica requerida y cumple los requisitos indispensables para que la autoridad competente le reconozca el derecho a ejercer la medicina, de conformidad con los principios de la deontología médica, en la asistencia individual y colectiva, según su leal saber y entender".(3,4)

2.3. Los especialistas médicos según la ley

2.3.1. Ley 17.132, capítulo II, artículo 21, original

Para emplear el título de especialista y anunciarse como tales, los profesionales que ejerzan la medicina deberán acreditar alguna de las condiciones siguientes:

- a) Ser profesor universitario en la materia.
- b) Poseer título de "especialista" o de capacitación especializada otorgado por universidad nacional o privada y habilitado por el Estado nacional.
- c) Poseer certificado de "especialista" otorgado por el Colegio o Sociedad Médica reconocida de la especialidad y siempre que tales entidades hagan cumplir las siguientes exigencias: acreditar antigüedad en el ejercicio de la especialidad, valoración de los títulos, antecedentes y trabajos y examen teórico-práctico. En cada caso la autoridad respectiva, fijará las condiciones mínimas que exigirá para el reconocimiento.
- d) Poseer certificado de "especialista" otorgado por la Secretaría de Estado de Salud Pública, previa certificación de la antigüedad de cinco años en el ejercicio de la especialidad en servicios hospitalarios aprobados y previamente reconocidos por la mencionada Secretaría.

2.3.2. Ley 23.873 que reforma el artículo 21 de la Ley 17.132

Esta nueva ley, fijó los nuevos requisitos para emplear el título o certificado de especialista y las condiciones para su revalidación. La adecuación a tales requerimientos resulta no solamente útil por prestigio médico sino por las consecuencias de tipo civil, penal y administrativo de su incumplimiento.(5)

El nuevo artículo 21 queda entonces de la siguiente manera:

Para emplear el título o certificado de especialista los médicos deberán obtener la pertinente autorización del Ministerio de Salud y Acción Social, quedando a su cargo acreditar alguna de las siguientes condiciones:

- a) Poseer certificación otorgada por comisiones especiales designadas al efecto por la autoridad de aplicación, en las condiciones que se reglamenten, las que deberán incluir como mínimo acreditación de 5 (cinco) años de egresado y 3 (tres) de antigüedad de ejercicio de la especialidad, valoración de títulos, antecedentes y trabajos, y examen de competencia.

Esta resulta la novedad legislativa más importante ya que prevé la conformación de comisiones de evaluación por parte del Ministerio de Salud y Acción Social a cuyo cargo quedará la reglamentación de su funcionamiento.(5)

- b) Poseer el título de especialista o de capacitación especializada otorgado o revalidado por universidad nacional o privada reconocida por el Estado,
- c) Ser profesor universitario por concurso en la materia y en actividad
- d) Poseer certificación otorgada por entidad científica de la especialidad reconocida a tal efecto por la autoridad de aplicación, de acuerdo a las condiciones reglamentarias
- e) Poseer certificado de aprobación de residencia profesional completa, no menor de 3 (tres) años extendido por institución pública o privada reconocida a tal efecto por la autoridad de aplicación y en las condiciones que se reglamenten.

Esta Ley 23.873, reglamentada en marzo de 2003 establece que para anunciarse como especialista es necesario estar certificado y que ese certificado debe revalidarse cada cinco años.

Siguiendo a Galmés(6) es importante diferenciar los alcances de los títulos y certificados según el organismo que los otorgue. Los títulos son otorgados por las universidades, dependientes del Ministerio de Educación y no tienen vencimiento. Los certificados en cambio son



otorgados por el Ministerio de Salud Pública y deben renovarse cada cinco años.

Por último es interesante comentar siguiendo a Sproviro,(2) que la ley, a través de sus disposiciones, se expla-ya en todo lo relativo a la responsabilidad del médico, pero poco o nada habla de los derechos inherentes a la condición profesional.

2.3.4. Obligación de ser especialista

Es digno de comentar que la ley dice: "emplear el título de especialista y anunciarse como tal", pero en ningún párrafo alude a la obligación de poseer el título para ejercer la especialidad. Este vacío es aprovechado por gran cantidad de médicos, que sin ser especialistas en cirugía plástica, efectúan intervenciones propias de la especialidad, simplemente avalados por su matrícula profesional.(7)

3. Certificación y re-certificación de especialistas

3.1. Certificación

El mejoramiento de la calidad de la atención médica y la racionalización de los recursos de salud, constituyen factores clave de los sistemas sanitarios modernos en todo el mundo.(8)

En marzo de 1997, el Ministerio de Salud y Acción Social de la República Argentina, anunció la sanción del decreto 1424/97, por el que se establece la obligatoriedad de aplicación del Programa nacional de Garantía de Calidad de Atención Médica, en los hospitales públicos y obras sociales.(8)

Uno de los factores más importantes en calidad de la atención médica es la idoneidad de sus profesionales, característica que puede ser evaluada mediante la certificación.

