

XXXV  
Congreso Argentino  
de Cirugía Plástica  
2005  
BUENOS AIRES

XXXV  
Congreso Argentino  
de Cirugía Plástica  
2005  
BUENOS AIRES

XXXV  
Congreso Argentino  
de Cirugía Plástica  
2005  
BUENOS AIRES

14 al  
She  
A

14 al 16 de Abril de 2005  
Sheraton Hotel, Buenos Aires  
ARGENTINA



Sociedad Argentina de Cirugía Plástica, Estética y Reparadora



REVISTA ARGENTINA DE  
**Cirugía Plástica**

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

## Comité de Redacción

**Director:** Dr. Jorge Alberto Buquet

**Editora:** Dra. Martha Mogliani

**Secretarios de Redacción:**

Dr. Héctor Marino (h)

Dr. Justo G. La Torre Vizcarra

**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)

Dr. Luis F. Albanese (Miembro Honorario Nacional)

**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

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

## Sumario

60	Editorial
61	Bolsillo retropectoral asegurado en reconstrucción mamaria protésica inmediata.
68	Desarticulación de miembro inferior y reconstrucción con colgajo fileteado
76	Reconstrucción mamaria con doble prótesis, desarrollo de la técnica
79	Indicaciones y técnica de la escarotomía en quemaduras
82	Responsabilidad profesional en Cirugía Plástica
87	Recordando a los que nos precedieron: Dr. Francisco Arespachoga (Cirujano Maestro)
91	Comentario del XXXIV Congreso Argentino de Cirugía Plástica:
92	Noticias SACPER
96	Actividades Filiales
98	Cuestionario

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. 2004-2005

## Comisión Directiva

### Presidente

Dr. Jorge Alberto Buquet

### Vice-Presidente

Dr. Antonio Aldo Mottura

### Secretario General

Dra. María Cristina Picón

### Prosecretario General

Dr. Héctor Salvador Marino (h.)

### Tesorero

Dr. Juan José Marra

### Pro-Tesorero

Dr. Francisco Jorge Famá

### Secretario de Actas

Dr. Walter Servi

### Director de Publicaciones

Dr. Justo La Torre Vizcarra

### Sub-Director de Publicaciones

Dr. Oscar Daniel Adamo Nicolini

### Vocales Titulares

Dr. Ricardo Terazawa  
Dr. Eduardo Gomez Vara  
Dr. Ricardo Hoogstra  
Dr. Jorge José Díaz García

### Vocales Suplentes

Dr. Rubén Emilio Rosati  
Dr. Claudio Néstor Saladino  
Dr. Edgardo Alejandro Raggi  
Dr. Jorge Rubén Ferreyra

### Presidente Anterior

Dr. Rodolfo Rojas

## COMISIONES Y COMITES AÑO 2004

### DR. JORGE BUQUET

#### Comisión de Docencia e Investigación

**Coord.:** Dr. Oscar Zimman  
Dr. Omar Ventura  
Dr. Héctor Lanza  
Dra. Martha Mogliani

#### Asuntos Legales

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

#### Comité de Ética

**Coord.:** Dr. Osvaldo Cudemo  
Dr. Paulino Morales  
Dr. Carlos Caviglia Bosh  
Dr. Manuel Viñal

#### Comisión Educación Médica Continúa

**Coord.:** Dr. Raúl Fernández Humble  
Dr. Enrique Gagliardi  
Dr. Ricardo Losardo

#### Video

Dr. Justo La Torre Vizcarra

#### Estudio de Examen Único a M.T.

**Coord.:** Dr. Guillermo Flaherty  
Asistentes: Sergio Polichela, Ernesto Traine Dr. Ricardo Yohena  
Marcos Salazar

#### Comisión Informática

Pag.Web: Dra. Paulina Iwanyk  
Rta. Mails: Dr. Luis Odriozola

#### Relación con Filiales

Dr. Víctor Oscar Vassaró

#### 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. Héctor Marino

#### Parlamentario

Dr. Héctor Marino (h)

#### Centro de Referencia y Contrarreferencia para el Tratamiento de Fisuras Labioalveolopatinas

##### Directora General:

Dra. Susana Ruiz  
**Coordinadora General:**  
Dra. Martha Mogliani  
**Coordinadora Científica:**  
Dra. Angélica Nagahama  
**Secretaria:**

Dra. M. Pilar Sánchez

##### Tesorero:

Dr. Héctor Marino

##### Secretaria de Relaciones Públicas:

Dra. Paulina Iwanyk

##### Representantes Regionales:

**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:** a resolver a la brevedad

#### Capítulos año 2004

##### Capítulo de Quemados:

Dr. Roberto Lamonega

##### Capítulo de Cirugía Infantil:

Dra. Ma. Cristina Rijavec

##### Capítulo de Maxilofacial:

Dr. Ricardo Lara

##### Capítulo de Miembros, Mano y Microcirugía:

Dr. Eduardo Stagnaro  
**Capítulo de Estética:**  
Dr. Federico Deschamps



## REVISTA ARGENTINA DE Cirugía Plástica

Publicación de la Sociedad Argentina de Cirugía Plástica, Estética y Reparadora

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

## Sociedades Filiales Años 2004-2005

#### Sociedad de Cirugía Plástica de Buenos Aires

Av. Santa Fe 1611- 3° (1060) Capital Federal  
Tel.: 4816-3757/ 0346- Fax: 4816-0342  
Presidente: Dr. Carlos A. Reilly  
Vicepresidente: Dra. Martha O. Mogliani  
Secretario General: Dr. César Nocito

#### Sociedad de Cirugía Plástica de Córdoba

Ambrosio Olmos 820 (5000) Córdoba  
Tel.: (0351) 460-7071 - Fax: (0351) 468-3241  
Presidente: Dr. Luis Nahas  
Vicepresidente: Dr. Miguel Descalzo  
Secretario: Dr. Marcelo Fuentes

#### 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. Jorge Walter Canestri  
Vicepresidente: Dr. Roberto Lamonega  
Secretario: Dr. Néstor Vincent

#### Sociedad de Cirugía Plástica de Rosario

Círculo Médico de Rosario  
Santa Fe 1798 (2000) Rosario  
Tel./Fax: (0341) 421-0120  
Presidente: Dr. Ernesto a. Moretti  
Vice-presidente: Dr. Gustavo Sandiano  
Secretario general: Dr. Guillermo Siemieniczuk

#### Sociedad de Cirugía Plástica del Nordeste

Arturo Frondizi 986 - Torre I 10°C - (3500) Resistencia - Chaco  
Tel/Fax: (03722) 43-5393  
Presidente: Dr. Walter Britos Romeo  
Vicepresidente: Dr. Jorge Díaz García  
Secretario: Dra. Iris Hebe Blanco

#### 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: sacpermardeplata@hotmail.com  
Presidente: Dr. Daniel F. Ruiz  
Vicepresidente: Dr. José Luis Tesler  
Secretario General: Dr. Daniel Lafranconi

#### 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 Angel Corbella  
Vicepresidente: Dr. Hugo Mayer  
Secretario: Dr. Roberto Serrano



# Editorial

## Ética II

No me resulta fácil resumir en términos simples ni filosóficos una palabra que encierra un universo conceptual que involucra al hombre como un todo, en su concepción espiritual y moral, en el libre albedrío, en su accionar en sociedad, dado que él es responsable de sus actos públicos y privados, los que son producto de su voluntad. Y aquí reside precisamente la responsabilidad personal de la vida ética y no ética.

El cirujano plástico como hombre, con su autodeterminación voluntaria, con la capacidad que tiene de elegir entre obrar honesta o deshonestamente, va perfilando su individualidad personal y profesional y va esculpiendo su figura y estructura moral. No se nos puede escapar comprender la dimensión inmanente de su conducta por la que debe responder, porque tiene una responsabilidad ante la sociedad, que no es indiferente a su accionar honesto o deshonesto.

Les voy a dejar planteadas algunas preguntas que, quisiera, fueran un diálogo interno: ¿Existe una ley moral y ética?, ¿Cuál es la norma suprema de la moral y la ética?, ¿Qué es la conciencia ético-moral?, ¿Puede admitirse una conciencia ética-moral pública y una privada en la misma persona?, ¿Es variable la moral y la ética en sus principios?.

Tratemos de respondernos estas preguntas comprometiéndonos. No relativicemos los principios morales y éticos que aún están vigentes para muchos de nosotros. Sé lo difícil que es competir con los medios de comunicación, con la frivolidad y superficialidad. No seamos indiferentes a la verdad, porque no hay muchas posibilidades sobre el tema "Ética".

Los cirujanos plásticos que pertenecemos a la SACPER adquirimos derechos y también contraemos obligaciones entre las que se encuentran: cumplir con los Códigos de Ética de la A.M.A., F.I.L.A.C.P.R (Federación Ibero-latinoamericana de Cirugía Plástica y Reconstructiva) y Confederación Médica de la República Argentina. Entre los variados artículos que tienen, algunos dicen:

(Código de Ética aprobado por la F.I.L.A.C.P.R en Septiembre de 1982)

"Art. 20: Son actos contrarios a la moral médica y por consiguiente a la Cirugía Plástica:

- a) "Cualquier publicidad encaminada a atraer la atención del público hacia la acción profesional"
- b) "La publicación de artículos de Cirugía Plástica en periódicos y revistas no científicas..."
- c) "La participación del cirujano plástico, en carácter de tal, en programas, entrevistas o publicaciones de prensa, radio, televisión, y en otros órganos de difusión no médicos sin previa aprobación de la respectiva Sociedad Nacional de Cirugía Plástica."
- d) "Las entrevistas de prensa, radio, televisión y otras permitidas por el presente Código, deben ajustarse a los principios de ética profesional, a fin de evitar las propagandas o referencias de carácter individual sobre la profesión del entrevistado con miras al beneficio profesional".
- i) "Permitir la exhibición al público profano de actos médicos o quirúrgicos que hayan sido televisados, fotografiados o filmados. En caso que se considere conveniente con fines educativos, debe obtener la aprobación de la Sociedad de Cirugía Plástica respectiva." ...

El Art. 21, entre otras cosas dice: "...De la misma manera la Sociedad Nacional de Cirugía Plástica, ante presuntas violaciones del presente código, podrá actuar como Tribunal de Oficio y tanto la Sociedad Nacional de Cirugía Plástica como el Comité de Ética de la Federación podrán tomar las medidas pertinentes a fin de elevar cada vez más la dignidad profesional..."

"Art. 25: Están expresamente reñidos con las normas de ética, los anuncios que tengan las características siguientes:

- a) Los que den información sobre viajes al exterior en funciones profesionales privadas, o sobre la asistencia a Congresos de la Especialidad, que involucren propaganda o realcen ante el público el prestigio profesional.
- b) Los que ofrezcan la curación de determinadas enfermedades o defectos a plazo fijo o infalible.
- c) Los que prometen la prestación de servicios gratuitos, o los que explícita o implícitamente, mencionen tarifas de honorarios.
- d) Los que por su particular redacción o ambigüedad, induzcan a error o confusión respecto a la identidad o título profesional del anunciante.
- e) Los que mencionen, bien sea en uno o más avisos, diversas ramas o especialidades de la Medicina o de la Cirugía, sin conexión o afinidad entre ellas.
- f) Los que llamen la atención sobre sistemas, curas o procedimientos especiales, exclusivos o secretos.
- g) Los que involucren el fin preconcebido de atraer clientela mediante la aplicación de nuevos sistemas o procedimientos especiales, curas o modificaciones aún en discusión, y respecto a cuya eficacia no haya todavía aprobación definitiva por parte de instituciones científicas públicas o privadas.
- h) Los que impliquen propagandas mediante tarjetas públicas u otras formas de agradecimiento de pacientes.
- i) Los repartidos en forma de volantes o tarjetas, o el suministro a los pacientes de separatas de artículos científicos publicados por el cirujano plástico con el fin aparente de informar al mismo.
- j) Los que aún cuando infrinjan alguno de los apartes del presente artículo, sean exhibidos en lugares inadecuados o sitios que comprometan la seriedad de la especialidad o los que adquieran el tamaño y forma de carteles y los avisos luminosos."

Como muchas veces hemos dicho, la Cirugía Plástica es un arte, y el arte sirve para hacer cosas perfectas, pero no para hacer perfecto al que las hace.



# Bolsillo retropectoral asegurado en reconstrucción mamaria protésica inmediata.

Dres. Hugo D. Loustau,\* Horacio F. Mayer,\*\* Laura De Elizalde,\*\*\* Manuel A. Sarrabayrouse\*\*\*\*

\* Subjefe del Servicio de Cirugía Plástica, del Hospital Italiano de Buenos Aires. Docente autorizado de la UBA.

\*\* Médico contratado del Servicio de Cirugía Plástica del Hospital Italiano de Buenos Aires

\*\*\* Médico de planta del Servicio de Cirugía Plástica, del Hospital Italiano de Buenos Aires.

\*\*\*\* Jefe del Servicio de Cirugía Plástica, del Hospital Italiano de Buenos Aires. Docente autorizado de la UBA.



Dr. Hugo Daniel Loustau. Av. Prov. de Santa Fe 2103, piso 10º, Buenos Aires, Argentina. E-mail: hloustau@arnet.com.ar

## Resumen

Una de las más temidas complicaciones de la mastectomía con reconstrucción protésica inmediata, es la exposición del implante por necrosis cutánea. Para evitarla es trascendental la preservación de una adecuada irrigación de los colgajos cutáneos y la completa integridad del bolsillo retromuscular constituido por el pectoral mayor complementado con el serrato mayor, la vaina del recto, el oblicuo mayor y el pectoral menor. Sin embargo, su principal inconveniente es que dichos músculos al ser solidarizados en un bolsillo completo admiten cubrir sólo hasta determinados volúmenes de implante.

El autor presenta el empleo de mallas de ácido poliglicólico, en una disposición original remedando la anatomía de los músculos habitualmente empleados en la confección del bolsillo, denominándolo bolsillo retropectoral asegurado (BRA). Esta técnica representa un aporte válido a la reconstrucción mamaria protésica inmediata, planteando su simplificación al permitir la colocación de implantes de mayor volumen, sin necesidad de expansión previa e impidiendo el desplazamiento protésico. Son beneficios adicionales, una reducción en costos y tiempos quirúrgicos asociado a menor trauma emocional para el paciente.

**Palabras clave:** reconstrucción mamaria malla.

## Summary

One of the most feared complications of the mastectomy with immediate prosthetic reconstruction is the exposure of the implant due to cutaneous necrosis. In order to avoid this, it is necessary a good blood supply of the skin and a complete integrity of the submuscular pocket which is created with the pectoralis major and complemented with the serratus anterior, the rectus abdominis sheath, the obliquus major and the pectoralis minor. Nevertheless, its main drawback is that such muscles, when sutured to create a complete pocket, just allow the setting of small size implants.

The author presents the application of polyglycolic mesh in an original fashion, mimicking the anatomy of the muscles usually employed in pocket creation, being denominated Ensured Subpectoral Pocket (ESP). This technique represents a valid strategy in immediate prosthetic breast reconstruction, in one stage it allows the setting of bigger implants without previous tissue expansion as well as preventing displacements of the implant. Furthermore, it reduces surgical costs with less emotional trauma for the patient.

**Keywords:** breast reconstruction mesh.

## Introducción

La mastectomía con preservación cutánea (skin sparing mastectomy) y reconstrucción inmediata ha representado un significativo avance en el tratamiento del cáncer de mama. Permite completar en un solo tiempo la mayor parte del tratamiento quirúrgico reconstructivo, proveyendo un resultado cosmético superior con menor trauma emocional para el paciente.

La reconstrucción inmediata empleando implantes, sólo es posible en casos de adecuada cobertura local de partes blandas y cuando no se ha irradiado previamente el área. Para evitar una de las complicaciones más temidas, como es la exposición del implante por necrosis cutánea, es trascendental la preservación de una ade-

cuada irrigación de los colgajos cutáneos y la completa integridad del bolsillo retromuscular, siendo éste el recurso que más contribuye a la permanencia del dispositivo protésico.

En 1981, Little describió el bolsillo muscular completo, para la reconstrucción mamaria inmediata al que denominó sostén viviente (living bra)(1). En esta técnica el músculo pectoral es complementado con el serrato mayor, la vaina del recto, el oblicuo mayor y el pectoral menor, con la finalidad de proveer de cobertura muscular a la totalidad de la superficie anterior del dispositivo protésico. El principal inconveniente, es que dichos músculos al ser solidarizados en un bolsillo completo admiten cubrir sólo hasta determinado volúmenes de

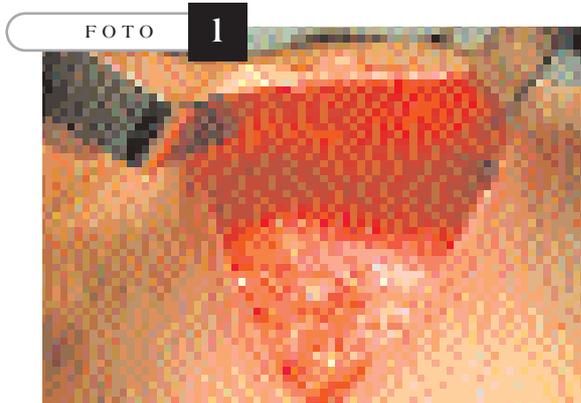


FOTO 1: ADENECTOMÍA MAMARIA PROFILÁCTICA. PRESERVACIÓN DEL COMPLEJO ARÉOLA PEZÓN Y UN ESPESOR DE COLGAJO DERMOGRASO ADECUADO.

