



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

158	Editorial
160	Transposición intratorácica de músculos extratorácicos en cirugía cardiopulmonar (Segunda Parte)
167	Tracciones localizadas en cara y cuello mínimamente invasivas
174	Tratamiento del labio y la nariz leporina bilateral con la técnica de Mulliken
180	Rinoplastia dinámica
186	Lipoatrofia facial severa provocada por material de relleno. Crónica de un desastre anunciado
190	Valoración del daño estético
192	Noticias SACPER
194	Actividades Filiales
196	El mundo de las artes
198	Frases

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: Dr. Sergio Polichela,

Dr. Ernesto Trainé

Dr. Ricardo Yohena

Dr. Marcos Salazar

#### Comisión Informática

Pag.Web: Dra. Paulina Iwanyk

Rta. Mails: Dr. Luis Odriozola

#### Relación con Filiales

Dr. Víctor Oscar Vassaro

#### 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

**Secretaría 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

---

Hemos llegado a la finalización del año, con la mirada y la esperanza puestas en el nuevo que ha de nacer. Continuando así la eterna rueda de nuestras vidas.

Hago llegar mis más sincero agradecimiento a los colegas que confiaron en nosotros acercándonos sus trabajos científicos, reflejando éstos, el deseo de actualización, de creación e investigación de sus autores; ratificando una vez más el compromiso y la responsabilidad por nuestra especialidad.

En esta sección de la revista he discurrido por el tema de la solidaridad, la ética y el maestro, tratando de ser equilibrada tanto en el decir como en el definir lo que he creído correcto o incorrecto, tratando de ser objetiva en la elección de las palabras escritas para no herir a quienes difieren con mis pensamientos, aunque creo haber interpretado el sentir de muchos de ustedes.

Cuando fui elegida nuevamente para seguir editando la revista, renové mi compromiso sincero con ustedes y con nuestra Sociedad.

Nuestra especialidad ha sido muy mal tratada en estos últimos tiempos en los medios de comunicación, fundamentalmente televisivos. La inadecuada información de algunos colegas y proyecciones de series extranjeras que deforman la realidad de nuestra noble especialidad, acotándola a sólo dos o tres operaciones de estética, vulnerando la intimidad del paciente, mostrando operaciones o tratamientos cosméticos, reduciendo al cirujano plástico al papel de un técnico del "rating", teniendo esto, como consecuencia el desprestigio de la especialidad.

Muchos somos los que no estamos de acuerdo con este accionar. Aparentemente se realiza para informar al desprevenido televidente, pero al ser la información inadecuada lo que hace es desinformar y asustarlo. No dejemos caer el prestigio de nuestra especialidad a tan bajo nivel ético, se necesitan muchos años de esfuerzo, dedicación y sacrificio para formar un cirujano plástico, técnica, legal y éticamente responsable.

Todos los que integramos la SACPER debemos unirnos aún más, para tratar de frenar este vapuleo, aclarando a los pacientes y a los medios de comunicación siempre que sea posible, que la cirugía plástica no sólo resuelve problemas estéticos sino que además reconstruye y restituye formas perdidas. No demos lugar a las falsas expectativas que los pacientes traen consigo a la consulta, influenciados por la mala información tanto en los medios gráficos como televisivos, donde se realizan "maratones" quirúrgicas que en una sola sesión y en pocos segundos de imagen, efectúan lo que nosotros sabemos que nos lleva horas de anestesia y con riesgos para el paciente; aclarándole las posibilidades reales.

La mala información que emana de estos programas crea una demanda obsesiva por la juventud y la buena forma, equiparando estos logros con el éxito. Nosotros los que tenemos varios años en esta profesión, sabemos muy bien que el modificar una nariz o mejorar una arruga no trae consigo el éxito, sino sólo una mejora parcial- física que, en algunos casos, puede ir acompañada de una mejora psíquica. Tenemos que competir con la imagen de un profesional que por el sólo hecho de "aparecer en la TV." sea considerado por los que ignoran el tema como "el mejor", el que "nunca tiene complicaciones" y que "todos" sus pacientes están satisfechos. Entonces, cuando cada uno de nosotros hablamos con el paciente de la seriedad del acto quirúrgico y de las reales mejoras que él obtendrá, automáticamente somos comparados con "los genios televisivos", y ante la menor diferencia en los resultados con las expectativas que tenía el paciente, tenemos una demanda judicial. Este año que está cerrando su ciclo nos ha sorprendido con el auge que ha tenido la cirugía estética en los medios de comunicación, no teniendo todavía muy claro cómo se instalan o quiénes son los que instalan estos temas y cuáles son los fines perseguidos. Deberíamos tener muy claro que este año que se inicia nos tendría que encontrar unidos en una actitud ética- científica para dar a los jóvenes cirujanos plásticos en formación, la idea que nuestra especialidad requiere vocación, ideales, formación científica, continuo estudio y actualización pero, fundamentalmente, deberíamos transmitir que en las crisis y dudas de cualquier índole se debe recurrir a la



ética como punto referencial máximo. La ética en toda profesión, en especial la nuestra que es humanística, está ubicada en un plano superior y es dominante ya que nuestro accionar se basa en el compromiso, la conducta y el deber.

Desde siempre ha existido el concepto del bien y del mal, y no son sólo conceptos religiosos, la ética no describe los actos humanos sino que los normatiza.