La certificación de los médicos supone la evaluación de su calidad profesional, independientemente de la matrícula habilitante. Se plantea como un proceso voluntario, disponible a través de sociedades científicas sin fines de lucro.

Los organismos habilitados para otorgar la certificación son: el Consejo de Certificación de Profesionales Médicos, con sede en la Academia Nacional de Medicina, fundado el 20 de noviembre de 1991, la Asociación Médica Argentina y los Colegios Médicos Provinciales.

3.2. Recertificación

La recertificación es un acto por el cual el profesional previamente certificado se presenta ante sus pares, para que éstos evalúen su trabajo, sus condiciones y cualida-

des en forma periódica.(9)

El inicio de la actividad en el país, fue efectuado por la Asociación Argentina de Cirugía, a través de su Comité Colegio de Cirujanos en 1987 y 1988.

En 1994 la Asociación Médica Argentina presentó su Programa de Recertificación Asistencial para todas las especialidades reconocidas por el Ministerio de Salud y constituyó el Comité de Recertificación (C.R.A.-M.A.).(10)

Es importante hacer hincapié que en países más desarrollados, los propios pacientes son quienes conocen acerca de la existencia de este tipo de entidades y eligen entre médicos con certificación.

Similares criterios rigen en la Comunidad Económica Europea, para certificar la idoneidad de los especialistas.

4. Comentarios y jurisprudencia

La pertenencia a sociedades científicas y la asistencia a hospitales son actividades voluntarias, consideradas de importancia en el ambiente científico ya que proponen protocolos médicos probados según "lex artis".(11)

Para Marten(12) en los Estados Unidos de Norteamérica, debería existir una matrícula de especialista, otorgada después de obtenida la especialidad y pasado el examen de certificación del Consejo Norteamericano de Cirugía Plástica. De esta manera se terminaría con la práctica de la cirugía plástica por parte de médicos ajenos a la especialidad. Según este autor, si se define y regula el vasto campo de la medicina para bien de todos los integrantes del sistema sanitario, cada individuo tendrá suficiente para hacer en su campo específico y los verdaderos ganadores serán los principales protagonistas de esta obra: los pacientes.

Al respecto, existe jurisprudencia que avala estos conceptos, según se transcribe:

1) "Tratándose de cirugía meramente embellecedora, que si bien es una ciencia, también es una técnica con un componente artístico, no resulta excesivo exigir del profesional interviniente refinados conocimientos y destrezas que, indudablemente, se traduzcan en los resultados concretos que es dable esperar, conforme a expectativas razonables. La aludida actividad del cirujano, no parece parangonable con la de médico en general, ni con la del cirujano no plástico, salvo excepciones concretas. Ello es así, por las características del paciente (no enfermo, en realidad), por la finalidad de la intervención (embellecimiento de aquél) y por las modalidades técnicas empleadas".



(CN Civ., Sala L, noviembre 19, 1997.- Z., M. c/ P. G.E. y otro. La Ley, 1998-E, J. Agrup., caso 13.239)

2) "La diligencia exigible a un médico especialista es mayor que la que corresponde a quien no lo es, pues aquél reúne ciertas calidades que pueden erigirse en motivos

determinantes de la voluntad del paciente para elegirlo y celebrar el contrato de locación de obra."

(Sala CC San Isidro, Sala I. Abril 11, 1989. O., E. y otro c. P. A. E. Digesto Jurídico, 1989-IV, 373.)

Bibliografía

1. Hurtado Hoyo, E.: El síndrome judicial. Revista de la Asociación Médica Argentina, 108 (3) :6, 1995.
2. Sproviero, J.: Mala praxis, presentación jurídica del médico. Editorial Abeledo Perrot. Buenos Aires, 1994.
3. Achaval, A.: Manual de medicina legal. Abeledo Perrot. Buenos Aires, 1994.
4. Bonnet, E.F.P.: Medicina Legal. López Libreros Editores. Buenos Aires, 1980.
5. Parise, C.M.: El título de especialista. Revista Praxis Médica, año 2, número 3, Buenos Aires, 1998.
6. Galmés M A: Certificación y recertificación de especialidades médicas. Estado actual. Revista de la Asociación Médica Argentina, 115 (4): 3, 2002.
7. Jacovella, P.F.: Aspectos medico legales de la cirugía plástica. Premio "José Belbey 2003". Biblioteca de la Asociación Médica Argentina.
8. Arce, H.; Azar, A.; García Díaz, C.; Loyola, L. et al.: Evaluación de la calidad de atención médica, a propósito del decreto 1424/97. Boletín del Consejo de Certificación de Profesionales Médicos. Año 4, número 12. Buenos Aires, 1998.
9. Wasmosy, J. B.; Galmés, M. A. y Hurtado Hoyo, E. (relator): Programa de Recertificación de la Asociación Médica Argentina. Revista de la Asociación Médica Argentina, 103 (3):116.
10. Arribalzaga, E.B. y Jacovella, P.F. : Recertificación en cirugía. Sem.Med, 170:84, 1987.
11. Choclán Montalvo, JA: Deber de cuidado y delito imprudente. Bosch. Barcelona, 1998.
12. Marten, E.: The Medical Professional in the Next Millennium. Plastic and Reconstructive Surgery, 103: 1311, 1999.