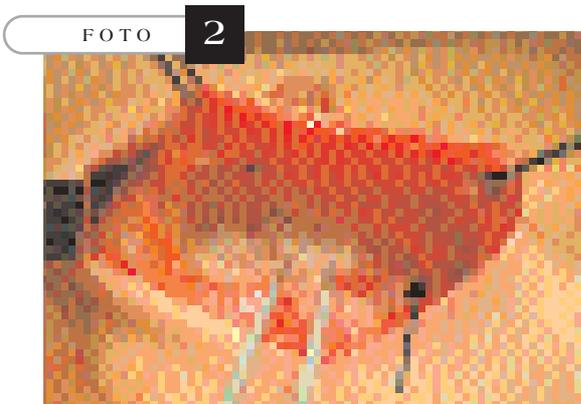


FOTO 2: IZQUIERDA, PRESERVACIÓN DE LAS INSERCIÓNES ESTERNALES ALTAS. DERECHA, PRESERVACIÓN DE LA CONTINUIDAD ANATÓMICA PECTORAL-VAINA DEL RECTO PARA SU DIVISIÓN BAJA.

implante, que en la experiencia del autor ha sido de hasta 275 cc.

El objetivo de este trabajo es la descripción del empleo de malla de ácido poliglicólico como complemento del músculo pectoral mayor en casos de reconstrucción mamaria inmediata, permitiendo así la colocación de implantes de mayor volumen, sin necesidad de expansión previa e impidiendo la retracción muscular y el desplazamiento protésico.

## Materiales y método

Los pacientes candidatos para este recurso, son aquellos sometidos a adenectomía mamaria con preservación del complejo areola pezón o mastectomía simple profiláctica por riesgo incrementado de padecer cáncer de mama, ya sea por detección de mutaciones del gen BRCA 1 ó 2<sup>2</sup>, hiperplasias atípicas u otros antecedentes personales o familiares.

### Técnica quirúrgica:

En la técnica podemos describir tres pasos básicos:

**1) Mastectomía:** Se realiza la remoción de la totalidad de la glándula mamaria, el complejo aréola-pezón (incisiones de biopsias previas y la piel suprayacente a tumores superficiales). No se buscan más márgenes anatómico-oncológicos que no sean el propio límite mamario(3,4). Debe tomarse la precaución de preservar el ligamento del surco submamario y dentro de lo posible, un adecuado espesor en los colgajos dérmicos, lo

que reduce la posibilidad de necrosis y por ende de exposición del implante en el caso de que la solución de continuidad cutánea coincida con el área desprovista de músculo (Foto 1).

**2) Creación del bolsillo retropectoral:** Se realiza la elevación del espacio laxo retropectoral, abordándolo por el margen lateroexterno, procediendo luego a la sección de las inserciones costales y esternales del pectoral mayor, preservando las digitaciones esternales altas (tercer espacio intercostal hacia arriba) para evitar una retracción excesiva del músculo(5). Es importante la preservación de la continuidad anatómica existente entre el pectoral mayor y la vaina del recto, para finalmente dividirla lo más bajo posible(6), evitando de esta forma el ceñido y aplastamiento del cuadrante infero-interno de la mama reconstruida. A continuación se procede a colocar el implante mamario (Foto 2).

**3) Colocación de la malla de ácido poliglicólico:** Se emplean dos cintas, una inferior y una lateral, de 4 a 5 cm de ancho cortadas de una malla de ácido poliglicólico para complementar las áreas no cubiertas por el pectoral mayor. Las cintas cumplirán la función en la confección del bolsillo, que habitualmente cumplen los dos músculos más importantes en la complementariedad del pectoral mayor: el serrato mayor (cinta lateral) y el recto abdominal (cinta inferior).

La cinta inferior recreará la continuidad entre el pectoral mayor y la vaina del recto. Representa el freno protésico podálico y tiene además la importancia de determinar el



FIGURA 1: POSICIÓN DE LAS CINTAS CON IMPLANTES REDONDOS.



FIGURA 2: POSICIÓN DE LAS CINTAS CON IMPLANTES ANATÓMICOS.

nuevo surco submamario. No necesariamente debe coincidir el margen inferior protésico con el ligamento del surco submamario preservado quirúrgicamente(7). La disposición de la cinta lateral estará condicionada por el tipo de prótesis. Si la prótesis fuera redonda, la cinta tendrá formato rectangular y se dispondrá en forma oblicua, oponiéndose al vector de desplazamiento protésico que se genera al activarse el pectoral (Figura 1). Si la prótesis fuera anatómica, la cinta lateral tendrá formato triangular y se dispondrá más alta abrazando el margen supero-externo de la prótesis contraponién-

dose, no sólo al desplazamiento lateral y al cambio de domicilio de la prótesis, sino también a la rotación de la misma (Figura 2).

La secuencia de fijación de las cintas es importante. Las cintas se suturarán inicialmente por su extremo distal, para luego desplegar el músculo pectoral mayor que se halla parcialmente retraído y proceder a fijar el extremo proximal de la cinta, cortando el excedente (Foto 3). La relajación muscular durante esta etapa del acto quirúrgico es trascendental para evitar desgarros musculares y así asegurar el éxito de la técnica.

FOTO 3

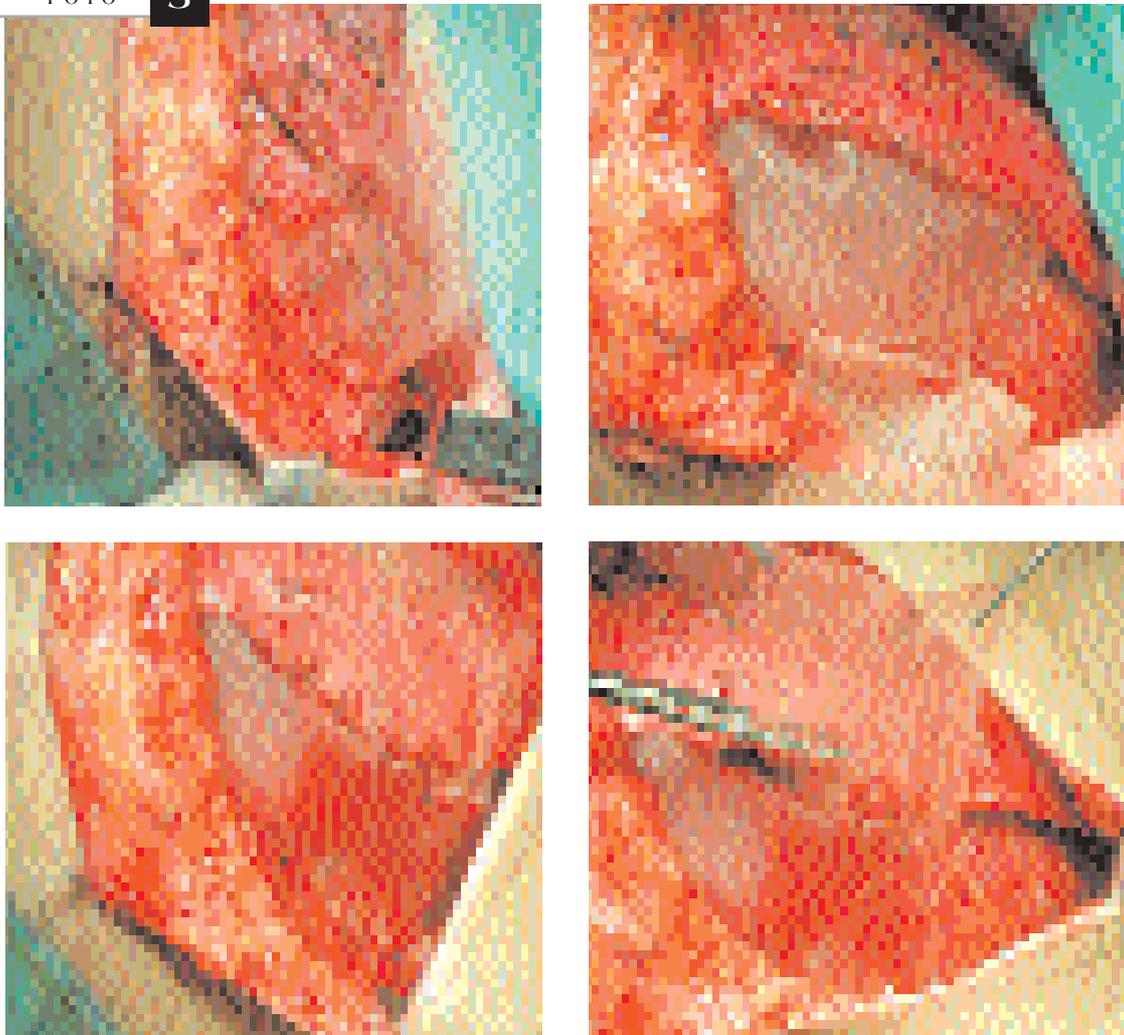


FOTO 3: SECUENCIA QUIRÚRGICA. LA PARTE DE PIE DE PÁGINA DE TODAS LAS FOTOS CORRESPONDE A LA LÍNEA AXILAR MEDIA O AL MARGEN ANTERIOR DEL DORSAL ANCHO.

Los drenajes serán mantenidos en el tiempo que se crea conveniente, a los fines de generar adherencias completas entre los planos anatómicos(8).

## Resultados

Los casos realizados son presentados en las Fotos 4 y 5. Se han obtenido resultados altamente satisfactorios en términos de simetría y naturalidad, sin registrarse complicaciones.

## Discusión

Existen diversas técnicas descriptas con el fin de evitar la retracción que se produce en el músculo pectoral mayor, al perder parcialmente sus inserciones durante la creación del bolsillo muscular.

Uno de estos recursos es suturar lo más perimetralmente posible el extremo del pectoral al tejido celular subcutáneo. La desventaja de esta técnica es el riesgo de que los puntos se suelten fácilmente si se ha tomado poca sustancia del celular o por el contrario que produzcan umbilicaciones en la piel si se ha tomado demasiado(9).

FOTO 4

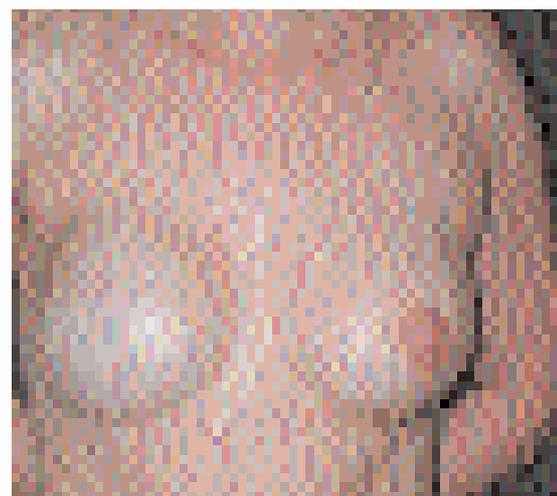


FOTO 4: CASOS DE RECONSTRUCCIÓN POST MASTECTOMÍA CON VOLÚMENES VECINOS A LOS 350 CC.

Otra técnica se basa en la colocación de puntos en "U" tomando el pectoral y cuyos cabos son exteriorizados a través de la piel, para ser fijados por fuera sobre capitonés(9). El riesgo de necrosis por presión del capitoné o el riesgo de contaminación al retirar el punto deben ser tenidos en cuenta al decidir la aplicación de esta técnica.

Otra alternativa quirúrgica experimentada por el autor, ha sido el uso de suturas dispuestas en solenoide simplemente aproximando los extremos musculares al

perímetro de la lodge quirúrgica. Su principal inconveniente, es su baja confiabilidad y el riesgo de desgarro de tejidos.

La técnica aquí presentada, constituye un aporte original a la reconstrucción mamaria protésica inmediata. Si bien en el 2002, Amanti et al(10) reportaron el empleo de malla de polipropileno en este tipo de procedimientos, aquella se limitaba a reparar el músculo pectoral mayor parcialmente destruido durante la mastectomía.

En esta oportunidad, el autor presenta el empleo de

FOTO 5

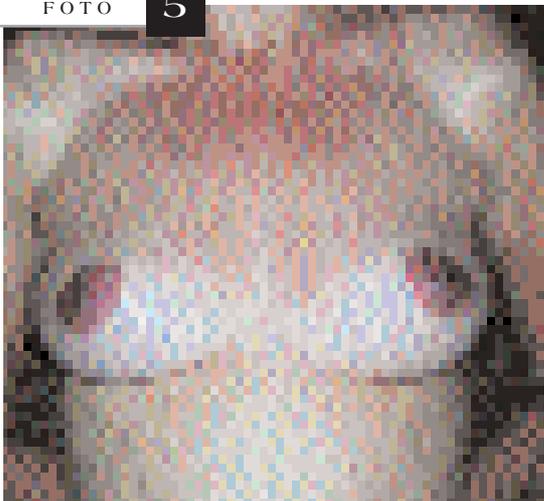


FOTO 5: CASO DE ADENECTOMÍA MAMARIA REDUCTORA DE RIESGOS, CON IMPLANTE NO ANATÓMICO DE 350 CC.



mallas en una disposición original remedando la anatomía de los músculos habitualmente empleados en la confección del bolsillo muscular, denominándolo bolsillo retropectoral asegurado. Por otro lado, el empleo de una malla de material reabsorbible como la empleada de ácido poliglicocólico implica un menor riesgo de extrusión del material o de fenómenos asociados como las fístulas consecuentes a los granulomas por cuerpo extraño, similares a los que complican el posoperatorio alejado de las hernioplastias con malla(11).

Este nuevo recurso, plantea además una simplificación en la reconstrucción protésica, permitiendo colocar implantes de volúmenes de hasta 350 cc que en condiciones normales requerirían expansión tisular previa. Como consecuencia son beneficios adicionales, una reducción en tiempos y costos quirúrgicos asociado a menor trauma emocional para el paciente(12).

En una época en que los conocimientos del genoma, sus mutaciones y las implicancias en pronóstico y calidad de vida aumentan, la adenomastectomía profiláctica cobra cada vez mayor vigencia, siendo cada vez más realizada.

El balance entre la conservación asumiendo los riesgos o la amputación mamaria y una reconstrucción digna inclinarán el equilibrio hacia lo último.

## 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. Little JW 3rd, Golembe EV, Fisher JB. The "living bra" in immediate and delayed reconstruction of the breast following mastectomy for malignant and nonmalignant disease. *Plast Reconstr Surg.* 1981; 68 (3):392-403.
2. Schrag D, Kuntz KM, Garber JE, Weeks JC. Decision analysis-effects of prophylactic mastectomy and oophorectomy on life expectancy among women with BRCA1 or BRCA2 mutations. *N Eng J of Med* 1997; 336 (20):1465-1471.
3. Hidalgo DA. Aesthetic refinements in breast reconstruction: complete skin sparing mastectomy with autogenous tissue transfer. *Plast Reconstr Surg* 1998; 102 (1):63-70
4. Kroll SS, Ames F, Singletary SE, Schusterman MA. The oncologic risks of skin preservation at mastectomy when combined with immediate reconstruction of the breast. *Surg Gynecol Obstet* 1991; 172:17-22
5. Brar MI, Tebbetts JB. Early return to normal activities after breast augmentation. *Plast Reconstr Surg.* 2002; 110(4):1193-4
6. Beasley ME. Two stage expander/implant reconstruction: delayed in "The breast, principles and art" by Scott L Spear. Lippincott-Raven Publishers Philadelphia. 1998 Pp 387-398.
7. Nava M, Quattrone P, Riggo E. Focus on the breast facial system: a new approach for inframammary fold reconstruction. *Plast Reconstr Surg* 1998,102(4):1034-1045.
8. Spear SL, Howard MA, Boehmler JH, Ducic I, Low M, Abbruzzese MR. The infected or exposed breast implant: management and treatment strategies. *Plast Reconstr Surg.* 2004; 113(6):1634-44.
9. Spear SL. Primary implant reconstruction in "The breast, principles and art" by Scott L Spear. Lippincott-Raven Publishers Philadelphia. 1998 Pp 347-356.
10. Amanti C, Regolo L, Moscaroli A, Lo Russo M, Macchione B, Coppola M, Papaspyropoulos V, Angelini L. Use of mesh to repair the submuscular pocket in breast reconstruction: a new possible technique. *G Chir* 2002; 23(10):391-393.
11. Rutkow IM, Robbins AW. The mesh plug technique for recurrent groin herniorrhaphy: a nine-year experience of 407 repairs. *Surgery* 1998;124(5):844-7.
12. Loustau H. Reconstrucción mamaria y calidad de vida. Monografía de la materia, Antropología médica. Carrera de adscripción a la docencia de la UBA. Año 2000.





# Desarticulación de miembro inferior y reconstrucción con colgajo fileteado

Dres. E. M. Ares de Praga, R. T. Yohena, F. Olivero Vila, G. Moreau.

## Resumen

*El uso de colgajos de gran tamaño provenientes de los tejidos blandos de las extremidades inferiores para el tratamiento de úlceras por presión en lesionados medulares se remonta a varias décadas. Su uso en la actualidad se ve limitado a fracasos de cirugías conservadoras o al fracaso en la rehabilitación del paciente parapléjico.*

*Entre los años 1991 y 2003 el equipo de Cirugía Plástica del Instituto de Rehabilitación Psicosfísica efectuó reparaciones de úlceras por presión en 299 pacientes lesionados medulares. El número de úlceras intervenidas fue 540. Solamente en ocho casos (2.67%) se presentó la necesidad de efectuar desarticulación y cobertura de múltiples úlceras por presión con colgajo fileteado de muslo y pierna, habiéndose operado cuatro pacientes (1.33%) con este procedimiento. En dos casos se realizó en forma unilateral y en dos bilateralmente. Dos pacientes no aceptaron la desarticulación del miembro inferior, y los dos casos restantes se encuentran en espera de su turno quirúrgico. Se presentan en este trabajo las indicaciones, ventajas y desventajas del procedimiento, así como detalles técnicos en la modalidad uni y bilateral de éste colgajo.*

## Summary

*The use of big sized flaps of the soft tissues of the lower extremities for the treatment of pressure sores in spinal chord injuries has been practice for many decades.*

*Its actual use is restricted by the failure of conservative surgeries or failure of the rehabilitation of paraplegic patients.*

*Between 1991 and 2003 the team of Plastic Surgery of Psychophysical Rehabilitation Institute effected pressure sores reparations in 299 patients with medullar chord injuries.*

*The number of operated ulcers was 540. Only in eight of the cases (2,67%) there was need to do disarticulation and cover of multiple pressure sores with fillet flaps of the thigh and leg, having four patients (1,33%) been operated with this procedure.*

*In two cases it was done unilaterally, and bilaterally in the other two. Two patients did not accept the disarticulation of the*

*lower limb while the other two are waiting for their surgical turn.*

*The aim of this report is to describe the indications, advantages and disadvantages of the procedure, besides technical details of the unilateral and bilateral method of this flap.*

## Introducción

La reconstrucción de úlceras por presión en lesionados medulares constituye en muchas oportunidades un problema de difícil resolución, especialmente en pacientes poliúlcerados, con una historia de frecuentes recidivas. Una vez agotados los recursos con colgajos locales para su cobertura, según la normatización para el tratamiento quirúrgico de dichas úlceras presentada en 1995 en el Congreso Argentino de Cirugía Plástica, y siguiendo las premisas básicas estipuladas para este tipo de cirugías, consideramos como opción de tratamiento, la desarticulación uni o bilateral de los miembros inferiores y la utilización de los mismos como fuente de tejido viable para la cobertura musculocutánea.

## Revisión histórica

Numerosos aportes a la cirugía de las úlceras por presión se efectuaron a partir de la Segunda Guerra Mundial y con respecto a la utilización del miembro inferior en la reparación de úlceras por presión, Conway y col. (1) reportan en 1947 la necesidad de desarticulación en dos pacientes lesionados medulares con extensas úlceras trocántreas, con compromiso coxofemoral.

En 1956 Georgiade, Pickrell y Maguire (2) utilizan la totalidad del muslo, como flap simple, para la cobertura de úlceras múltiples en forma simultánea.

Chase y White (3), en 1959, proponen la amputación bilateral en el lesionado medular, como parte del programa de rehabilitación y efectúan una amplia descripción de las ventajas y desventajas de este procedimiento.



En 1961 Berkas y col (4) consideran, al igual que los anteriores, el beneficio de la desarticulación en estos pacientes.

En 1963 Spira y Hardy (5) limitan la utilización del colgajo total de muslo en pacientes con imposibilidad de sedestar, por articulaciones congeladas o fijas.

Burkhardt, en 1972 (6) presenta una alternativa de este colgajo, extendiendo el fileteado a la casi totalidad de la longitud del miembro inferior.

Posteriormente, con el desarrollo y refinamiento de los colgajos musculocutáneos locales, esta cirugía cae en desuso, reservándose casi exclusivamente para cobertura en procedimientos reconstructivos mayores, secuelas de traumatismos graves de pelvis, cadera o miembro inferior, o resecciones tumorales extensas (7-11) y, con el advenimiento de la cirugía microquirúrgica, son numerosos los autores que utilizan colgajos obtenidos de miembros inferiores en forma libre para este tipo de lesiones (12-14)

Chen, en 1986 (15), y Kuntschner y col. (16) en 2001, incluyen al colgajo fileteado nuevamente como indicación en las úlceras por presión, en casos seleccionados, como colgajo axial o como colgajo libre microquirúrgico.

## Indicaciones

Indicamos este procedimiento en úlceras recurrentes, sin posibilidad de reparación con colgajos locales, o como tratamiento inicial en pacientes con múltiples úlceras, con severo compromiso de articulaciones coxofemorales y miembros inferiores y alteración grave del estado general.

## Ventajas y desventajas del procedimiento

### Ventajas

1. Permite una rápida recuperación del paciente, cuando se realiza como tratamiento de rescate.
2. Otorga maniobrabilidad al disminuir el peso muerto, esto facilita al paciente su movilización (higiene y traspaso de cama a silla de ruedas, etc.). Cuando se efectúa bilateralmente transforma al parapléjico en un biamputado (funcionalmente más ágil que el parapléjico).
3. Mejora el estado general, por exéresis de focos osteomielíticos y al disminuir la pérdida proteica y hemática crónica mantenida por las úlceras.
4. Disminuye la espasticidad por remoción de receptores

propio y esteroceptivos que provocan un estímulo constante en la médula espinal.

5. Mejora el sistema vascular, dado que la resección de gran parte del árbol vascular vasopléjico, hace menor la hipertrofia funcional del resto, cuya inervación está conservada, siendo esta normal inervación necesaria para ajustar las modificaciones a nivel vascular que se requieren para la postura erecta y los cambios posturales.

6. En muy pocos casos, muy seleccionados y cuando el procedimiento es bilateral y la lesión muy baja, existiría la posibilidad de equipamiento con ortésis para deambulación.

### Desventajas

1. Compromiso estético y psicológico, el que puede ser aliviado mediante el uso de prótesis cosméticas.
2. Si la lesión medular es muy alta, puede haber inestabilidad del tronco, debido a que las piernas constituyen un estabilizador del mismo durante la sedestación.

## Materiales y método

Entre los años 1991 y 2003 el equipo de Cirugía Plástica del Instituto de Rehabilitación Psicosfísica efectuó reparaciones quirúrgicas de úlceras por presión isquiáticas, trocántereas, sacras y coxígeas, en 299 pacientes lesionados medulares (se excluyen pacientes con úlceras por presión en otras localizaciones).

El número de úlceras intervenidas fue de 540. Solamente en ocho casos (2.67%) se presentó la necesidad, dado la magnitud de las úlceras, de efectuar desarticulación y cobertura de éstas con colgajo fileteado de muslo y pierna.

Se operaron solo cuatro pacientes (1.33%). En dos casos se realizó en forma unilateral, y en otros dos bilateral, un caso en un tiempo y el otro en dos tiempos. Dos pacientes no aceptaron la desarticulación del miembro inferior y los dos pacientes restantes se encuentran en espera de turno quirúrgico.

En tres casos intervenidos había antecedentes de colgajos previos y posteriores recidivas, no así en el cuarto caso.

Todos las cirugías se efectuaron en hospitales que cuentan con unidades de Terapia Intensiva, dado que el Instituto de Rehabilitación no cuenta con una, por ser una institución para tratamiento de pacientes crónicos.

## Técnica quirúrgica

### 1. Marcación:

En 1956 Georgiade describe el colgajo total de muslo, fileteado del fémur y utiliza la totalidad de ese enorme colgajo musculocutáneo obtenido, rebatiéndolo sobre sí mismo y avanzándolo hacia posterior y cefálico rellenando el defecto (Figura 1). Este colgajo tiene una importante vascularización proveniente de la arteria femoral. El colgajo subtotal de muslo es una variación del anterior, que al no incluir la totalidad de la musculatura del muslo lo hace menos abultado, facilitando el cierre (se excluyen del colgajo los músculos isquiotibiales, que son resecaos). Nosotros efectuamos la marcación preoperatoria de la siguiente manera: con el paciente en decúbito dorsal y el miembro inferior elevado se demarca el territorio cutáneo anterior del muslo, continuando hacia distal, en forma espiroideada, por la cara interna y posterior de la rodilla, para finalmente extender dicha marcación a la pantorrilla. Consideramos importante esta prolongación en la pierna, que nos ha sido útil en dos oportunidades y que de no serlo, es fácilmente sacrificable, pero lo conservamos hasta último momento y lo descartamos si no lo necesitamos. El colgajo puede prolongarse hasta la región plantar, de ser necesaria tanta cantidad de tejido, llegando a cubrir una amplia zona en el dorso, como lo propone Burkhardt. La inclusión de la

piel y la musculatura pretibial en el colgajo puede ser factible, siempre que se conserven los vasos tibiales anteriores.

No hemos tenido oportunidad, ni necesidad de realizarlo tan extensamente.

La posición quirúrgica es en decúbito ventral sobre apoya pelvis y no utilizamos mango hemostático, por no considerarlo necesario si se efectúan maniobras quirúrgicas cuidadosas.

2. Resección de todas las úlceras, incluyendo cicatrices periúlceras y bolsillos subyacentes.

3. Escoplado de eminencias óseas y hueso osteomielítico.

4. Fileteado del fémur o remanente del mismo, siempre manteniéndose en íntimo contacto con el hueso para minimizar la posibilidad de daño vascular. El fileteado se extiende a la pierna si van a ser requeridos sus tejidos blandos.

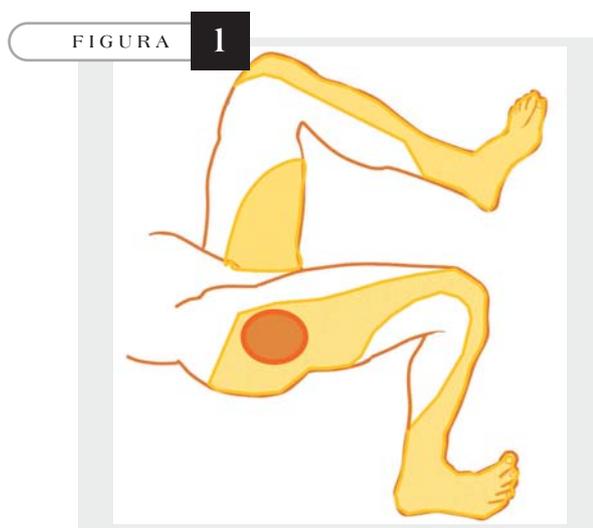
5. Desarticulación coxofemoral.

6. Tallado del colgajo total o subtotal del muslo con o sin prolongación a la pantorrilla.

7. Relleno de cavidades (acetábulo y úlceras), preferentemente con colgajos musculares puros.

8. Cobertura del defecto cutáneo con el colgajo musculocutáneo fileteado, fijándolo en profundidad y cierre por planos.

9. Drenajes aspirativos y vendaje compresivo.



**FIGURA 1: MARCACIÓN PREOPERATORIA DEL COLGAJO: SE INCLUYE EN EL COLGAJO TODA LA CARA ANTERIOR DEL MUSLO, LA CARA INTERNA, EXTERNA Y POSTERIOR DE LA RODILLA Y TERRITORIO MÚSCULO CUTÁNEO DE LA PANTORRILLA. EN SOMBRADO AMARILLO, LOS SECTORES QUE SE EXCLUYEN DEL COLGAJO.**

En el posoperatorio el paciente mantiene el decúbito ventral estricto por cuatro a seis semanas.

## Casos:

### Desarticulación unilateral

#### Caso 1

Paciente de sexo masculino, 30 años, parapléjico, lesionado medular por arma de fuego, nivel sensitivo-motor: T 12. Desarticulado en Hospital Paroissien por severidad

de las lesiones, mal estado general y agotamiento de colgajos locales.

Presentó úlcera trocantérea derecha, grado IV, con compromiso coxofemoral con acortamiento y pérdida de alineación de los miembros inferiores, afectación ulcerocicatrizal del periné, úlceras isquiáticas bilaterales, úlcera sacra recidivada sobre colgajos previo (Foto 1) y úlceras en ambos miembros inferiores, producto de la colocación de yeso pelvipédico (que proscibimos en el lesionado medular por falta de sensibilidad) realizado en el intento de alinear los miembros y disminuir la espasticidad.

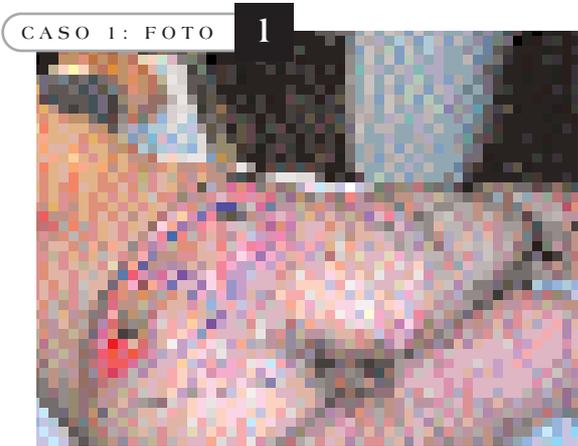


FOTO 1: ÚLCERAS EN REGIÓN SACRA PRODUCIDAS POR YESO PELVIPÉDICO. MÚLTIPLES CICATRICES EN LA REGIÓN SECUELA DE CIRUGÍAS REPARADORAS PREVIAS.

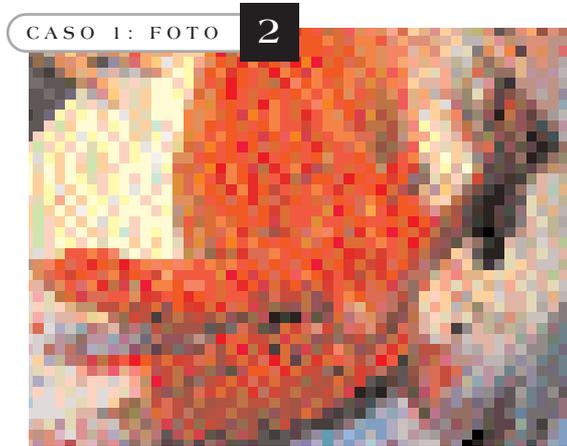


FOTO 2: FILETADO COMPLETO Y ELEVACIÓN DEL COLGAJO MÚSCULO CUTÁNEO DE LA PANTORRILLA Y FÉMUR FILETEADO.



FOTO 3: CIERRE CON COLGAJO FILETEADO TOTAL DEL MUSLO. EL COLGAJO GEMELAR CUBRE LA REGIÓN SACRA, Y ADYACENTE A ÉSTE SE ENCUENTRA EL COLGAJO DERMOGRASO TRIANGULAR OBTENIDO DE LA REGIÓN DE LA CADERA, REALIZADO PARA DISMINUIR LA TENSIÓN EN EL CIERRE.

**Resolución quirúrgica:** desarticulación y cobertura con colgajo fileteado total de muslo con extensión a la pantorrilla. Se utilizaron colgajos musculares puros para relleno de la cavidad cotiloidea (Foto 2) y se requirió el tallado de un colgajo dermograso de forma triangular obtenido de la cadera homolateral para permitir el cierre sin tensión (Foto 3).

### Caso2

Paciente de sexo masculino, 26 años, parapléjico, lesionado medular por accidente automovilístico, nivel S-M T7. Desarticulado en Hospital Tornú por fracaso de cirugías previas e imposibilidad de sedestación (caderas fijas en extensión).

Presentaba úlceras isquiáticas bilaterales, con lesiones cicatrizales perineales y úlcera paratrocantérea derecha recidivada sobre colgajo tensor de la fascia lata; todas grado IV. La úlcera isquiática izquierda se resolvió con colgajo musculocutáneo glúteo mayor a pedículo inferior en isla de piel y cierre VY.

En el lado derecho se realizó operación de Girdlestone, relleno de cavidad con bíceps sural y colgajo dermograso de muslo posterior. El fracaso de esta cirugía por necrosis de colgajos y la anquilosis de la cadera motivada por prolongado tiempo en decúbito ventral durante el posoperatorio, motivan la desarticulación unilateral del miembro inferior y la cobertura con colgajo fileteado

subtotal del muslo, pero sin necesidad de recurrir a los tejidos blandos de la pierna.

## Desarticulación bilateral

### Caso 1

Caso 1: Paciente de sexo masculino, 37 años, parapléjico, lesionado medular por accidente de tránsito, nivel S-M T10. Desarticulado en Hospital Pirovano por mal estado general, magnitud y severidad de las lesiones y agotamiento de colgajos locales. Se realiza en dos tiempos, con un lapso de un mes entre ambas cirugías.

**Primer tiempo:** lado derecho. Úlcera trocantérea y paratrocantérea con compromiso coxofemoral, lesión ulcerada sacrocoxígea, úlcera isquiática recidivada, cicatrices en región perineal y úlcera en talón (Foto 4).