Recordando a los que nos precedieron: Prof. Dr. Ernesto F. Malbec (Cirujano Maestro)

Somera reseña de sus antecedentes (por la Dra. Martha O. Mogliani)

El Cirujano Maestro, Prof. Dr. Ernesto Malbec nació el 9 de marzo de 1903 en la ciudad de Avellaneda en la provincia de Buenos Aires.

Se graduó en la Facultad de Ciencias Médicas de la Universidad Nacional de Buenos Aires, el 13 de septiembre de 1929.

El Prof. Dr. Ernesto Malbec realizó, dentro de la medicina y en especial de la Cirugía Plástica una tarea que, sin ánimo de exagerar podríamos calificar de ciclópea, desde la mesa de operaciones, en la cátedra, en las conferencias, en los trabajos científicos y hasta en los libros.

Su agudo poder de observación, su capacidad y habilidad quirúrgica, su per-

manente contracción al estudio y lecturas científicas lo llevaron a ocupar los más distinguidos cargos de la especialidad tanto en nuestro país como en el exterior. Fue el creador de nuevas técnicas quirúrgicas y el innovador de otras. Su exigencia profesional fue muy grande para él y sus discípulos, su generosidad y solidaridad también lo fueron.

En su larga carrera ocupó los cargos de Presidente del

Centro de Estudiantes de Medicina, de la Federación Universitaria Argentina.

En el Hospital G. Rawson se desempeñó como cirujano en el Servicio del Prof. Alejandro Cevallos.

En 1934 es nombrado Jefe de Consultorio Externo de Cirugía General en el Hosp. G. Rawson.

De 1937 a 1967 se desempeñó como Jefe de Cirugía Plástica del H. Ramos Mejía.



DRES. DIODATO, O. ORDUNA, U. DE SANTIS,
ERNESTO MALBEC Y H. MARINO.

En 1940 es uno de los miembros fundadores de la Sociedad Latinoamericana de Cirugía Plástica y es nombrado Miembro de Honor de dicha Sociedad.

En 1943 es miembro fundador de la Asociación Médica Argentina, miembro fundador de la Sociedad Chilena de Cirugía Plástica.

En 1947 es nombrado profesor adjunto de la Facultad de Medicina de La Plata.

Fue miembro honorario de la Sociedad de Cirugía de España, Italia, Francia y de la Sociedad Brasileña de Cirugía Plástica.

En 1953 fue el primer Presidente de la Sociedad Argentina de Cirugía Plástica.

En 1954 es nombrado miembro de la Asociación Británica de Cirugía Plástica y miembro honorario de la Sociedad de Cirugía Plástica de Nueva York.

En 1958 es nombrado miembro Honorario de la Acade-



mia Americana de Cirugía Plástica y Reconstructiva. En 1963 es reelecto por cuatro años como miembro del Comité Ejecutivo de la Confederación Internacional de Cirugía Plástica.

En 1968 es miembro titular fundador de la Sociedad Argentina de Patología Mamaria.

En 1970 recibe la distinción "Bisturí de Oro" otorgada por la Sociedad de Cirugía Plástica Brasileña (Rio de Janeiro, Brasil)

En 1971 es nombrado Cirujano Maestro de la Sociedad Argentina de Cirugía Plástica.

En 1971 es condecorado con la "Orden Nacional al Mérito" por el Presidente Dr. J. Velazco Ibarra (Ecuador).

En 1975 recibe un "Diploma de Honor y Medalla a los creadores y fundadores" en el VI Congreso Internacional de Cirugía Plástica y Estética. París, Francia.

En 1978 "Diploma de honor en reconocimiento a sus contribuciones científicas y por su extraordinaria labor educativa en favor de la Cirugía Plástica", en el II Congreso Iberoamericano de Cirugía Plástica en Méjico, donde es nombrado también "Profesor Emérito" ...
...Y así podríamos fácilmente llenar muchas páginas con su currículum vitae.

Para redondear este sucinto resumen de sus actividades, diremos que el Prof. Dr. Ernesto Malbec visitó 104 países, hizo demostraciones quirúrgicas y dio conferencias en 56 países de América, Europa, África y Asia.

Publicó 300 trabajos científicos en revistas tanto nacionales como extranjeras.

No sólo se destacó como cirujano, docente, conferencista, sino también lo hizo en el deporte. Fue Presidente del Racing Club de Avellaneda en los años 1933, 1934 y 1936. Interventor en el Club Atlanta, en 1934 y Presidente de la A.F.A. en 1935.