**Resolución quirúrgica:** desarticulación y cobertura del defecto con colgajo fileteado de muslo (Fotos 5 y 6).

**Segundo tiempo:** lado izquierdo. Presentaba lesiones similares al lado contralateral en localización y magnitud.

**Resolución quirúrgica:** igual procedimiento que el realizado en el lado derecho (Fotos 7 y 8).

CASO 1: FOTO

4

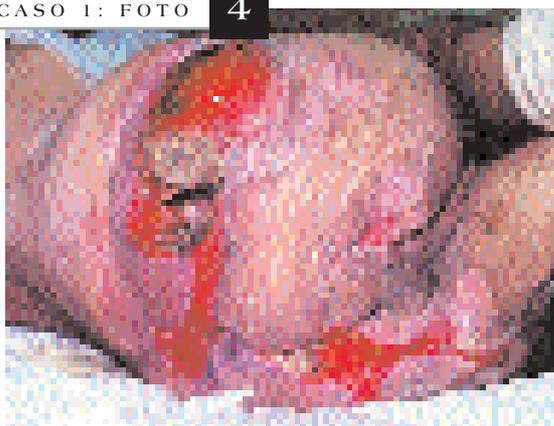


FOTO 4: ÚLCERA PARATROCANTÉREA CON PROLONGACIÓN A REGIÓN COXÍGEA. ÚLCERAS ISQUIÁTICAS, LA IZQUIERDA RECIDIVADA SOBRE COLGAJO PREVIO.

CASO 1: FOTO

5



FOTO 5: COLGAJO FILETEADO DEL MUSLO ELEVADO Y RELLENO DE CAVIDAD COTILOIDEA CON MUSCULO.

CASO 1: FOTO

6



FOTO 6: COLGAJO REBATIDO EN SU SITIO RECEPTOR.

CASO 1: FOTO

7



FOTO 7: PIEZA DE DESARTICULACIÓN LADO CONTRALATERAL.

CASO 1: FOTO

8



FOTO 8: COLGAJO SUTURADO Y DRENAJES ASPIRATIVOS.

## Caso2

Paciente de 26 años, parapléjico, lesionado medular por traumatismo de dorso (accidente laboral), nivel S-M T8. Desarticulado en Hospital de Pergamino. A diferencia de los pacientes anteriores, sin antecedentes de cirugías previas de úlceras por presión. Se decide el procedimiento bilateral en un tiempo como tratamiento de rescate, debido al manifiesto compromiso sistémico que presentaba el paciente y la severidad de las lesiones.

Úlceras isquiáticas bilaterales, úlcera sacra de 20 x 20 cm, trocantéreas bilaterales con compromiso articular. Todas grado IV y con amplios bolsillos confluyentes, lesiones ul-

cerocicatrizales en periné. Exposición del instrumental para estabilización de columna dorsal, lesiones por presión en ambos miembros inferiores, exposición de cóndilos femorales a nivel de rodilla izquierda y úlceras en talón (Foto 9).

**Resolución quirúrgica:** desarticulación bilateral y cobertura con colgajo fileteado de muslo del lado izquierdo y subtotal de muslo con prolongación a la pantorrilla del lado derecho (se debieron reseca algunos músculos para facilitar el cierre) (Fotos 10 y 11). La extensión musculocutánea en la pierna permitió la cobertura completa del sacrococix. (Foto 12)

Todos los pacientes presentaron evolución favorable.

CASO 2: FOTO 9



FOTO 9: COMPROMISO COXOFEMORAL BILATERAL Y BOLSILLOS DE LAS ÚLCERAS CONFLUYENTES.

CASO 2: FOTO 10



FOTO 10: COMPLETADA LA DESARTICULACIÓN IZQUIERDA. DEL LADO DERECHO FILETEADO EN FORMA COMPLETA.

CASO 2: FOTO 11



FOTO 11: COLGAJO MÚSCULO CUTÁNEO SUBTOTAL DEL MUSLO ELEVADO. SE DEBIERON RESECAR LOS MÚSCULOS SEMIMEMBRANOSO Y SEMITENDINOSO, YA QUE EL VOLUMEN DEL COLGAJO NO PERMITÍA EL CIERRE.

CASO 2: FOTO 12

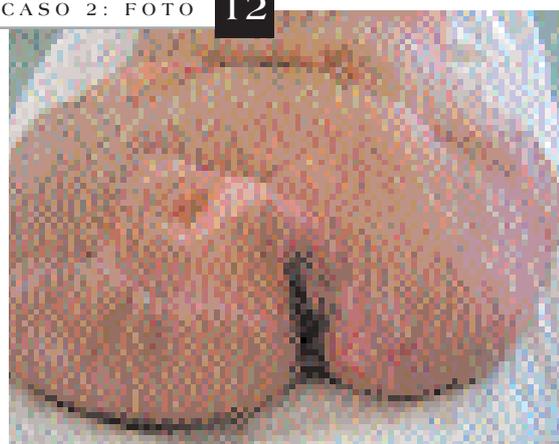


FOTO 12: POSTOPERATORIO ALEJADO.

## Conclusiones

Enfatizamos la posibilidad de utilizar el miembro inferior como fuente de tejido sano para la cobertura de úlceras múltiples por presión. El colgajo fileteado de muslo y pierna aporta una importante cantidad de tejido viable y apto para el apoyo y su cobertura puede extenderse hasta la región dorsolumbar, de ser necesario.

Reservamos su uso para casos seleccionados, como recurso final en los casos en los que hemos agotado la disponibili-

dad de colgajos locales, o como tratamiento de rescate o salvataje en pacientes lesionados medulares poliulcerados, cuando la gravedad del cuadro pone en riesgo su vida, a veces como tratamiento inicial.

Consideramos que la necesidad de realizar este tipo de cirugía representa el fracaso de los tratamientos quirúrgicos conservadores previos o el fracaso de la rehabilitación del paciente y en muchas ocasiones el desconocimiento o la negligencia en el manejo del paciente lesionado medular por parte del equipo de salud.



## Bibliografía

1. Conway, H.; Kraissl, C.; Clifford, R.; Gelb, J.; Joseph, J. and Leveridge, L.: The Plastic surgical closure of decubitus ulcers in patients with paraplegia. *Surg., Gyn. And Obst.*, 85: 321. 1947.
2. Georgiade, N.; Pickrell, K. and Maguire, C.: Total thigh flaps for extensive decubitus ulcers. *Plastic & Reconstructive Surgery*. Vol. 17, N° 3: 220 - 225. March 1.956.
3. Chase, R. A. and White, W. L.: Bilateral amputation in rehabilitation of paraplegics. *Plastic & Reconstructive Surgery*. Vol. 24, N° 5: 445 - 455. November 1.959.
4. Berkas, E. M.; Chesler, M. D. and Sako, Y.: Multiple decubitus ulcer treatment by hip disarticulation and soft tissue flaps from the lower limbs. *Plastic & Reconstructive Surgery*; 27: 618- 619. June 1.961.
5. Spira Melvin and Hardy Baron.: Our experiences with high thigh amputations in paraplegics. *Plastic & Reconstructive Surgery*, vol. 31, N° 4: 344- 352. April 1.963.
6. Burkhardt Boyd, R.: An alternative to the total-thigh flap for coverage of massive decubitus ulcers. *Plastic & Reconstructive Surgery*, vol. 49, N° 4: 433- 438. April 1.972.
7. Butler, Charles E.: Reconstruction of an extensive hemipelvectomy defect using a pedicled upper and lower leg in continuity Fillet flap. (Case Report). *Plastic & Reconstructive Surgery*, vol. 109 (3): 1.060-1.065. March 2002.
8. Correa, D. S.; Eshkenazy, R., de Oliveira Ferreira, F.; Rossi, B. M.; Nakagawa, W. T.; Cocco, L. F.; Ribeiro, L. G.; Santos, E. M. M.; Lopes, A.: Anterior flap hemipelvectomy: Experience with its performance in 8 cases (Original Article). *Journal of Pelvic Medicine & Surgery*, vol. 9 (2): 63- 67. March / April 2003.
9. Dormans, John P.; Vives, Michael: Woun coverage after modified hip disarticulation using a total adductor myocutaneous flap. *Clinical Orthopaedics And Related Research*, vol. (335): 218- 223. February 1.997.
10. Lawless, M. W.; Laughlin, R. T.; Wright, D. G.; Lemmon, G. W.; Rigano, W. C.: Massive pelvis injuries treated with amputations: Case reports an literature review. *The Journal of Trauma*, vol. 42 (6): 1.169-1.175. June 1.997.
11. Chang, D. W.; Lee, J. E.; Gokaslan, Z. L.; Robb, G. L.: Closure of hemi-corporectomy with bilateral subtotal thigh flaps. (Case Report). *Plastic & Reconstructive Surgery*, vol. 105 (5): 1.742, April 2000.
12. Yamamoto, Y.; Minakawa, H.; Takeda, N.: Pelvic reconstruction with a free Fillet Lower leg flap. *Plastic & Reconstructive Surgery*, vol. 99 (5) : 1.439- 1.441. April 1.997.
13. Tran, N.; Evans, G. R. D.; Kroll, S. S.; Miller, M. J.; Reece, G. P.; Ainsle, N.; Robb, G. L.: Free Fillet extremity flap: Indications and options for reconstrucción. *Plastic & Reconstructive Surgery*, vol. 105 (1): 99- 104, January 2.000.
14. Yamamoto, Y.; Sugihara, T.: Pelvic reconstruction with a free Fillet lower leg flap. *Plastic & Reconstructive Surgery*, vol. 111 (4): 1.475 – 1.476. April 2.003.
15. Chen, H., Weng, Ch. and Noorhoff, M. S.: Coverage of multiple extensive pressure sores with a single filleted lower leg myocutaneous free flap. *Plastic & Reconstructive Surgery*, vol. 78, N° 3: 396- 398. September 1.986.
16. Kuntscher, M. V.; Erdmann, D.; Homann, H.; Steinau, H.; Levin, S. L.; Germann and Gunter: The concept of Fillet flaps: Clasification, indications, and analysis of their clinical value. *Plastic & Reconstructive Surgery*, vol. 108 (4): 885 – 896. September 2.001.
17. Akbas, H.; Arik, A.; Eroglu, L.; Uysal, A.: Is rational flap selection and good surgical technique sufficient for treating pressure ulcers? The importance of Psychology: A prospective clinical study. *Annals of Plastic Surgery*, vol. 48 (2): 224 –225. February 2.002.
18. Cormack, G. C., and Lamberty, B. G. H.: The blood supply of thigh skin. *Plastic & Reconstructive Surgery*, vol. 75, N° 3: 342- 354. March 1.985.
19. J. A. Gosling; P. F. Harris; J. R. Humpherson; I. Whitmore; P. L. T. Willan: *Anatomía Humana. Segunda Edición.* Ed. Hartcourt Brace. Cap. 6: Extremidad Inferior. 1.994. Págs. 6.2-6.57.
20. Grant. *Atlas de Anatomía Humana. Novena Edición.* Ed. Médica Panamericana. 1.994. Págs. 255- 352.





# Reconstrucción mamaria con doble prótesis, desarrollo de la técnica

Dres. Nora Petralli\*, Lucila Mangas\*\*, Luis Ginesin\*\*\*, Manuel Viñal\*\*\*\*

\* Médica de Planta

\*\* Jefe de Residentes

\*\*\* Jefe de Unidad

\*\*\*\* Jefe de División

División de Cirugía Plástica y Reparadora  
del Hospital Gral. de Agudos José María Ramos Mejía

## Resumen

*Se presenta la técnica de reconstrucción mamaria con la utilización de doble prótesis (una de mama y otra aréolo-mamilar), en mastectomías inmediatas o diferidas, cuando no existe indicación de radioterapia posoperatoria.*

**Palabras clave:** Reconstrucción mamaria, prótesis mamaria, prótesis aréolo-mamilar.

## Summary

*It presents the techniques of breast reconstruction with double implants (breast and nipple-areola), in immediate and delayed mastectomys, when doesn't exists indication of radioterapy.*

**Key words:** Breast reconstruction, mammary implants, nipple-areola implants.

## Introducción

El camino de la reconstrucción mamaria nos ha mostrado distintas versiones con resultados estéticamente no demasiado apreciados.

Plantearémos una técnica reconstructiva en aquellos casos en que no está indicada la radioterapia posoperatoria.

## Marcación

Con la paciente en posición de pie, se marca la línea medio esternal, la línea axilar anterior, un amplio bolsillo subcutáneo que incluye el hemiabdomen superior (para la formación del neosurco y para la cobertura del polo

inferior de la prótesis), el surco submamario contralateral y el sitio de abordaje que generalmente consiste en una revisión de la cicatriz previa de la mastectomía en los casos de reconstrucción diferida (Foto 1).

## Anestesia

En aquellos casos donde la reconstrucción es diferida, se coloca a la paciente en decúbito dorsal, con los brazos en cruz, se efectúa la infiltración con solución anestésica local: xilocaína al 0,5%, con epinefrina 1:100000 y el agregado de media ampolla de adrenalina.

En determinados casos se acompaña con una sedación. En los casos donde la reconstrucción se realiza de manera inmediata, se utiliza anestesia general.

## Técnica quirúrgica

En primer lugar se debe tener sumo cuidado con el emplazamiento de la cicatriz, para que ésta no coincida con la proyección del pezón (aumentando el riesgo de extrusión de la prótesis).

En esta técnica se utilizan dos prótesis (1), una de mama, de poliuretano, modelo Pitanguy-Rebello, que tiene la característica de no poseer bordes palpables y al ser de poliuretano permite su colocación de manera subcutánea, los volúmenes de esta prótesis suelen variar de 120 a 220 cc. La segunda prótesis, de aréola-pezón, tiene un volumen de 10 ó 20 cc, es texturizada (lo que facilita un mejor "agarre" con la prótesis anterior) y posee un botón de silastic central que dará la proyección del pezón (Foto 2).

Una vez diseccionado un amplio bolsillo subcutáneo, se pro-

FOTO 1

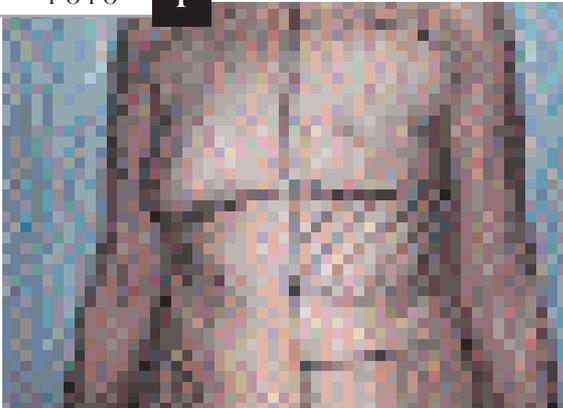


FOTO 1: MARCACIÓN CON LA PACIENTE DE PIE.

FOTO 2



FOTO 2: VISTA DE LA PRÓTESIS DE COMPLEJO ARÉOLA-PEZÓN.

FOTO 3

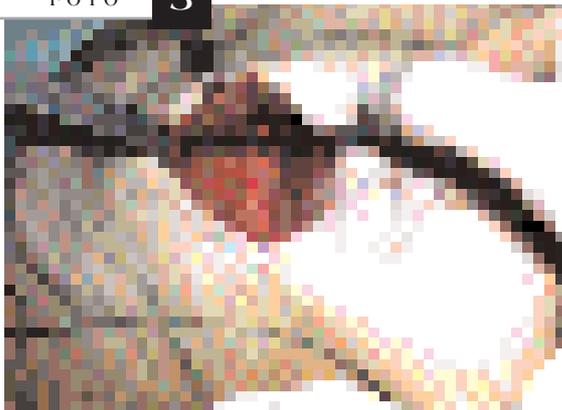


FOTO 3: AMBAS PRÓTESIS EN POSICIÓN.

FOTO 4

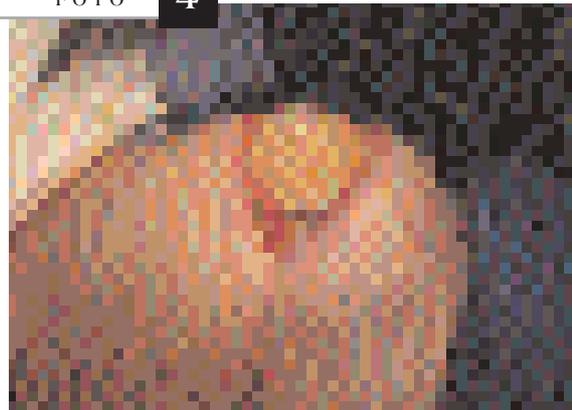


FOTO 4: FORMACIÓN DEL NEOSURCO.

FOTO 5



FOTO 5: CIERRE INTRAOPERATORIO.

FOTO 6

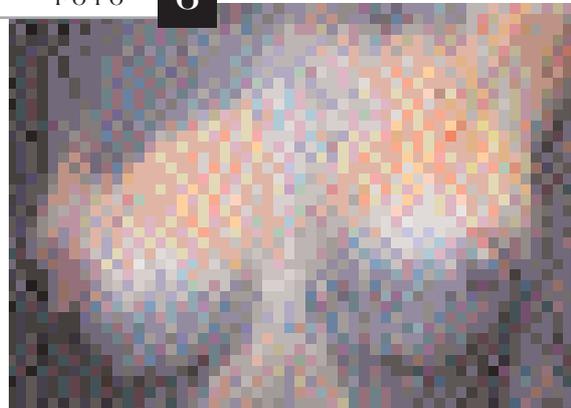


FOTO 6: SEGUNDO TIEMPO QUIRÚRGICO.



cede a la creación del neosurco, avanzando el hemiabdomen superior, fijándolo con una sutura continua reabsorbible que une la dermis al músculo y tomando como modelo el surco contralateral (Foto 3).

Se coloca la prótesis de mama y por encima de ésta, la prótesisaréolo-mamilar (Foto 4).

Finalmente, se efectúa un cuidadoso cierre por planos; se realiza un vendaje con cinta hipoalergénica, que mantiene en posición la prótesis dearéola-pezones y que se mantiene por dos semanas. Se coloca una faja compresiva que la paciente usará durante el primer mes del postoperatorio (Foto 5).

Los controles posoperatorios se practican entre las 24 y 48 horas, con curación de las heridas con antisépticos y los puntos se retiran a los 10 a 15 días.

En un segundo tiempo quirúrgico (2), se procede a la pigmentación y/o injerto del complejoaréola-pezones, evaluando en este mismo tiempo, la corrección de la mama contralateral para lograr la simetría final (Foto 6).

## Conclusiones

Consideramos que la reconstrucción de mama con la técnica de doble prótesis es simple, resuelve en uno o dos tiempos el defecto producido por la mastectomía, con resultados estéticos satisfactorios (3).

Posee las desventajas de no poder aplicarse en aquellos casos donde la paciente haya recibido radioterapia previa (4), que altera la calidad de la piel, y los costos de las prótesis.

## Bibliografía

1. Barone, F.E., Perry, L., Keller, T., et al.: "The biomechanical and histopathologic effects of surface texturing with silicone and polyurethane in tissue implantation and expansion", *Plast. Reconstr. Surg.*, 90: 77, 1992.
2. Osteen, R. T., "Reconstruction after mastectomy", *Cancer*, 76: 2020, 1995.
3. Andrade, W, N., Baxter, N. And Semple, J. L. , "Clinical determinants of patient satisfaction with breast reconstruction", *Plast. Reconstr. Surg.*, 107: 46, 2001.
4. Spear, S.L. and Onyewu, C. , "Staged breast reconstruction with saline-filled implants in the irradiated breast: Recent trends and therapeutic implications", *Plast. Reconstr.Surg.*, 105: 930, 2000.





# Indicaciones y técnica de la escharotomía en quemaduras

Dr. Hugo Orlando Bubenik

## Resumen

*Este trabajo tiene como objetivo volcar la experiencia de guardia en el uso de la correcta técnica e indicaciones de escharotomía en quemaduras profundas, en tiempo y forma que permite mejorar la evolución de las lesiones. Se presentan casos.*

## Summary

*This publication aims at delivering ward experience in using the proper technique and indications of escharotomy in deep burns, in terms of time and time procedure, which brings about improving lesion evolution. Cases are presented.*

## Introducción

La escharotomía es una intervención quirúrgica que debe realizarse como tal en quirófano, apenas el paciente ingresa al hospital, luego de realizar una inspección cuidadosa y evidenciándose el deterioro circulatorio en extremidades distales y/o dificultad en la expansión torácica se procede a la misma adaptándose ésta a las características de la quemadura y su localización.

## Definición

Es la descompresión que se realiza en quemaduras profundas para evitar la interrupción de la circulación distal o expansión torácica, mediante la incisión controlada a través del área quemada hasta llegar al plano vital.

## Indicaciones

- Quemaduras profundas circulares en miembros superiores e inferiores
- Quemaduras profundas circulares en cuello.
- Quemaduras profundas toracoabdominales con mala excursión respiratoria.

- Quemaduras profundas no circulares con compromiso vascular distal.

- Quemaduras intermedias circulares en extremidades, cuando el edema es muy intenso y produce el colapso venoso, haciendo insuficiente el drenaje postural.

En las quemaduras profundas, la piel pierde elasticidad, interrumpiéndose el retorno linfático, venoso y en casos más severos la circulación arterial. Se agrega a ello la alteración que el quemado presenta en las paredes vasculares: extravasación de líquido intersticial (edema), hemoconcentración, hipotensión, estasis venosa, hipoxia tisular, etc.

Determinar el relleno capilar mediante la presión del lecho ungueal y/o pulpejo del pulgar, valor normal antes de dos segundos.

## Técnica

### Tiempo sucio:

- Lavado antiséptico total.
- Eliminación de restos epidérmicos y material adheridos.
- Rasurado total.
- Nuevo lavado total.
- Secado y recambio de campos.
- Re-evaluación y definir la conducta a seguir.

### Tiempo limpio:

- Escarotomías, fasciotomías de descarga.
- Curación definitiva (pacientes a internar, derivar o ambulatorio).

Se secciona a bisturí o a electrobisturí la escara en todo su espesor y en forma longitudinal hasta llegar al panículo adiposo (plano vital), donde se observará el ensanchamiento y pérdida del líquido intersticial. En toda escharotomía la incisión se prolongará por encima y por debajo de la zona quemada (área constrictiva), esta intervención se realizará bajo anestesia general o controlada. Hemostasia profusa. Cura oclusiva (gasa en solución antibiótica, apósito y vendaje compresivo).

## Vías de abordaje

**Cuello:** Desde la inserción del músculo esternocleidomastoideo hasta el punto medio clavicular (Figura 1).

**Tórax:** Línea medio esternal, línea medioclavicular, línea axilar anterior. Puede hacerse en damero, intercalando las incisiones horizontales con las verticales antes dichas (Figura 2).

**Dorso de manos:** Hacia los pliegues interdigitales (Figura 3).

**Dedos:** Incisiones por cara interna y externa (Figura 4).

**Miembros:** Por cara interna y externa, por zonas neutras. Siguiendo el eje medial y lateral de los miembros. Para evitar lesiones tendinosas, elementos vasculares y nerviosos. Las articulaciones son puntos de máxima compresión (Figura 5).

**Pies:** De la misma forma que en manos (Figura 6).

## Error de técnica:

- Desconocimiento.
- Incisiones en menos (incompletas e insuficientes).
- Incisiones en más (fasciotomías).

## Métodos

### No invasivos

- Semiología.
- Oxímetro de pulso.
- Monitores ultrasónicos de flujo Doppler.
- Estudios termográficos.

## Conclusión

1. Las escarotomías son una urgencia.
2. En quemaduras profundas circulares.
3. En quemaduras profundas no circulares, según criterio médico.
4. Esta práctica debe realizarse en quirófano.

FIGURA

1



FIGURA

2



FIGURA

3



FIGURA

4





FIGURA 5

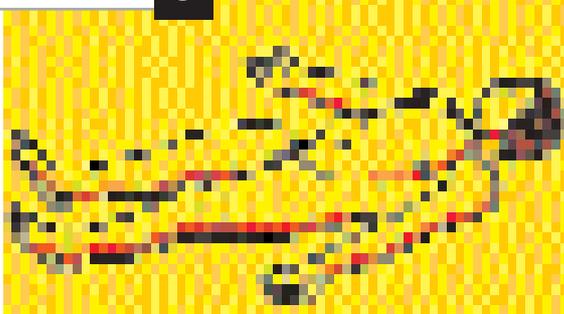


FIGURA 6



## Bibliografía

1. Bendlin, A. MD. Linares, H. MD. Benaim, F. MD. Tratado de Quemaduras. Tratamiento inicial de quemaduras. Cap.11. pag.158. Interamericana-McGraw-Hill.
2. Coiffman, F. MD. Texto de Cirugía Plástica, Reconstructiva y Estética. Tomo I. Cap. 3. pag.272-273. Salvat.
3. McCarthy, J. MD. Cirugía Plástica. Tomo II. La Mano. Cap. 41. pag.1163-1165. Panamericana.
4. McDougal, S. MD. Slade, L. MD. Pruitt, Jr. MD. Manual Sobre Quemaduras. Tratamiento Inicial. Cap.1. pag.21-25. Jims.
5. [http://WWW.indexer.net/quemados/manejo\\_inicial\\_ii\\_m.htm](http://WWW.indexer.net/quemados/manejo_inicial_ii_m.htm) (Capítulo 6).
6. [WWW.medicoecuador.com/español/articulos\\_medicos/26htm](http://WWW.medicoecuador.com/español/articulos_medicos/26htm)
7. VIII Jornadas Científicas del Hospital de Quemados. X Jornadas de Normalización del Tratamiento del Paciente Quemado. Setiembre 2002. Tratamiento Quirúrgico y Local del Paciente Quemado. Pag. 14-15.



>>>>> 2004 

# Curso Anual de Actualización en Cirugía Plástica 2004

8 de junio al 23 de noviembre de 2004  
Asociación Médica Argentina

Organizado por la Sociedad Argentina de Cirugía Plástica, Estética y Reparadora (SACPER)

Presidente: Dr. Jorge Buquet  
Director: Dr. Guillermo Vázquez  
Coordinador: Dr. Sergio Korzin  
Secretario: Dr. Fabián Pérez Rivera



# Responsabilidad profesional en Cirugía Plástica

Dr. Patricio F. Jacovella \*

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

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

## Resumen

*Desde el punto de vista jurídico, responsabilidad es la obligación de reparar, resarcir o indemnizar el perjuicio causado por la transgresión de una norma de conducta.*

*La doctrina y la jurisprudencia consideran que el acto médico es un vínculo jurídico que se desarrolla dentro de un marco contractual.*

*El médico tiene la responsabilidad de actuar de manera idónea; caso contrario deberá responder ante la justicia.*

*Se distinguen las obligaciones de medios y de resultados y se exponen diferentes teorías sobre responsabilidades individuales y compartidas con respecto al trabajo en equipos de cirugía plástica.*

*Se comentan jurisprudencia pertinente.*

## 1. Conceptos fundamentales

Históricamente, la idea de responsabilidad médica comienza con el código babilónico de Hammurabi, uno de los conjuntos de leyes más antiguos que se conocen. (1,2)

En la citada obra de 287 artículos o leyes, no se habla precisamente de todos los médicos, sino específicamente de los cirujanos, cuya actividad aparece regulada y con honorarios. También aparecen las penas por cometer errores médicos, como la de cortar la mano del cirujano que provocaba un daño grave. (3)

La responsabilidad médica profesional surge del concepto de responsabilidad civil implícita en los diferentes conceptos sobre derecho. (4)

El derecho es un orden y una forma de vida que respon-

de a la exigencia de hacer posible la vida misma, que no es cabalmente posible sin un orden y una seguridad. Es una regulación obligatoria de la conducta humana, que establecerá aquello que está jurídicamente prohibido, lo jurídicamente permitido y lo jurídicamente obligatorio. Toda conducta humana que se manifieste contraria al orden jurídico establecido, será considerada antijurídica. (42) El derecho así vulnerado, recurrirá a la aplicación de una pena o sanción al responsable.

Tanto la doctrina como la jurisprudencia al respecto sostienen que el acto médico es un vínculo jurídico que se desarrolla dentro de un marco contractual. (4,5,6,7,8)

El contrato es un acuerdo de voluntades entre partes y establece las obligaciones mutuas de cada uno de los contractuantes (Art. 1137 del Código Civil).

Responsabilidad, desde del punto de vista jurídico, es la obligación de reparar, resarcir o indemnizar el perjuicio causado por la transgresión de una norma de conducta, es decir por incumplimiento del contrato.

El médico, como persona actuante, tiene la responsabilidad de actuar de manera idónea; caso contrario deberá responder como todo ciudadano.

Para que se configure falta de responsabilidad médica:

- Se requieren ciertos presupuestos
- Un acto médico con culpa, una relación causal entre dicho acto y el perjuicio y una prueba fehaciente de lo producido, como por ejemplo una deformidad estética.
- Es interesante hacer notar que en muchos juicios por mala praxis, los demandantes desconocen algunos de los principios citados, como el de la necesidad de existencia de una relación causal entre el procedimiento médico y los resultados obtenidos.



## 2. Deberes de los médicos

Los siguientes son los deberes más importantes de los médicos

- . Deber de obrar o de asistencia
- . Deber de obrar sin demora
- . Deber de obrar calificado
- . Deber de derivar al paciente cuando lo considere necesario
- . Deber de informar debidamente al paciente
- . Deber de advertencia
- . Deber de obtener autorización para el tratamiento
- . Deber de confeccionar la historia clínica
- . Deber de denunciar los delitos

Al respecto, Choclán Montalvo (9) en su obra "Deber de cuidado y delito imprudente", señala que infringe el deber de cuidado no sólo el médico que trata al enfermo a pesar de su evidente falta de preparación, sino también el especialista que se abstiene de intervenir. Esta idea ya adelanta los conceptos sobre culpa médica.

## 3. Obligaciones de medios y de resultados

Existen diferencias entre obligaciones de medios y de resultados que en Cirugía Plástica Reparadora y Estética encuentran sus ejemplos.

3.1.1. Obligaciones de medios: también llamadas de prudencia, diligencia o comportamiento, son aquellas en las que no se compromete un resultado, sino que el médico en este caso, está obligado a usar los medios razonablemente necesarios para llegar a ese resultado. Significa que debe tomar ciertas medidas y observar determinado comportamiento, que habitualmente conducen a un resultado previsto. Si en una demanda el paciente desea demostrar la culpa del médico en esta obligación, debe justificar su falta de diligencia o el mal cumplimiento de la prestación. (1,2,10)

3.1.2. Obligaciones de resultados: son aquellas en las que se prometen determinados resultados, como consecuencia del acto médico. Los casos de cirugía plástica estética, quedan incluidos en estas obligaciones, ya que si no se prometiera un resultado estéticamente agradable, nadie solicitaría este tipo de intervención. (11) En estos casos, el demandante debe demostrar que los resultados no se ajustaron a lo previamente pactado, (33, 47) aunque autores como Vázquez Ferreira (12) opinan que algunos casos de cirugía estética deberían ser considerados como obligaciones de medios.

## 4. Clasificación de las faltas médicas

Las faltas médicas pueden ser clasificadas de manera simplificada siguiendo el esquema que se expone a continuación.

4.1. Según la instancia o fuero en que sean juzgadas  
Si la demanda es iniciada en el fuero civil, la determinación de la falta requerirá de una indemnización por daños y perjuicios.

La obligación de indemnizar el perjuicio ocasionado, está expresamente establecida en el Art. 1109, inciso 9, del Código Civil: "*La culpa del deudor en el cumplimiento de la obligación consiste en la omisión de aquellas diligencias que exigiere la naturaleza de la obligación y correspondiesen a las circunstancias de las personas, del tiempo y del lugar*". En el contrato médico, el especialista es el deudor de la obligación de prestar servicios.

Si en cambio el juicio tramita en el fuero penal, la falta será determinante de una sanción, multa, inhabilitación o prisión al profesional responsable. (4,13)

4.2. Según la intención del acto

Cuando el médico tratante que debe cumplir una obligación y no lo hace, con el propósito deliberado de causar daño a la otra persona, en este caso el paciente, se dice que procede con dolo.

Si el incumplimiento de la obligación se realiza sin intención de dañar, por impericia, imprudencia o negligencia, se dice que procede con culpa.

Para Bustamante Alsina (6) la culpa es la omisión de la conducta debida para evitar un daño. Si bien se entiende que el médico no actúa con intención de dañar, ya sea que actúe con dolo o culpa, tiene la obligación de reparar el perjuicio ocasionado.

## 5. Formas de culpa médica

5.1. Impericia: significa no tener el conocimiento suficiente para actuar de manera idónea. Como ejemplo cabe citar el efectuar una operación específica, sin contar con los conocimientos y destrezas específicos para el caso. Es hacer sin saber, por desconocimiento.

5.2. Imprudencia: es afrontar un riesgo sin haber tomado todos los recaudos para evitarlo, procediendo con apresuramiento innecesario, sin detenerse a pensar en los inconvenientes que resultarán de la acción. (13) Como ejemplos se pueden citar el hecho de no solicitar riesgo quirúrgico antes de operar y operar con anestesia general en un lugar inadecuado.

Imprudencia es hacer lo que no se debe hacer, o hacer-



lo con displicencia o falta de interés.

5.3. Negligencia: es el incumplimiento de los elementales principios inherentes al arte o profesión, en este caso el arte de curar. Como ejemplo puede hablarse del abandono de paciente o bien no efectuar la cirugía personalmente. Negligencia es no hacer lo que se debe hacer.

## 6. Responsables directos e indirectos

Como consecuencia de la presunta falta de responsabilidad, se definen los participantes de la misma como responsables directos o indirectos en el acto médico.

6.1. Los responsables directos son aquellos que han tenido intervención directa en el acto médico. Un especialista puede ser demandado por sus acciones personales o por lo actuado por el personal dependiente a su cargo, como por ejemplo médico ayudante o instrumentadora quirúrgica.

Un jefe de equipo es responsable directo de sus colaboradores, sobre quienes debe ejercer el deber de vigilancia. (Ley 17.132, inciso 9 y código Civil, artículo 1113). Parte del citado inciso, dice textualmente "fiscalizar y controlar el cumplimiento de las indicaciones que impartir a su personal auxiliar y asimismo que éstos actúen estrictamente dentro de los límites de su autorización, siendo solidariamente responsable si por insuficiente o deficiente control de los actos por éstos ejecutados, resultare un daño para terceras personas".

Al respecto, Hurtado Hoyo (14) dice que conformar un equipo quirúrgico armónico es un arte donde se necesita que confluyan diferentes aspectos de cada uno de sus integrantes para el logro de un objetivo común: atender al paciente. Habitualmente, el cirujano responsable de la intervención es quien elige a sus colaboradores directos, como por ejemplo sus ayudantes médicos, y su anestesiólogo.

En otros casos, sobretodo en hospitales públicos, existen menos oportunidades de elegir. Algunos servicios asistenciales hospitalarios provocan numerosas interferencias en los tratamientos (cambios de profesionales) creando graves inconvenientes referidos a la delimitación de las responsabilidades médicas. (6)

No obstante, el equipo será capaz de cumplir adecuadamente con su deber. Compagnucci de Caso (7) sostiene que "el jefe de un Departamento Médico debe considerarse integrante personal del grupo de riesgo y al margen, responsable reflejo de sus subordinados".