Publicó 8 libros: "Cómo se vive en Rusia" (1958), "Un mundo desconocido- Las Guayanas" (1961), "Yo los vi así" (Alemania- Finlandia- Polonia- Hungría- Checoslovaquia- Turquía), (1963), "Impresiones de un cirujano" (Mirando el mundo a través de la medicina) (1967), "Anecdotario de un cirujano plástico" (1º tomo) (1972), "Anecdotario de un cirujano plástico" (2º tomo) (1977), "Anecdotario de un cirujano plástico" (3º tomo) (1979), "Anecdotario de un cirujano plástico" (4º tomo) (En preparación), "Miserias humanas en el mundo" (En preparación).

Recordándolo... (Extractado del texto "La Cirugía Plástica en el Hospital Rawson- Período 1930-1955", de la presentación efectuada por el Prof. Dr. Jorge

Nicklison en un aniversario de dicho hospital)

A comienzos de la década del '30 en el Servicio a su cargo de Cirugía General del Dr. Enrique Finochietto, se comenzaron a realizar las primeras intervenciones correspondientes a nuestra especialidad. Correcciones de retracciones cicatrizales utilizando colgajos cutáneos de vecindad, sindactilias, etc.; todas ellas a cargo del Dr. Enrique Finochietto.

Pero el cultivo de la especialidad en forma exclusiva, estuvo a cargo del Prof. Dr. Ernesto Malbec, que se desempeñaba en el Servicio de Cirugía General dirigido por Prof. Dr. Alejandro Cevallos. Fue el primer cirujano que se dedicó exclusivamente a la cirugía plástica en nuestro país. Fruto de su intenso trabajo fue el número de pacientes que concurrían al hospital, y asimismo, la cantidad de trabajos que publicó en revistas de Medicina General, como La Prensa Médica Argentina y El Día Médico. Durante siete años realizó también numerosos viajes al extranjero.

En el año 1939 habiendo obtenido, el Prof. Dr. Alejandro Cevallos la titularidad de la Tercera Cátedra de Clínica Quirúrgica con sede en el Hospital Ramos Mejía, él mismo se trasladó llevando consigo al Dr. Ernesto Malbec donde desarrolló la parte más importante de su destacada trayectoria.

Los años transcurridos en el Hospital Rawson constituyeron un período de difusión de la especialidad en que el Dr. Ernesto Malbec dejó el recuerdo de una personalidad muy particular. Al margen de su actividad quirúrgica, había tenido una intensa actividad en la política universitaria, en épocas de duros enfrentamientos y posteriormente en Avellaneda realizó actividad política y dirigen- cial de fútbol, llegando a ser Presidente de Racing Club de Avellaneda.

Recordándolo... (por el Cirujano Maestro Dr. Ulises De Santis)

Conocí al Maestro Malbec el día 2 de mayo de 1955. Ese día fui acompañado por el Dr. Federico Dallorso, que había tenido la gentileza de interceder por mí ante su jefe, me presenté ante él y le conté mis deseos de dedicarme a la Cirugía Plástica. Por ese entonces Malbec estaba en el pico más alto de su prestigio profesional y, como además, era famoso por su fuerte carácter, mi enorme temor era a un violento rechazo o un largo y severo interrogatorio.

Sin embargo, cuando terminé de contarle mis aspiraciones, Malbec me miró, me estrechó la mano y me dijo:



"Bienvenido, desde hoy Ud. pertenece a este Servicio". Nunca terminaré de agradecerles al Prof. Malbec y al Dr. Dallorso, mi ingreso a tan hermosa especialidad. Estuve cinco años en su Servicio en el Hospital Ramos Mejía.

El Prof. Malbec era muy madrugador. Llegaba a las 6.30 hs. al hospital y enseguida comenzaba a operar. Como yo nunca llegaba antes de las ocho, sólo podía ayudarlo en la segunda intervención del día, siempre que la hubiera. Era admirable la precisión de sus movimientos quirúrgicos y su afán de crear nuevos procedimientos para tratar problemas que, hasta esos momentos, no tenían solución.

Tenía además, una personalidad muy atrayente: fuerte pero agradable. Un verdadero líder. Que atraía tanto que, a pesar de yo no haber sido un discípulo ideal, siguió siempre siendo como un jefe para mí. Una especie de jefe honorario, eterno. Y él, por su parte, se siguió considerando jefe de todos los que habíamos pasado por su Servicio y, cuando nos necesitaba, nos llamaba con su simpático autoritarismo.

Recuerdo que en ocasión de dos grandes desastres: primero el terremoto en Irán y años después, el de Nicaragua, el Prof. Malbec nos llamó y ahí nomás, en su departamento de la Av. Callao, en un rato organizó un equipo de media docena de cirujanos plásticos para ir al lugar de la catástrofe. Inmediatamente, se comunicó con la embajada correspondiente y ofreció al equipo. Claro que no nos llamaron en ninguna de las dos oportunidades, quizás porque lo que menos necesitaban eran cirujanos plásticos, pero nosotros, incluido el Prof. Malbec, que era el más entusiasta, estábamos con los instrumentos y las valijas listas para partir. Así era Malbec.