Si bien hay controversias entre responsabilidad individual y compartida, en general, la mayoría de autores

piensa que el jefe de un equipo en cirugía es el principal responsable cuando dispone de la elección de sus colaboradores. (2,15)

Conviene recordar que en el momento de plantearse la cirugía, el paciente trata únicamente con el cirujano, sin conocer habitualmente quienes los secundan y actúan bajo su coordinación. Con él se establece entonces un vínculo jurídico en el que el propio médico principal aparte de responder por su propia actividad, debe responder contractualmente por los componentes de su equipo. (13,14,16)

Cuando las intervenciones son realizadas por cirujanos en formación como por ejemplo médicos residentes, el jefe de equipo debe supervisar personalmente los actos quirúrgicos ya que es el responsable. (16,17) Se delega la función pero no la responsabilidad.

6.2. Los responsables indirectos o sujetos pasivos por responsabilidad refleja, son aquellas instituciones que sin participar directamente del acto médico, brindan las posibilidades para que el primero se lleve a cabo. Como ejemplos pueden citarse a los sanatorios, obras sociales y sistemas de medicina pre-paga. (6,18)

La responsabilidad de las entidades asistenciales (19), centrada en la calidad del servicio que presta, involucra la habilitación, la categorización y la acreditación, condiciones que deben ser investigadas al elegir un establecimiento para operar.

La doctrina mayoritaria considera que la responsabilidad de las entidades prestadoras es de tipo contractual, ya sea en forma directa por sus propios actos o indirecta refleja, como obligación de seguridad o garantía, por el hecho de terceros. (18)

En principio estas entidades responden por los daños causados por quienes las dirigen. El problema se plantea cuando se pretende responsabilizar a la entidad asistencial por el daño ocasionado por sus médicos o auxiliares, aparatos o instrumental. En este caso conviene aclarar que la relación del médico con las instituciones es simplemente administrativa y que su actuación es personal de acuerdo a su capacidad, pues no tiene dependencia científica de la institución (20), salvo que pertenezca a un servicio hospitalario como subordinado.

Según Matínez Marull (21), las instituciones médicas, por ser personas jurídicas, asumen las mismas responsabilidades legales que las personas reales. Éticamente, por carecer de atributo humano, solo responden socialmente por las inconductas de sus integrantes, Es importante también tener en cuenta el concepto de solidaridad de los demandados y que el artículo 1109 del Código Civil, hace responsables solidarios a todos los



demandados, directos e indirectos. Esto significa que cada uno de los demandados debe responder por el total de la suma a indemnizar. De esta manera la insolvencia de uno de los demandados no perjudica al demandante, quien podrá obtener su justa indemnización.

## 6. Responsabilidad compartida

La mutación de la medicina personalizada de libre elección en medicina multipersonal de elección condicionada, ha creado en cirugía la actuación de diversos especialistas, llegando al concepto de "trabajo en equipo". (7,14,15)

La compleja cirugía moderna se practica con la colaboración de un conjunto de profesionales en forma organizada, ya que el avance de las especialidades lo hace necesario. Así, el acto médico se transforma de una actividad individual a una conjunta.

Existen opiniones encontradas referentes a los conceptos de responsabilidad de un equipo médico.

Para algunos autores, como se adelantó al hablar de responsables directos, el cirujano es como el capitán de un barco y por lo tanto el principal responsable.

Para otros, existe autonomía científica suficiente en algunos integrantes del equipo quirúrgico, como por ejemplo los médicos anesestesiólogos y los cardiólogos. En este ejemplo, se considera que los especialistas en Anestesiología y Cardiología, son responsables de sus propios actos médicos.

Aparece así la llamada división horizontal del trabajo que se caracteriza porque no existe una relación jerárquica de subordinación. Según se presenten los diferentes elementos en una demanda, el juez se inclinará hacia uno u otro lado, considerando las circunstancias, los elementos de prueba y la jurisprudencia.

En Cirugía Plástica Estética, un equipo está habitualmente formado por el cirujano, el médico ayudante, el anesestesiólogo, el cardiólogo si el tipo de paciente lo requiere y la instrumentadora quirúrgica matriculada. El número de profesionales es variable según cada caso. Los diferentes integrantes del equipo cumplen su función con un alto grado de individualismo, pero en general bajo la coordinación del cirujano, quién desarrollará el contralor de los demás profesionales durante el acto médico.

Existe en estos casos lo que los juristas denominan "indivisibilidad impropia", por lo que se hace imprescindible demandar en conjunto a todo el equipo. Luego en el juicio podrán individualizarse las responsabilidades que

podrían caberles a cada uno de los integrantes del grupo de trabajo cuestionado. (5,6,16,22,23)

Probada la relación de causalidad entre el daño ocasionado a un paciente y la intervención de un equipo de médicos, se presume la citada relación de cada uno de sus miembros con el hecho imputado, de manera que corresponde a cada profesional probar su no intervención en la producción de tal daño.

Es decir que a los fines indemnizatorios, siguiendo a Bustamante Alsina, (20) en casos de mala praxis, las responsabilidades pueden recaer sobre uno, alguno, todos o ninguno. Criterios similares en materia penal son sostenidos por Hava García. (13)

## 7. Jurisprudencia comentada

Las siguientes consideraciones permiten ilustrar lo anteriormente expresado:

1) *"La responsabilidad conjunta del anestesista y cirujano, cuando el daño se produce por negligencia o impericia del primero, deriva de la existencia entre ambos de una relación de dependencia. Este último tiene un deber de dirección y vigilancia sobre todos los miembros del equipo en los que hace a los aspectos de su incumbencia, de cohesión de grupo o de carácter individual"* (Conf., CN Civ, Sala C, E. D., 102-206 Civil Sala L sentencia definitiva. C. L04304 R. N y otros c/ R.N.S.S.P.J.Y P s/daños y perjuicios. 25/07/94

2) *"No obstante la existencia de autonomía científica y técnica que caracteriza la función del anestesista frente al cirujano, lo cual permite excluir cualquier relación de subordinación entre ambos pueden presentarse supuestos en que mediare concurrencia de responsabilidad con la del jefe del equipo, cuando por su propia negligencia u omisión, hubiere contribuido al desencadenamiento de los hechos"* (Sum.:C0014143. Cámara Nacional de Apelaciones en lo Civil, Sala A. D. A c/ S.A. de T. O. S. y otro s/ Daños y Perjuicios- sumario. Sentencia A 131554. 15/05/96.

Con respecto al seguimiento del paciente después de la cirugía, Sapisochín, (17) en su artículo "el acto quirúrgico, consideraciones médico legales", comenta el siguiente caso: "Causa Córdoba I. c/ Municipalidad de Morón Número 21003" Cámara de Apelaciones en lo Civil y Comercial de Morón.

3) *"Dejando de lado cuál sea la organización hospitala-*



ria, es lo cierto que la actividad del cirujano no se agota al salir del quirófano sino que se extiende al posoperatorio, debiendo seguir junto a su enfermo hasta su recuperación."

4) "En los casos de cirugía estética o reparadora, la obligación asumida por el médico es de resultado y por lo tanto aquél será responsable de los daños ocasionados si no demuestra caso fortuito o fuerza mayor. Es que la intervención del médico sólo está justificada por la finalidad perseguida de lograr un efecto favorable desde el punto de vista estético. Ello supone que el médico ha pronosticado al cliente un resultado, pues no otro es el objeto del consentimiento que éste ha prestado". Civil-Sala I R D A de R. Sentencia definitiva C.083433. C. R. c/ F. A. s/ Daños y perjuicios. 08/07/92.

5) "La asimetría de las orejas con relación al cráneo y el alisamiento de la oreja derecha como resultado de una cirugía estética o reparadora a la que se sometió el actor, constituye un daño físico que tiene repercusión económica, ya que puede influir en sus posibilidades económicas y pro lo tanto debe ser resarcido" Civil- Sala I R D A de R. Sentencia definitiva C.083433. C.R. c/ F.A. s/ Daños y perjuicios. 08/07/92.

Si bien el criterio habitual es el de considerar a la cirugía estética como una operación con obligación de resultados, Vázquez Ferreira (12) opina que en algunos casos, pueden ser consideradas como obligaciones de medios, ya que el especialista arbitra todos los recursos disponibles para lograr un resultado y en algunos casos por diversas causas no incluidas en los conceptos de impericia, imprudencia o negligencia, no se logra lo deseado.

## Bibliografía

1. Lavalle, H. M.: Defensa médica II: Prevención de juicios de mala praxis. A.G.A. Ediciones. Buenos Aires, 1998.
2. Sanguinetti, F.: Responsabilidad ética y jurídica del cirujano (Relato oficial del congreso Argentino de Cirugía de 1988) Revista Argentina de Cirugía, número extraordinario: 1, 1988.
3. Achaval, A.: Manual de medicina legal. Abeledo Perrot. Buenos Aires, 1994.
4. Medone, A. y Califano, J.E.: Mala praxis médica: efectos y prevención. Editorial La Prensa Médica Argentina. Buenos Aires, 1995.
5. Bueres, A. J.: Responsabilidad civil de los médicos. Hammurabi. Buenos Aires, 1994.
6. Bustamante Alsina, J.: Responsabilidad civil de los médicos en el ejercicio de su profesión. La Ley T 1976 C, 63
7. Compagnucci de Caso R H: Responsabilidad médica y responsabilidad colectiva. La Ley T. 1991 D, 466.
8. Sproviero, J.: Mala praxis, presentación jurídica del médico. Editorial Abeledo Perrot. Buenos Aires, 1994.
9. Choclán Montalvo, JA: Deber de cuidado y delito imprudente. Bosch. Barcelona, 1998.
10. do Pico JC y do Pico Mai CL: Cirugía y Mala Praxis. Revista de la Asociación Médica Argentina, 2002,115(1):31
11. García Sanchez, M.C.: Responsabilidad de cirujano estético. En Gherzi, C. A.: Responsabilidad profesional. Editorial Astrea. Buenos Aires, 1998.
12. Vázquez Ferreira, R.: Daños y perjuicios en el ejercicio de la medicina. Editorial Hammurabi. Buenos Aires, 1992.
13. Hava García, E: Responsabilidad penal por mala praxis médica. En Donna, E A: Revista de Derecho Penal, Editorial Rubinzal Culzoni, volumen 1, página77, Buenos Aires, 2002.
14. Hurtado Hoyo, E.: Responsabilidad legal del equipo quirúrgico. Revista de la Asociación Médica Argentina, 107 (4):25, 1994.
15. Sapisochin, E.: Responsabilidad legal en medicina de urgencia. Revista de la Asociación Médica Argentina, 108:17, 1995.
16. Mammoni, O.A.; Mammoni, G. C. Y Mammoni, O.H.: Acto médico en trabajo de equipo. Revista Argentina de Cirugía, 56: 134, 1989.
17. Sapisochin, E.: El acto quirúrgico. Consideraciones medico legales. Revista de la Asociación Médica Argentina, 109:34,
18. Darritchon L M: Responsabilidad civil de las entidades prestadoras de servicios médicos. La Ley T. 1989 A, 176.
19. Cafasso, J. C.: Seguridad en el quirófano. ( Relato oficial del Congreso Argentino de Cirugía de 1992) Revista Argentina de Cirugía,(número extraordinario):79,1992.
20. Bustamante Alsina, J: Responsabilidad civil en caso de pluriparticipación profesional en acto médico. La Ley T 1983 B, 314
21. Martínez Marull, A.: Responsabilidad ética y jurídica de las instituciones. (Relato oficial del congreso Argentino de Cirugía de 1988) Revista Argentina de Cirugía, número extraordinario:57, 1988.
22. Trigo Represas, F. A.: Reparación de daños por malapaxis médica. Editorial Hammurabi. Buenos Aires, 1995.
23. Trigo Represas, F. A. y Stiglitz R S: Seguros y reponsabilidad civil: El seguro contra la responsabilidad civil profesional del médico. Astrea. Buenos Aires, 1983.



## Recordando a los que nos precedieron: Dr. Francisco Arespacochaga (Cirujano Maestro)

Recordándolo... por la Dra. Martha O. Mogliani

En estos días en que los seres humanos estamos inmersos en el hacer, comprar, vender, buscar y dedicar la mayor parte de nuestras vidas a trabajar, hacer un alto y sentarnos a recordar y valorar a los que ya no están junto a nosotros, es un acto de aprendizaje.

Los recuerdos que aparecen en mi mente pasan como

una película donde se revela la personalidad íntima del ser al que recordamos. Sus defectos se empequeñecen ante la magnitud de la tarea desarrollada. Recordar hoy al señor doctor Francisco Arespacochaga (Paco para sus discípulos y amigos), Cirujano Maestro de nuestra Sociedad, me produce una gran emoción y un alto honor. Fue mi jefe y consejero, siempre presente, dando sin egoísmo su saber no sólo en la especialidad que tanto quisimos, sino además su "saber sobre la vida". Podríamos de-



PLANTEL SALA 7 - HOSPITAL G. RAWSON - AÑO 1968. DRES.: 1) U. DE SANTIS, 2) GALINDEZ, 3) F. ARESPACOHAGA, 4) A. TAMBELLA, 5) DALLORSO, 6) URBISTONDO, 7) J. BERTOLOTTO, 8) M. MOGLIANI, 9) CAEIRO, 10) SALAS, 11) A. ORIS DE ROA, 12) R. RABIA, 13) F. FAMÁ, 14) FACCIOTTI, 15) J. PANIZZA, 16) YACOMOTI.



cir, para definir a "Paco", que fue un cuidadoso y amoroso jardinero que durante muchos años ayudó a crecer y madurar en su jardín de la Sala 7 del Hospital Guillermo Rawson, a la gran mayoría de los cirujanos plásticos que hoy ocupan un lugar relevante en nuestra Sociedad e internacionalmente (Cirujanos Maestros, Jefes de Servicio, Presidentes de la SACPER y de la filial Buenos Aires).

Mis recuerdos se remontan a el mes de marzo de 1968 cuando de la mano de mi querido Dr. Aníbal Tambella fui a la Sala 7 y lo conocí. Su estatura física era pequeña pero, qué imponencia tenía su decir, su actuar, su bondad paternal!. Allí me formé bajo su atenta mirada, siempre dispuesto a enseñar, a corregir, con una palabra de aliento todas las mañanas inculcándonos a sus discípulos que debíamos estudiar, hacer las cosas bien, aprender de los errores y tener una formación ética. Era la época en que el jefe operaba y ayudaba a sus discípulos. Parte de las obligaciones que teníamos era asociarnos a la SACPER, muchos de nosotros junto con él estuvimos presentes en la creación de la Sociedad de Cirugía Plástica de Buenos Aires.

Cuánta creatividad hubo en su vida!. Tenía además el don de los poetas, de los escritores y oradores. Su gran cultura le permitía improvisar y cautivar al auditorio. Su apertura mental y su bondad le permitían recibir en su Sala 7 a muchísimos jóvenes que estuvieran dispuestos a aprender. En el año 1970 creó el Curso Bianual de Cirugía Plástica del Hospital Rawson donde el Dr. Osvaldo Cudemo y yo tuvimos el honor de ayudarlo en la organización del mismo, a su vez todos los médicos de planta colaboraron en las disertaciones y en las operaciones que se realizaban. Era un curso teórico práctico y se podía llevar a cabo porque la Sala 7 contaba con 29 camas propias para internación, 4 quirófanos con 5 camillas, 6 camas para quemados con 2 quirófanos; todo esto dotado con personal paramédico propio. El curso fue aprobado por la entonces Municipalidad de Buenos Aires.

Innovador de técnicas quirúrgicas, colaborador en varios libros sobre la especialidad, pero fundamentalmente fue un formador de cirujanos plásticos y como él decía con mucho gozo "que cuando el discípulo superaba al maestro era porque el maestro era muy bueno", alegrándose y participando de nuestros triunfos.

Podríamos agregar que fue un argentino por elección porque nació en Panamá el 16 de diciembre de 1915. Sus padres eran actores de teatro y con su propia compañía recorrían Latinoamérica hasta que decidieron, después de su nacimiento, instalarse en Buenos Aires, lugar donde creció, vivió y fundó su familia, compuesta por su

esposa Fides y su hija María Consuelo.

La mayor parte de su vida profesional se desarrolló en el Hospital G. Rawson, al que ingresa en el año 1937, pasa por Guardia, Clínica Médica, por Cirugía Plástica que funcionaba en Otorrinolaringología y estaba a cargo del Dr. Roberto Dellepiane Rawson. En 1956 se crea el Servicio de Cirugía Plástica a cargo del Dr. Dellepiane Rawson y en 1966, cuando se jubila, Paco gana por concurso la Jefatura, logrando con su tesón y laboriosidad, llevar a la Sala 7 a la categoría de División.

Luego del cierre del Hospital Rawson pasa al Hospital Ramos Mejía y extrañando la autonomía de sus "camas y quirófanos propios y su exclusivo personal", se retira de la actividad hospitalaria.

Siguió con su actividad particular reuniendo siempre a sus discípulos, con los que fomentó por sobre todo, una relación de amistad y afecto.

**Recordándolo...** por el Dr. Enrique Gagliardi (Director de la Carrera de Cirugía Plástica de la Pontificia Universidad Católica Argentina)

Conocí al Dr. Francisco Arespacochaga en el año 1975 cuando, habiendo terminado mi residencia de Cirugía General, decidí realizar Cirugía Plástica en el Hospital Rawson .

En ese entonces fui aceptado en el Curso Bianual que se dictaba en la Sala 7 de dicho Hospital, siendo el Dr. Arespacochaga a la sazón jefe del Servicio de Cirugía Plástica y director del Curso.

En poco tiempo encontré en Arespacochaga a una gran persona que se preocupaba por la formación de los médicos y también a un ser humano que podía comprender los problemas típicos de los que comenzábamos en una especialidad.

Sin embargo, la diferencia generacional y de conocimientos, mantenía una distancia en nuestra relación, que se enmarcaba en una gran seriedad y sólo en enseñanzas y consejos de aspecto profesional.

El cierre del Hospital Rawson en 1978, me obligó a buscar nuevos rumbos y perdí ese contacto diario con el Dr. Arespacochaga, siendo los congresos o reuniones societa-rias las pocas oportunidades de poder saludarlo.

El año 1986 me encuentra en el comienzo de mi actividad docente en la Universidad Católica Argentina, habiendo organizado un Simposium Internacional de Reconstrucción Mamaria, cuyo buen resultado era clave para mi futuro en dicha Universidad.

Me atreví a invitar al Dr. Arespacochaga a una reunión que se haría en la noche de la primer jornada del Sim-



posium y en la que intervendrían los invitados extranjeros y las autoridades de la Universidad (no lo invité al acto inaugural porque sabía que no le gustaba madrugar). El día de la inauguración, a las 8 de la mañana, esperé al Rector de la Universidad en la puerta de la Facultad y nos dirigimos al salón de actos para iniciar el evento. Grande fue mi sorpresa al subir al estrado: el Dr. Arespacochaga estaba en la primera fila del auditorium, por lo que solicité permiso al rector para invitarlo a subir y participar de ese acto inaugural.

En ese momento el Dr. Arespacochaga me dijo que había considerado importante estar conmigo en el comienzo de la actividad científica del simposio para darme su apoyo .

Más grande fue mi emoción, cuando habiéndole pedido al Dr. Arespacochaga que dijera unas palabras, escuché elogiosos conceptos sobre mi persona .

Esto pinta a Arespacochaga como una noble persona dispuesta a ayudar a sus colegas y discípulos en el momento oportuno y sin condicionamientos.

## Recordándolo... por el Dr. Francisco Jorge Famá

Mi primer encuentro con Francisco Enrique Arespacochaga, para algunos "el vasco" y para todos Paco fue en febrero de 1968, cuando me recibió en su despacho del viejo y querido Hospital Rawson a instancias de un joven integrante de su servicio, el Dr. Osvaldo Cudemo, quién le transmitió mis deseos de abrazar la especialidad.

Lo hizo como sólo los grandes saben hacerlo, con el corazón y los brazos abiertos, actitud que jamás cambiaría ni con respecto a mí, ni con el resto del Servicio. Debo destacar que mi admisión no se produjo como una necesidad de ampliar su plantel de profesionales, ya que contaba con un Servicio muy numeroso y calificado, sino como producto de su indiscutible generosidad que puso al alcance de quienes tuvieran interés en una especialidad que estaba comenzado a crecer dentro del país. Basta mencionar que en la misma semana ingresaron tres profesionales más, la Dra. Martha Mogliani, el Dr. Manuel Viñal, y el desaparecido Octavio Tognaccioli, y que con posterioridad lo hicieron Vassaró, Gagliardi, Ginesín, Ravone y tantos otros. A todos se brindó por igual. Podrá criticarse a la distancia que no inculcó en nosotros la disposición a efectuar publicaciones científicas, pero suplió ampliamente esta falencia con la posibilidad de participar en carácter de ayudante y rápidamente de cirujano, sin más límite que el cada uno se impusiera, en las más de diez operaciones diarias que se rea-

lizaban en el Servicio, que contaba con quirófanos propios, lo que permitía mantener este ritmo de trabajo, y satisfacer la demanda de las cuarenta consultas "de primera vez" que recibía diariamente.

Su participación en las tareas del consultorio, asignando los pacientes, y del quirófano, operando, era permanente, y este ritmo de actividad no disminuyó ni siquiera cuando circunstancialmente ocupó la dirección del Hospital.

Recuerdo que, como jóvenes que éramos, siempre realizábamos alguna travesura, y que en alguna ocasión Manuel Viñal fue enviado, en los ateneos en los que Paco distribuía las funciones, a "Siberia", como llamábamos al Pabellón de Quemados, y no era precisamente por su culpa, ya que Manuel era el más circunspecto de nosotros, pero a veces Paco nos confundía.

Recuerdo también una ocasión en la que me dijo que me quedara porque tenía que ayudarlo, y la ayuda fue la intervención en una autopsia que se realizó en la morgue del hospital, convertida a la sazón en set de filmación, con lo que sus manos y las mías se vieron en televisión en "El muñeco maldito" de Narciso Ibáñez Menta, de quien Paco era gran amigo.

Nos dio a todos la inmensa oportunidad de aprender la especialidad con un enorme caudal de pacientes, sin imponer condiciones en la participación, y contando no sólo con su experiencia personal sino también con la de otros integrantes del Servicio, los que basta con nombrar a Aníbal Tambella, Ulises De Santis, Miguel Bisso, Alberto Caeiro, Federico Dallorso, Lorenzo Galíndez, Aníbal Oris de Roa, Raúl Rabbia, Francisco Urbistondo, todos ellos contagiados con la generosidad de Paco poniendo a nuestra disposición sus conocimientos.

Su actitud hacia los integrantes del Servicio no cambió nunca. Siempre nos guió y siempre nos cuidó, con un total desprendimiento personal. Me tocó verlo, en razón de una función que desempeñaba, en su lecho de enfermo, y no pude contener las lágrimas.

**Paco, muchas gracias.**

## Recordándolo... por el Dr. Juan Carlos Panizza

El Doctor Francisco Enrique Arespacochaga fue uno de los Cirujanos Plásticos que formó parte de los pioneros argentinos en la especialidad: Ernesto Malbec, Héctor Marino, Julián Fernández y otros.

En el Hospital Rawson comenzó el aprendizaje de la especialidad, hospital al que estuvo profundamente ligada su vida profesional



Se inició como practicante externo en el año 1937 y culminó como jefe de la División de Cirugía Plástica, cargo ganado por concurso. Creó en su Servicio el Curso Binaual de Cirugía Plástica como parte de la Escuela Quirúrgica Municipal para Graduados Enrique y Ricardo Finochietto.

En su querida Sala 7 y rodeado de los colegas que comenzaban sus primeras armas, se lo veía compartir cada caso brindando el consejo oportuno y la palabra cordial: "sólo se llega a cirujano plástico teniendo el firme propósito de servir platónicamente a los postulados de nuestra especialidad".

Surgen en mis pensamientos muchos consejos, enseñanzas de vida y palabras que él repetía:

"Se llega como en todo, en primer término queriendo firmemente llegar. Hoy el camino es más transitable, ya lo han abierto en gran parte los cirujanos maestros en nuestro país y los de otros países, pero los sitios de aprendizaje son pocos (jamás he negado el ingreso a mi Servicio de ningún cirujano joven ávido de aprender). Con afán y trabajo es posible llegar, pero a veces en el fracaso está el profundo secreto de la gloria que es su sentido heroico. Porque los grandes héroes no son los que han vencido, sino los que han caído intentándolo.

Alguien dijo que en la vida, el secreto no es hacer lo

que a uno le gusta, sino más aún, encontrar gusto en lo que uno hace.

Ética es en suma la condición de ejercer nuestra profesión en provecho de los demás y en el propio, pero con dignidad. La ética brota como una flor espontánea de la vocación. No ser sólo un buen médico sino un médico bueno (que no es lo mismo)".

Convivencia: no hablar jamás mal del colega es lo fundamental en este tópico. Aparte hablar mal del colega es siempre un mal negocio pues es hablar de la medicina y en definitiva de nosotros mismos. Desautorizar o menospreciar a un colega es una piedra que podrá volver hacia nosotros, hablando en definitiva de nosotros mismos.

Ante un yerro ajeno, el silencio es un piadoso manto con el que cubriremos la ineficacia del colega.

Admirado maestro!, creo que todos sus discípulos y seguidores tendremos como ejemplo sus consejos y sus palabras, que tienen la fuerza de un hombre que ha decantado sus opiniones y vivencias sobre el lecho de su experiencia.

**Gracias "Paco" por habernos permitido compartirlos.**





# Comentario del XXXIV Congreso Argentino de Cirugía Plástica:

Durante los días 1, 2 y 3 de abril del 2004 se llevó a cabo el XXXIV Congreso Argentino de Cirugía Plástica en la hermosa ciudad de La Plata, famosa por su prestigiosa universidad y las facultades que la componen; por sus diagonales, bosque y la magnífica Catedral de la Inmaculada Concepción, el mayor templo en estilo neogótico de Sudamérica.

El día 31 de marzo próximo pasado se realizó el Curso Pre-Congreso con cirugías "in vivo", en el que se efectuaron operaciones de rinoplastias, mastoplastias, cirugía abdominal, reconstrucción mamaria y fueron realizadas por los distinguidos invitados extranjeros. Quienes además de las demostraciones quirúrgicas, dieron varias conferencias centrales: El Dr. Phillip Blondeel (Bélgica) habló sobre "Colgajos perforantes"; el Dr. Gilbert Aiach (Francia), sobre "Rinoplastias"; el Dr. Michel Stricker (Francia) sobre "Cirugía cráneo facial y secuelas labio alvéolo palatinas"; la Dra. Manuela Berrocal Revueltas (Colombia), Secretaria General de la F.I.L.A.C.P., cerró el Congreso con una conferencia sobre "Bioética, educación y ecología médica". La Dra. Lucía Vera Cardim (Brasil) expuso sobre "Cirugía maxilo facial y el rejuvenecimiento facial". El Dr. Joao Sampaio Goes (Brasil) disertó sobre "Avances en implantes mamarios", el Dr. José Tariqi (Brasil) habló sobre "Mastoplastia de reducción". El Dr. Fausto Viterbo De Oliveira Neto (Brasil) dio una conferencia sobre "Parálisis facial", el Dr. Carlos Uebel (Brasil) disertó sobre "Avances en microimplante" capilar.

El Congreso contó con 581 inscriptos y fue dividido en varios módulos como: Colgajos en reconstrucción de tronco y miembros, Mastoplastias de reducción y aumento, Quemadura oncológica y Parálisis facial, en los que además de los invitados extranjeros disertaron colegas argentinos presentando sus experiencias en diferentes técnicas.

Los premiados en el Congreso fueron: Premio Senior "Dr. Mauro Daroda": se otorgó en forma compartida por el trabajo "Manejo quirúrgico y sistematización de tratamiento en secuelas de fracturas orbitales" al Dr. Claudio Néstor Saladino y como co-autores a los Dres. Eduardo Vicente Gallo y Manuel Alberto Viñal. Por el trabajo "Transposición intratorácica de músculo extratorácico en cirugía cardiopulmonar" al Dr. Daniel Eduardo Absi y como co- autor al Dr. Jorge A. Grúa.

Premio Investigación "Dr. José Robles": Se otorgó mención de honor, por el trabajo "El implante de dimetilpolisiloxano

como factor neutralizador de injurias hormonales que actúan en la glándula mamaria" al Dr. Néstor Martín Vincent y como co-autores a los Dres. Leonardo P. Barletta y Martín Laguens.

En la Asamblea General del XXXIV Congreso se volvió a elegir como delegado nacional ante la IPRAS al Dr. Paulino Morales. Se reeligió a la Dra. Martha O. Mogliani como editora de la Revista Argentina de Cirugía Plástica para el período 2004- 2007. Se votó la nominación de Miembro Honorario Nacional al Dr. Flavio Sturla. Se informó sobre el proyecto presentado a la FILACP, en caso de ser elegidos para el año 2006 como sede del Congreso. Se oficializó la lista de autoridades para el período abril 2005- abril 2006:

**Presidente:** Dr. Jorge Alberto Buquet

**Vicepresidente:** Dr. Antonio Aldo Mottura

**Secretaria General:** Dra. María Cristina Picón

**Prosecretario General:** Dr. Héctor Salvador Marino

**Tesorero:** Dr. Juan José Marra

**Protesorero:** Dr. Francisco Jorge Famá

**Secretario de Actas:** Dr. Walter Servi

**Director de Publicaciones:** Dr. Justo G. La Torre Vizcarra

**Subdirector de Publicaciones:** Dr. Oscar Daniel Adamo Nicolini

Vocales Titulares: Dr. Ricardo Terazawa

Dr. Eduardo Gómez Vara

Dr. Ricardo Hoogstra

Dr. Jorge José Díaz García

Vocales Suplentes: Dr. Rubén Emilio Rosati

Dr. Claudio Néstor Saladino

Dr. Edgardo Alejandro Raggi

Dr. Jorge Rubén Ferreyra

Luego se pasó a cuarto intermedio para, a posteriori del Congreso de Sevilla, confirmar la sede y presidente del Congreso Argentino para el año 2006.

Desde este espacio se desea agradecer a todos los organizadores, disertantes y concurrentes que formaron parte de este XXXIV Congreso, siendo estas reuniones científicas el mayor evento anual que la Sociedad Argentina de Cirugía Plástica, Estética y Reparadora realiza.



## NOTICIAS SACPER

❖ **XXXV Congreso Argentino de Cirugía Plástica: Buenos Aires, del 14 al 16 de Abril de 2005. Se realizará en el Sheraton Hotel, Buenos Aires, Argentina.**

### Comité Ejecutivo:

Presidente Honorario: Académico Dr. Fortunato Benaim  
Presidente: Dr. Luis Alberto Margaride  
Vicepresidente: Dr. Daniel E. Absi  
Secretario General: Dr. Juan M. Chavanne  
Secretario Adjunto: Dr. Eduardo Errea  
Tesorero: Dr. Jorge Grúa  
Pro-Tesorero: Dr. Juan M. Marra  
Director de Publicaciones: Dr. Oscar D. Adamo Nicolini  
Secretario de Actas: Dr. Fabián Pérez Rivera

### Comité Científico:

Presidente: Dr. Guillermo Flaherty  
Secretarios: Dr. Rubén E. Rosati  
Dr. Ernesto Moretti  
Dr. Rodolfo Cuchiani Acevedo

**Invitados Extranjeros:** Dres. Foad Nahai (USA), Ian T. Jackson (USA), Henry Kawamoto (USA), Kenneth Salyer (USA), Mutaz Habal (USA), Patric Maxwell (USA), Fernando Ortiz Monasterio (México), Fernando Molina Montalva (México) y Abel De la Peña (México).

Actividades: Relatos Oficiales, Conferencias, Mesas Redondas, Cursos de Instrucción, Cursos Interdisciplinarios, Trabajos Libres, Trabajos a Premios, Investigación y Tecnología, Pósters, Videos y Workshops.

Secretaría del Congreso: Sarmiento 1617- Local 39- Paseo La Plaza- (C1042ABE) Ciudad de Buenos Aires- Tel/ Fax: (54-11) 4371-3113- congreso2005@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.cirplastica.org.ar> E-mail: [sacper@cirplastica.org.ar](mailto:sacper@cirplastica.org.ar) / [sacper@sacper.org.ar](mailto:sacper@sacper.org.ar)

❖ **Curso Superior de Especialización en Cirugía Plástica (Trienal). Director:** Dr. Ricardo Losardo. Teórico-Práctico (con rotaciones hospitalarias). Informes e Inscripción: Av. Santa Fe 1611- Tel.: 4816-3757/ 0346. [sacper@cirplastica.org.ar](mailto:sacper@cirplastica.org.ar) / [www.sacper.com.ar](http://www.sacper.com.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 marzo del 2004. En este mismo lugar se anotarán a partir del 1º de enero de 2004 para rendir examen si lo desean. El mismo se llevará a cabo en la segunda quincena del mes de marzo de 2004.

❖ **Primer Simposio Internacional de Cirugía Plástica Mamaria: "Mastoplastias de aumento, de reducción y mastopexias".** 25 y 26 de junio de 2004. Hotel Crown Plaza Panamericano: Carlos Pellegrini 551, Buenos Aires-Argentina. Organizado por la División de Cirugía Plástica del Hospital de Clínicas, Facultad de Medicina, Universidad de Buenos Aires.