Recordándolo... (por el Dr. Miguel Bisso)

En mi vida profesional hubo un antes y un después al conocerlo. La primera vez que tuve una entrevista con el Prof. Dr. Ernesto Malbec, a las 6 de la mañana en el Hospital Ramos Mejía, me espetó, - "Tiene ganas de trabajar?", a lo que le respondí: - "De no tener ganas no me hubiera levantado tan temprano" y sobre el pucho me

dijo cámbiese y desde ese momento y por cuatro años permanecí como ayudante particular de él.

Como bien saben los que lo conocieron, era un hombre de un temperamento muy fuerte, con el cual dominó los hilos de su vida y mantuvo la autoridad en el quirófano. Su día comenzaba a las 6 hs. operando en el Hospital Ramos Mejía a las 9.30 hs. ya estábamos en el Sanatorio Otamendi hasta el mediodía. Su mundo se detenía en ese instante porque su compromiso ineludible era el almuerzo que le preparaba su hermana y más tarde su siesta a partir de las 16 hasta las 20 hs., donde volvía a operar en el Sanatorio Otamendi.

Decir Ernesto Malbec es decir perfeccionismo. Si no quedaba conforme con los resultados de una operación retiraba todos los puntos de sutura y solucionaba aquello que le desagradaba.

Su sentido de la solidaridad era muy grande ante cualquier hecho catastrófico que ocurriera en el país o en el exterior. Ofrecía sus servicios y los de sus colaboradores. Quería a sus pacientes, los trataba con mucho cariño. Recuerdo que en muchas intervenciones les decía "quedaste más bonita que Aurorita la caprichosa" o bien, "tan linda como la princesita de capultaro" aunque nunca supimos quien era la tal Aurorita o la tal Princesita pero sus pacientes lo estimaban en grado sumo.

Por su humor, me enteré que cuando en su Avellaneda compro un automóvil en una prestigiosa agencia y pasando los días el vehículo no le funcionaba bien y, tras reiteradas protestas, no conseguía nada, decidió cargar a un amigo que diera vueltas por la avenida principal con el automóvil al que le había colocado en su parte posterior un cartel que decía: "Adquirido en la agencia tal..., este vehículo no sirve". A los pocos días fue llamado por los agencieros que le entregaron un nuevo automóvil.

Se despertaba temprano se acostaba temprano. En varias reuniones cuando llegaba su hora de sueño saludaba a sus comensales y se iba a dormir. En cierta oportunidad, estando en el extranjero, llegada su hora de sueño se retiró del lugar saliendo por un tentador ventanal que daba al exterior siendo él el agasajado. Esta era una característica de su gran personalidad.





NOTICIAS SACPER

❖ XXXIV Congreso Argentino de Cirugía Plástica:

La Plata, del 31 de marzo al 3 de abril de 2004. Se realizará en el Teatro Argentino- Centro de Artes. Tendrá un Curso Pre Congreso con cirugías in vivo realizadas por prestigiosos invitados extranjeros.

Enviar trabajos con tiempo para poder incluirlos en el programa científico.

Comité Organizador

Comité Ejecutivo

Presidente Honorario: Dr. Leonardo Barletta

Presidente: Dr. Carlos Rodríguez Peyloubet

Vicepresidente I: Dr. José Vich Cantalops

Vicepresidente II: Dr. Rodolfo Rojas

Secretario General: Dr. Guillermo Vázquez

Secretario Adjunto: Dr. Jorge Canestri

Tesorero: Dr. Néstor Vincent

Secretario de Actas: Dr. Federico Deschamps

Comité Científico

Presidente: Dr. Carlos Perroni

Curso Internacional Pre- Congreso

Director: Dr. Jorge Herrera

La inscripción se abonar en 3 (tres) cuotas. Informes: Secretaría del Congreso: Sarmiento 1617- Local 39- Paseo La Plaza- (C1042ABE) Ciudad de Buenos Aires- Tel/ Fax: (54-11) 4371-3113- congreso2004@sacper.org.ar. Secretaría de la Sociedad: Av. Santa Fe 1611- 3º piso (C1060ABC) Buenos Aires. Tel.: (54-11) 4816-0346/ 3757- Fax: 4816-0342. <http://www.sacper.org.ar> E-mail: sacper@cirugiaplastica.org.ar / sacper@sacper.org.ar

❖ **Campañas Solidarias:** Para este año se seguirán realizando estas campañas solidarias que han resultado tan satisfactorias y gratificantes. Si bien no están confirmados los destinos, se planea la posibilidad de poder concurrir a cuatro provincias.

❖ Los colegas que cursaron el Curso Anual de Actualización en Cirugía Plástica 2003, podrán retirar certificado de asistencia en la secretaría de la SACPER, a partir del mes marzo del 2004. En este mismo lugar se anotarán a partir del 1/1/04 para rendir examen si lo desean. El mismo se llevará a cabo en la segunda quincena del mes de marzo de 2004.



NOTICIAS INTERNACIONALES

❖ XV Congreso de la Federación Ibero-latinoamericana de Cirugía Plástica – FILACP.