**Director:** Prof. Dr. Oscar A. Zimman

**Sub Director:** Dr. Claudio H. Pol

**Coordinador General:** Dr. Guillermo Vázquez

### Invitados Nacionales:

Dr. Jorge Buquet  
Dr. Eduardo Eyehremendi  
Dr. Guillermo Flaherty  
Dr. Daniel Grilli  
Dr. Luis Heredia  
Dr. Daniel Lehrer  
Dr. Carlos Mira Blanco  
Dr. Ernesto Moretti  
Dr. Aldo Motura



Dr. Alberto Rancatti  
Dr. Manuel Sarabayrouse  
Dr. Miguel Stumbo  
Dr. Omar Ventura  
Dr. Néstor Vincent

**Invitados Extranjeros:**

Dr. Ricardo Barudi (Brasil)  
Dr. Louis Benelli (Francia)  
Dr. Claude Lassus (Francia)  
Dr. Maurizio Nava (Italia)  
Dr. Enrique Pera Erro (Uruguay)  
Dr. David Sharpe (Gran Bretaña)

Secretaría del Congreso: Luciana Carossia. Tel./Fax: (54-11) 4639-4820/ 4567-4481. E-mail: lucianacarossia-ppl@fibertel.com.ar / www.cablemodem.fibertel.com.ar/ppl

❖ **Curso de Cirugía Plástica en Úlceras y Escaras por Presión.** Instituto de Rehabilitación Psicofísica I.RE.P. Clases Teóricas: los jueves 6, 13, 20 y 27 de mayo y el 3 y 10 de junio, de 20.00 a 23.00 hs. en el Salón Santa María del Hotel Colón (Carlos Pellegrini 507- Cap. Fed.). Clases Prácticas: 17, 22, 24, 29 de junio y 01 de julio de 08.00 a 15.00 hs en el IREP. Dirección: Dr. Ricardo Yohena. Informes: 4803-5615/ 155-334-2091 (de 17 a 20 hs.). povproducciones@hotmail.com / rtyohena@yahoo.com.ar

❖ **Ciclo Docente 2004.** Fundación Benaim. Ateneos mensuales: Se realizarán los tres primeros miércoles de cada mes en el Salón de Actos "Profesor Dr. Arnaldo Yódice" de la sede de la Fundación, Alberti 1093, de 19.30 a 21.00 hs.  
En la primera parte (19.30 a 20.00 hs.) se presentarán casos clínicos tratados o casos problema.  
En la segunda parte (20.00 a 20.45 hs.) se ofrecerá una conferencia sobre importantes temas médicos dictados por disertantes invitados.  
Informes: Fundación Benaim, Alberti 1093 (1223) Buenos Aires. Tel/ Fax: (011) 4941-0949.

❖ **III Jornada Universitaria de Cirugía Plástica:** 16 de Junio de 10.30 a 20.00 hs. Auditorium Santa Cecilia- Edificio San Alberto Magno, Puerto Madero: Av. Alicia Moreau de Justo y Chile.

Organizada en forma conjunta con la SACPER, SCPBA y la Cátedra de Cirugía Plástica y Reparadora de la Pontificia Universidad Católica Argentina.

Conferencia Central: Cirugía del Contorno Corporal. Invitado de Honor: Prof. Dr. Ivo Pitanguy (Brasil).

Invitados Extranjeros: Dr. Mario Godoy Silanes (Chile), Prof. Dres. Pedro Escobar Martins (Brasil) y Raúl González (Brasil)

❖ **Curso Anual de Actualización en Cirugía Plástica 2004.** Del 8 de junio al 23 de noviembre en la Asociación Médica Argentina (Av. Santa Fe 1171, Capital Federal). Organizado por la SACPER. Las sesiones científicas tendrán lugar los segundos y cuartos martes de cada mes, de 21.00 a 23.00 hs. Invitados extranjeros confirmados: Dres. Sergio Carreirao (Brasil), Osvaldo Saldaña (Brasil) y Ricardo Da Cruz (Brasil).

Presidente: Dr. Jorge Buquet; Director: Dr. Guillermo Vázquez; Coordinador: Dr. Sergio Korzin; Secretario: Dr. Fabián Pérez Rivera.

Inscripción: SACPER (Av. Santa Fe 1611- 3º - Capital Federal. Tel.: (54- 11) 4816-3757/ 0346. E-mail: sacper@cirplastica.org.ar.

❖ **Curso Anual de Actualización en Cirugía Plástica 2004**

**08/06/2004**

Tema: Dermolipectomía (módulo auspiciado por Silimed)  
Invitado: Dr. Osvaldo Saldanha (Brasil). Dermolipectomías con incisiones mínimas  
Coordinador: Dr. Osvaldo Cudemo

**22/06/2004**

Tema: Dermopilectomía 2  
Invitados: Dres. Oscar Procikievich (Abdominoplastia); Ernesto Moretti (Investigación de seromas en lipoaspiración + Dermolipectomía); Oscar Zimman (Lipoaspiración + Lipoaspiración); Telecemian (Variaciones de la técnica de



Pitanguy)

Coordinador: Dr. Enrique Gagliardi

**13/07/2004**

Tema: Rinoplastia (módulo auspiciado por E. Lombardozzi)

Invitado: Dr. Sergio Carreirao (Brasil) (Rinoseptumplastia)

Coordinador: Dr. Alfredo Santiago

**27/07/2004**

Tema: Rinoplastia 2

Invitados: Dres. Manuel Viñal (Importancia de ángulos y relieves en la perfiloplastia); Carlos Mira Blanco (Rinoplastia abierta), Walter Servi (Rinoplastias complicadas)

Coordinador: Dr. Raúl Fernández Humble

**10/08/2004**

Tema: Quemados y Cirugía Reparadora

Invitados: Dres. Carlos Sereday (Tratamiento del quemado agudo); Carlos Acosta (Tipificación de secuela de quemaduras en Cirugía Plástica); Gustavo Prezzavento (Avances en el tratamiento del paciente quemado agudo); Luis Sananes (Nuestra conducta ante el paciente quemado)

Coordinador: Dr. Carlos Perroni

**24/08/2004**

Tema: Quemados y Cirugía Reparadora 2

Invitados: Dres. Omar Ventura (Enfoque reconstructivo posoncológico facial); Juan Carlos Ortega (Retracciones cervicales); Ricardo Losardo (Melanoma, sistematización y tratamiento)

Coordinador: Dr. Juan Bautista Albertengo

**13/09/2004**

Tema: Cirugía del Envejecimiento Facial

Invitados: Dres. Rodolfo Ferrer (Incisiones en el lifting prepiloso); Guillermo Flaherty (Enfoque personal del lifting facial); Jorge Herrera (Lifting volumétrico)

Coordinador: Dr. Paulino Morales

**28/09/2004**

Tema: Cirugía del Envejecimiento Facial 2

Invitado: Dres. Aldo Mottura (Cuellos adiposos difíciles); Abel Chajchir (Mi conducta ante la cirugía del EF); Fernando Tuccillo (Tratamiento de la región frontal)

Coordinador: Dr. Julio Cianflone

**12/10/2004**

Tema: Fisurados

Invitado: Dra. Carmen Morovic (Chile) (Tratamiento del fisurado)

Coordinador: Dr. Rodolfo Rojas

**26/10/2004**

Tema: Microcirugía

Invitados: Dres. Juan Carlos Rodríguez (Tratamiento de la parálisis facial con microcirugía); Cristina Rijavec (Microcirugía de cabeza y cuello); Aníbal Mira Blanco (Microcirugía en Cirugía Plástica)

Coordinador: Dr. Carlos Rodríguez Peyloubet

**09/11/2004**

Tema: Cirugía Craneomaxilofacial

Invitado: Dr. Ricardo Lopez Da Cruz (Brasil) (Traumatismos maxilofaciales)

Coordinador: Dr. Pedro Dogliotti

**23/11/2004**

Tema: Cirugía Craneomaxilofacial 2

Invitados: Dres. Rómulo Guerrero (Ecuador) (Osteotomías orbitarias); Ricardo Lara (Osteotomías estéticas); Carlos Perroni (Reconstrucción tercio superior macizo craneofacial)

Coordinador: Dr. Luis Margaride

El curso otorgará 15 puntos de crédito para la Recertificación como Especialista en Cirugía Plástica o 25 puntos de crédito con examen final optativo aprobado. Se aprobará con el 80% de asistencia.

Modalidad a Distancia: Los inscriptos que vivan a más de 100 km de la ciudad de Buenos Aires podrán acceder a esta modalidad.

Deberán acreditar su lugar de residencia (Membresía a Sociedad Filial lejana al lugar de donde se dicta el curso, domicilio en DNI o certificado de domicilio).

Los videos de cada una de las sesiones se encontrarán a disposición de los inscriptos en esta modalidad, en la sede de la SACPER o podrá ser enviado a la sede de la Fi-



lial a costo del cursista.

Podrán dirigir sus preguntas por email, las cuales serán respondidas por el conferencista o el moderador de cada sesión.

Para la certificación del Curso es requisito la aprobación del examen final.

El Curso se dictará entre el 8 de junio y 23 de noviembre de 2004 en la Asociación Médica Argentina (Av. Santa Fe 1171, Capital Federal)

Las sesiones científicas tendrán lugar los segundos y cuartos martes de cada mes, de 21:00 a 23:00 horas.

*Condiciones de Inscripción:*

Miembro de la SACPER: \$150.-

Miembro de Sociedades Filiales: \$200.-

No Miembro: \$450.-

Residente, Cursista y Becario: \$120.-

(con certificado de acreditación y hasta 8 años de egresado)

Inscripción:

SACPER

Av. Santa Fe 1611, 3er piso, Capital Federal

Tel. 4816-3757 / 0346

Fax: 4816-0342

Email: [sacper@cirplastica.org.ar](mailto:sacper@cirplastica.org.ar)

Web site: [www.cirplastica.org.ar](http://www.cirplastica.org.ar)

❖ **VI° Jornadas Interuniversitarias de Cirugía Plástica:** 9, 10 y 11 de Septiembre de 2004. Salón de Graduados. Ciudad Universitaria, Universidad Nacional de Córdoba.

E-mail: [rtyohena@yahoo.com.ar](mailto:rtyohena@yahoo.com.ar)

[braulioperalta@hotmail.com](mailto:braulioperalta@hotmail.com) - Fax: (011) 4431-4536

❖ **2° Simposio Transdisciplinario para abogados, médicos y psicólogos. "Mala Praxis en Cirugía Plástica (hacia una prevención permanente)".** 28 y 29 de Octubre de 2004, de 08.00 a 16.00 hs. División Cirugía Plástica. Universidad de Buenos Aires. Hospital de Clínicas "José de San Martín" (Av. Córdoba 2351- 8° piso- Aula 80, Bs. As. Argentina). Director: Doc. Aut. Dr. Patricio F. Jacovella. Informes e inscripción: Tel.:5950-8943- [gsschenone@intramed.net](mailto:gsschenone@intramed.net) 4811-1704- [pjacovella@elsitio.net](mailto:pjacovella@elsitio.net) - Inscripción sin cargo. Vacantes limitadas.





## Sociedad de Cirugía Plástica de Buenos Aires

❖ **III Curso para Residentes y Médicos en Formación en Cirugía Plástica, Estética y Reparadora "Dr. José M. Robles":** 30 de septiembre de 2004. Sheraton Hotel Retiro, Buenos Aires, Argentina. Organizado y patrocinado por G. E. Lombardozi S.A., con el aval de Clínica Robles, SACPER y SCPBA. Director: Dr. Abel Chajchir. Invitado especial: Prof. Dr. José Guerrerosanto (México).  
 Secretaría Clínica Robles: Tel.: (54 11) 4784-8393/6918 info@clinarobles.com  
 G.E. Lombardozi: Tel.: (54 11) 4803-9070 gelombardozi@ciudad.com.ar  
 Curso gratuito.

## ❖ IX Simposio Internacional de Cirugía Plástica "Siglo XXI". 1 y 2 de octubre de 2004. Buenos Aires Sheraton Hotel Towers.

### Comité Ejecutivo:

Presidente: Dr. Juan Carlos Seiler  
 Coordinador General: Dr. Víctor Vassaro  
 Secretario General: Dr. José F. Nociti  
 Tesorero: Dr. Pablo J. Ruiz  
 Coordinadores: Dres. Carlos Sereday, Héctor Tito Leoni, Sergio Korzin y Carlos Rey.

### Comité Científico:

Director: Dr. Abel Chajchir  
 Dr. Osvaldo Cudemo  
 Dr. Enrique Gagliardi  
 Dr. Jorge Buquet  
 Dr. Andrés Gregoire  
 Dr. Guillermo Flaherty  
 Dr. Horacio García Igarza  
 Informes e inscripción: Av. Santa Fe 1611- 3º piso, (1060) Bs. As. tel.: 4816-3757/ 0346. E-mail: scpba@intramed.net

**SOCIEDAD DE CIRUGIA PLASTICA DE BUENOS AIRES**

# IX Simposio Internacional de Cirugía Plástica "Siglo XXI"

1 y 2 de Octubre de 2004

Organizado por: **Sociedad de Cirugía Plástica de Buenos Aires**

Sede: **Buenos Aires Sheraton Hotel & Towers**

**PROFESORES INVITADOS**

**Fred Nash, MD (USA)**  
 es Profesor de Cirugía Plástica de la Universidad de Emory, Director del American Board of Plastic Surgery, Miembro de Sociedades de Cirugía Plástica locales, nacionales e internacionales. Miembro del American College of Surgeons. Actualmente es Secretario General de ISGPS y Secretario de MAPS.

**Edgard Bienen, MD (Alemania)**  
 jefe de Departamento de Cirugía Plástica y Reconstructiva de la Universidad de Munich. Miembro fundador del European Microsurgery de meeting periferico en lengua alemana. Miembro del Comité Ejecutivo de IPBS, vicepresidente del grupo de Alemania. Miembro Honorario Internacional de la Sociedad Alemana de Microcirugía. Presidente de la Sociedad Alemana de Cirugía Plástica y Estética.

**Jose Guerrerosanto, MD (México)**  
 Profesor y Director Invitado del Instituto Mexicano de Cirugía Reconstructiva. Prof. de Cirugía Plástica y Reconstructiva en la escuela de Estudios, Facultad de Medicina, Universidad de Guadalajara. Presidente (1988-1992) de la Asociación "Sociedad de Asesoría Plástica" y Presidente (1977-1979) de la Asociación Mexicana de Cirugía Plástica, Estética y Reconstructiva.

**COMITÉ EJECUTIVO**

PRESIDENTE: Dr. Juan Carlos Seiler  
 COORDINADOR GENERAL: Dr. Víctor Vassaro  
 SECRETARIO GENERAL: Dr. José F. Nociti  
 TESORERO: Dr. Pablo J. Ruiz  
 COORDINADORES: Dr. Carlos Sereday, Dr. Héctor Tito Leoni, Dr. Sergio Korzin, Dr. Carlos Rey

**COMITÉ CIENTÍFICO**

DIRECTOR: Dr. Abel Chajchir  
 Dr. Osvaldo Cudemo  
 Dr. Enrique Gagliardi  
 Dr. Jorge Buquet  
 Dr. Andrés Gregoire  
 Dr. Guillermo Flaherty  
 Dr. Horacio García Igarza

**TEMAS A TRATAR**

- TÉCNICAS CORTES VERTICALES EN REDUCCION MAMARIA
- TÉCNICAS EN TENDONES (PHALOPLASTIC)
- COMPLICACIONES EN LA FEMUR
- LETING DE CABA Y CUELLO
- LETING ENDOSCOPICO
- LIPOLASIA CON ASISTENCIA
- MELANOMA CUTANEO DEL TORNICO CO-OPONAL
- MALOCUSION INFERIOR
- MALOCUSION EN EL ROSETELMIO
- OTORRINOLARINGOLOGIA
- OTORRINOLARINGOLOGIA EN LA OTOLOGIA Y EN LA OTOLOGIA

ABSTRACTS (Plenary Session at 21:00 hrs)  
 Miembro de la Sociedad de Cirugía Plástica de Buenos Aires: 5.000  
 Miembro de la Sociedad Argentina de Cirugía Plástica y del Estado: 1.000



❖ **III Jornada Universitaria de Cirugía Plástica:** 16 de junio de 10.30 a 20.00 hs. Auditorium Santa Cecilia. Edificio San Alberto Magno, Puerto Madero: Av. Alicia Moreau de Justo y Chile.

Organizada en forma conjunta con la SACPER, SCPBA y la Cátedra de Cirugía Plástica y Reparadora de la Pontificia Universidad Católica Argentina.

Conferencia Central: Cirugía del Contorno Corporal. Invitado de Honor: Prof. Dr. Ivo Pitanguy (Brasil).

Invitados Extranjeros: Dr. Mario Godoy Silanes (Chile), Prof. Dres. Pedro Escobar Martins (Brasil) y Raúl González (Brasil).



## Sociedad de Cirugía Plástica de Córdoba

❖ **Reuniones Científicas:** Primeros martes de cada mes. Círculo Médico de Córdoba.

Informes: Self Congresos y Eventos: selfcongresosyeventos@sinectis.com.ar

❖ **26 y 27 de Noviembre de 2004 - Curso Internacional Quirúrgico con Cirugía Plástica en vivo - Córdoba Argentina**



## Sociedad de Cirugía Plástica de Rosario

❖ **Segundos lunes de cada mes:** Círculo Médico de Rosario (Reunión Científica: 2 horas con 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)





## 5 preguntas para sacarse 10 puntos

---

**En este número la variante de las 5 preguntas para sacarse 10 puntos es que versan sobre temas generales.**

1. ¿Cuál es la célula más grande y la más pequeña que se encuentra en el cuerpo humano?
2. ¿Cuál es el elemento que constituye alrededor del 78% del aire que respiramos?
3. Para fabricar 1 k de miel, de cuántas flores deben las abejas extraer el polen?
4. Si usted toma grafito (como el de la mina de un lápiz) y lo somete a 100.000 atmósferas de presión a 2.500 ° C, qué es lo que obtiene?
5. ¿Qué personaje amante de las ecuaciones dijo: "Si A es igual a éxito, luego, en la fórmula  $A = X + Y + Z$  X es juego, Y es trabajo y Z es sepa callarse la boca.

### Respuestas

- Respuesta 1: el óvulo y el espermatozoide  
Respuesta 2: el nitrógeno  
Respuesta 3: 4 millones  
Respuesta 4: un diamante  
Respuesta 5: Albert Einstein