Sevilla- España. Del 8 al 11 de mayo de 2004. Informes: Sociedad Española de Cirugía Plástica (SECPRE). Tel: (34-91) 5765 995 – Fax: (34- 91) 4315 153. E-mail: info@secpres.org





Sociedad de Cirugía Plástica de Buenos Aires

Av. Santa Fe 1611- 3° (1060) Capital Federal. Tel: 4816-3757/ 0346- Fax: 4816-0342

Presidente: Dr. Juan Carlos Seiler
Vicepresidente: Dr. Carlos A. Reilly
Secretario General: Dr. José Francisco Nociti
Prosecretario General: Dr. César Nocito
Tesorero: Dr. Pablo José Ruiz

Actividades 2004 de la Sociedad de Cirugía Plástica de Buenos Aires

- Se continuará con las sesiones de los 1eros. y 3eros. martes de cada mes.
- Se hará una sesión de Homenaje a un Ex Presidente.
- Se realizará una sesión conjunta con la Sociedad Argentina de Cirugía Plástica, Estética y Reparadora y otra con la Sociedad Argentina de Quemaduras.
- Se llevará a cabo una sesión dedicada a Trabajos a Premio y otra sesión de examen a Miembro Titular de esta Sociedad.
- IX Simposio Internacional de Cirugía Plástica "Siglo XXI"

1 y 2 de octubre de 2004

Sede: Buenos Aires Sheraton Hotel & Towers

Profesores invitados: Foad Nahai, MD (USA)

Edgard Biemer, MD (Alemania)

José Guerrerosantos, MD (México)



Sociedad de Cirugía Plástica de Córdoba

Ambrosio Olmos 820 (5000) Córdoba
Tel.: (0351) 4607071 - Fax: (0351) 4683241

Presidente: Dr. Oscar Procikievicz
Vicepresidente: Dr. Luis Nahas
Secretario: Dr. Daniel Battezzati
Prosecretario: Dr. Marcelo Fuentes
Tesorero: Dr. Ricardo Demes



Sociedad de Cirugía Plástica de Mendoza

Olegario V. Andrade 496 (5500) Mendoza
Tel.: (0261) 4286844 - Fax: 0261-4286247

Presidente: Dr. Luis Sananes
sananes@lanet.com.ar
Tel 0261-425-1391
Vicepresidente: Dr. Alejandro Gutiérrez
janog@ciudad.com.ar
Tel:0261-4224860
Secretario General: Dr. Roberto Benedetto
rdbenedetto@hotmail.com
Tel:0261-4441317



Sociedad de Cirugía Plástica de La Plata

Calle 50 - N°374 - (1900) La Plata
Tel./Fax: (0221) 422-5111

Presidente: Dr. Federico Deschamps
Vicepresidente: Dr. Jorge Walter Canestri
Secretario: Dr. Roberto Lamonega
Tesorero: Dr. Gustavo D. Caputti



Sociedad de Cirugía Plástica de Rosario

Presidente: Dr. Ernesto a. Moretti
Vice-presidente: Dr. Gustavo Sandiano
Secretario general: Dr. Guillermo Siemieniczuk
Secretario actas: Dr. José Luis Lafontana
Tesorero: Dr. Edgardo Raggi

2dos. lunes de cada mes: Circuito médico, Rosario
(Reunión científica: 2 hs. on expositores locales y nacionales)

Actividad 2004-2005:
(Fechas a confirmar)

- Curso de Cirugía Plástica In VIVO, 2004.
- Curso de Cirugía Maxilofacial, 2004.
- Curso de Cirugía Dermatológica (en conjunto con la Sociedad de Dermatología de Rosario).
Jornada de complicaciones y malos resultados en Cirugía Plástica.
10 Reuniones científicas locales (2 por mes a cargo de relatores locales y nacionales).
1 Beca y Premio al mejor trabajo científico presentado (Jurado: miembros titulares de la Sociedad de Cirugía Plástica de Rosario).



Sociedad de Cirugía Plástica del Nordeste

Arturo Frondizi 986 - Torre I 10°C - (3500) Resistencia - Chaco
Tel/Fax: (03722) 435393

Presidente: Dr. Joel Cauderer
Vicepresidente: Dr. Walter Britos Romeo
Secretario: Dr. Jorge Díaz García
Prosecretario: Dr. Sergio Martínez
Tesorero: Dr. Jorge Ferreyra



Sociedad de Cirugía Plástica de Mar del Plata

Güemes 2968 P.A. (7600) – Mar del Plata - Argentina
TE: (0223) 486-2068 Fax: (0223) 4862068 E-mail: sacpermardelplata@hotmail.com

Presidente: Dr. Esteban H. Elena
Vicepresidente: Dr. Mario H. Magrini
Secretario General: Dr. Daniel F. Ruiz
Secretario de Actas: Dr. Sergio Pagani
Tesorero: Dr. José Luis Tesler



Sociedad de Cirugía Plástica de Tucumán

Colegio Médico de Tucumán- Las Piedras 496- (4000)
San Miguel de Tucumán
Tel./ Fax: (0381 4220658

Presidente: Dr. Miguel Angel Corbella
Vicepresidente: Dr. Hugo Mayer
Secretario: Dr. Roberto Serrano
Tesorero: Dr. León Dahan





5 preguntas para sacarse 10 puntos

1. Las quemaduras faciales

- a) Nunca deben ser escarectomizadas precozmente en los niños
- b) Deben ser escarectomizadas en forma conservadora dentro de los límites del área quemada
- c) Deben ser injertadas dentro de los 14 días de la que madura.
- d) Son la prioridad mayor en los grandes quemados.

2. La condritis supurativa post quemadura

- a) Generalmente ocurre dentro de las 2 semanas de la quemadura.
- b) Es más frecuente en quemaduras de espesor total que en las de espesor parcial.
- c) Puede evitarse con excisión agresiva de tejidos diaria.
- d) Es menos frecuente si se usan almohadas adecuadas.
- e) Puede ser prevenida con el uso de Sulfamylon.

3. El índice de éxitos para la reconstrucción mandibular con hueso no vascularizado es de:

- a) 30%
- b) 50%
- c) 70%
- d) 90%

4. ¿Cuál de las siguientes aseveraciones es cierta?

- a) La irrigación del cuero cabelludo es central.
- b) Hay numerosas anastomosis entre diferentes sistemas.
- c) Las anastomosis a través de la línea media se mantienen constantes durante toda la vida.
- d) Se desarrollan nuevas anastomosis a través de tejido cicatrizal.
- e) Dos o más territorios vasculares deben incluirse para asegurar la sobrevida de un colgajo.

5. ¿Cuál de las siguientes es la mejor guía para la colocación del ombligo en una abdominoplastia?

- a) 14 cm por arriba del pubis en la línea media.
- b) 14 cm por debajo del xifoides en la línea media.
- c) En la intersección de la línea media con una línea que una ambas Espinas ilíacas anterosuperiores (EIAS).
- d) En la intersección de la línea media con una línea que una los puntos más altos de las crestas ilíacas.

Resuestas
Nº 1 - c
Nº 2 - e
Nº 3 - c
Nº 4 - b
Nº 5 - d



La Revista Argentina de Cirugía Plástica es el órgano oficial de la Sociedad Argentina de Cirugía Plástica, Estética y Reparadora, Asociación Civil.

La solicitud de publicación de trabajos deberá dirigirse a Revista Argentina de Cirugía Plástica – Comité Editorial, Dra. Martha O. Mogliani; Av. Santa Fe 3401 17° C (1425) Buenos Aires. Tel: 4823-6139. E-mail: mmogliani@intra-med.net.ar.

CONSIDERACIONES GENERALES

Las decisiones relativas a la edición, revisión, aceptación o rechazo de los manuscritos serán tomadas por el Comité de Redacción en función de las recomendaciones realizadas por los revisores correspondientes. El Comité de Redacción tiene potestad para abreviar el artículo, reducir el número de ilustraciones o tablas o cambiar el formato. Los trabajos pueden ir acompañados por uno o más comentarios de colegas invitados si el Comité de Redacción así lo considerara. En cualquiera de estos casos se le comunicará al autor para su aceptación. Los artículos publicados pertenecen a la Sociedad Argentina de Cirugía Plástica, Estética y Reparadora y solo pueden ser reproducidos total o parcialmente en otras publicaciones con expreso consentimiento.

1. PREPARACIÓN DE MANUSCRITOS

Los trabajos se presentarán tipeados a doble espacio, incluyendo leyendas de figuras, bibliografía y tablas, en papel DIN A4, en una sola cara. Se dejará un margen superior, inferior, derecho e izquierdo de 3 cm.

Todos los trabajos se enviarán en español, con resumen en español e inglés, con dos copias.

Se acompañará un disco magnético de 3"5 HD, con el texto procesado en Microsoft® Word etiquetado con el título del artículo y los nombres de los autores. Las ilustraciones no se incluirán en el disco.

Se incluirá foto reciente en color del primer autor (opcional).

2. PÁGINA INICIAL

- Título completo del trabajo.
- Lista de los autores, incluyendo nombre, apellidos y grado académico.
- Procedencia/centro de trabajo de los autores.
- Nombre y dirección del autor con el que se establecerá la correspondencia.
- Pie de página indicando posibles subvenciones o ayudas re-

cibidas para la realización del trabajo.

3. RESUMEN DEL TRABAJO

Aparecerá en la segunda página. Se podrá estructurar en secciones y contendrá entre 100 y 200 palabras. En el resumen no deben aparecer siglas, abreviaturas ni referencias bibliográficas. Al final del Resumen se incluirán no más de tres "palabras claves" utilizando la lista del Medical Subject Headings del Index Medicus.

4. CUERPO DEL TRABAJO

Se debe ajustar a las normas ortográficas y sintácticas de los idiomas español e inglés. El contenido debe ser claro, conciso, coherente y lógico. Se debe evitar el empleo de abreviaturas o siglas a no ser que sean de uso muy común. En este caso, la primera vez que aparezcan deberán colocarse entre paréntesis y el término a que se refieren se escribirá completo. Ejemplo: Carcinoma basocelular (CBC).

Las citas bibliográficas se incluirán en el texto numeradas en orden de aparición.

El texto debe comprender los siguientes apartados:

A. INTRODUCCION. En ella se establecen las bases de conocimientos y el propósito del trabajo. Se incluirán tan sólo las referencias bibliográficas indispensables.

B. MATERIAL Y METODOS. Se describirán con detalle el material (pacientes o animales de experimentación), incluyendo criterios de exclusión e inclusión. Asimismo, se explicarán detalladamente los métodos y técnicas empleados en el desarrollo del trabajo. La metodología estadística utilizada también se detallará, incluyendo sistemas informáticos y programas de tratamiento de datos y estadísticas.

C. RESULTADOS. Los datos cuantitativos se deberán incluir en tablas o gráficos para evitar sobrecargar el texto y se numerarán por orden de citación en el texto, debiendo numerarse independientemente las Tablas y los Gráficos.

D. DISCUSION. En ella se comentan los hallazgos propios y se comparan los resultados con los obtenidos por otros autores.

E. CONCLUSION. Debe ser concisa.

F. AGRADECIMIENTOS. Se citará el nombre de personas o instituciones que hayan colaborado en ciertos aspectos del trabajo: revisión, análisis estadístico, traducción, etc.

5. BIBLIOGRAFÍA

Las referencias bibliográficas irán numeradas siguiendo el orden de aparición en el texto y serán exclusivas del tema cen-



tral de la publicación. El estilo de las referencias será el siguiente:

- Artículos de revistas: Letterman GL, Schurter H: Corrección quirúrgica de la ginecomastia. Am. J. Surg. 35: 322, 1969..
- Libros: Bostwick III. "Plastic and reconstructive breast surgery. Vol I". St. Louis: Quality Medical Publishing, Inc., 1990. Pp. 215-227.
- Capítulos de libros: Dellon AL. "Radical sensory nerve entrapment". En: Operative nerve repair and reconstruction. Vol. II. Editor: Richard H. Gelberman. Ed. JB Lippincott Company, Philadelphia, 1991. Pp 1039-1051.

6. ILUSTRACIONES

Las fotografías pueden ser remitidas en blanco y negro o en color. Las fotos en color serán publicadas sin ningún costo adicional para el autor. El tamaño aproximado será de 150 x 120 mm, bien contrastadas, enfocadas y no retocadas. Las que correspondan al "antes" y al "después" deben ser tomadas en la misma posición, distancia y luminosidad. Al dorso de la ilustración se adherirá una etiqueta en la que figurará una flecha que indique la posición, el número de ilustración y el nombre del primer autor. En las microfotografías se incluirá una barra de escala. Los dibujos deberán ser realizados por profesionales, preferentemente en tinta china y se enviará en original. En página aparte, detrás de la bibliografía se listarán las numeraciones y leyendas de las ilustraciones.

7. FOTOS PARA PUBLICAR EN REVISTA

Requisitos que deben reunir las fotos

Deben reunir las siguientes características:

- Cámara Digital: Si están tomadas con una cámara digital, la resolución de 200 dpi es suficiente. Deben guardarse en formato Tiff, Eps o JPG (preferentemente de Photoshop), en el modo CMYK.
- Scaneadas: Si están scaneadas, deben tener una resolución de 300 dpi en formato Tiff, Eps o JPG (preferentemente de Photoshop), en el modo CMYK.
- Blanco y Negro: En el caso que las fotos sean en blanco y negro, deben tener también una resolución de 300 dpi, en formato Tiff, Eps o JPG (preferentemente de Photoshop), en el modo Grayscale.

8. TABLAS Y GRÁFICOS

Se incluirán en hojas separadas, una por página.

A. Tablas: se presentarán sin sombrear y sin líneas interiores verticales ni horizontales. A su pie se explicarán las abreviaturas empleadas. A continuación se dispondrán el número (Tabla 1) y su título. Si se considera necesario se puede añadir un comentario a la tabla tras el título.

B. Gráficos: en el gráfico de barras se evitará el empleo de dis-

tintos tonos de negro/grises. Preferentemente se utilizarán distintos tipos de tramas. Se indicará siempre el rango de desviación de cada barra (I). A su pie se explicarán las abreviaturas y a continuación se dispondrá el número (Gráfico 1) y su título. También se podrá incluir un comentario.

Lista de comprobación para los autores

- Original y una copia del trabajo, con resumen en inglés y a doble espacio.
- Un disco de soporte magnético de 3'5 HD.
- Página inicial.
- Resumen del trabajo, español e inglés.
- Cuerpo del trabajo.
- Referencias bibliográficas.
- Listado de leyendas de las ilustraciones numeradas.
- Tablas y gráficos incluyendo sus leyendas numeradas.
- Una copia de cada ilustración.
- Foto color del primer autor (opcional).