Pero todo esto no es nuevo, leamos algunas citas:

***"Cuando el hombre ya no encuentre placer en su trabajo y trabaje sólo para alcanzar sus placeres lo antes posible, entonces sólo será casualidad que no se convierta en delincuente".***

***Theodor Mommsen***

***"La vida de cada hombre es un camino hacia sí mismo, el ensayo de un camino el boceto de un sendero".***

***Hermann Hesse***

***"Siempre es más valioso tener el respeto, que la admiración de las personas".***

***Jean Jacques Rousseau***

M.O.M.

# Transposición intratorácica de músculos extratorácicos en cirugía cardiopulmonar (Segunda Parte)

Premio senior “Dr. Mauro Daroda” (compartido)

Dres. Daniel E. Absi, Jorge A. Grua.  
Fundación Favaloro. Buenos Aires. Argentina.

En esta publicación se tratarán sus aplicaciones en cirugía pulmonar.

## Resumen

Desde el año 1985 hasta la fecha, se operaron 23 pacientes con distintas patologías cardiopulmonares, transponiendo músculos desde el exterior de la jaula torácica a su interior. En esta publicación se tratarán sus aplicaciones en cirugía pulmonar. Se analizan las indicaciones, ventajas y dificultades en la ejecución de estos procedimientos.

## Summary

Since 1985 until now, 23 patients with different cardiopulmonary diseases were operated, transferring muscular flaps from the external part of the thoracic cage to its interior. In this publication, muscle transfers in pulmonary infections are considered. Advantages, difficulties and indications of these procedures are analyzed.

## Empiemas

De los 23 pacientes tratados, 4 presentaban patología pulmonar consistente en empiemas con o sin fistula broncopleurocutánea asociada.

## Material y métodos

Entre 1999 y 2003 fueron operados 4 pacientes con empiemas de pulmón con (3 casos) o sin (1 caso) fistula broncopleurocutánea asociada. En 3 de ellos se utilizó el músculo pectoral mayor a pedículo toracoacromial y en el restante la reparación se realizó con un colgajo reverso del dorsal ancho contralateral a pedículo secundario.

## Caso 1

FOTO 1

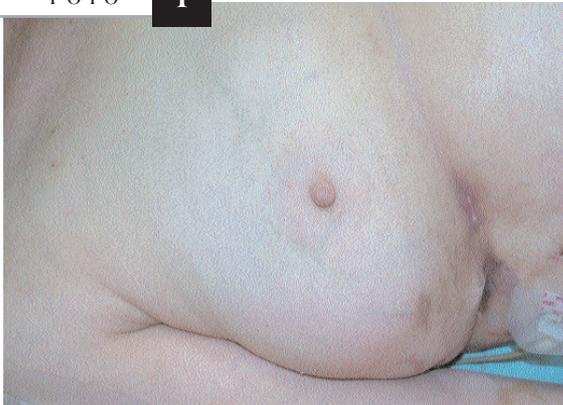


FOTO 1. PACIENTE DE 60 AÑOS CON EMPIEMA POSLOBECTOMÍA SUPERIOR DRENADO POR TORACOSTOMÍA A NIVEL DEL SURCO.

FOTO 2

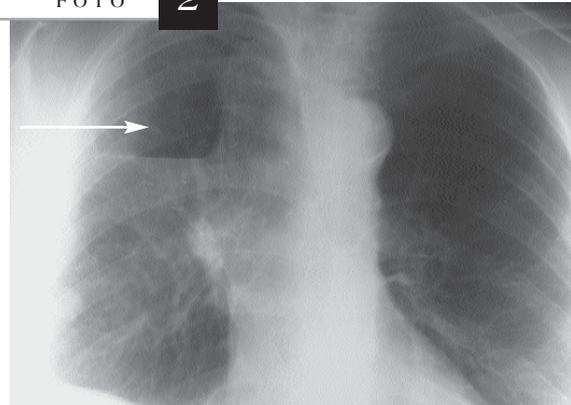


FOTO 2. EN LA RX SE OBSERVA LA FALTA DE EXPANSIÓN DEL PULMÓN EN ESTA ZONA.

FOTO 3

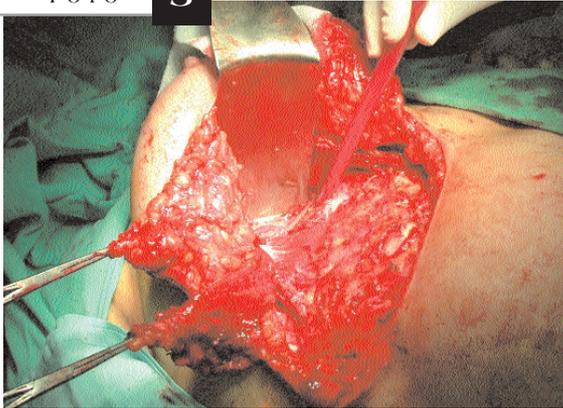


FOTO 3. ABORDAJE POR UNA INCISIÓN EN T INVERTIDA, MINITORACOTOMÍA A NIVEL DE LA BASE DE LA CAVIDAD, DRENANDO EL EMPIEMA.

FOTO 4



FOTO 4. PREPARACIÓN DE UN COLGAJO SEGMENTARIO DE PECTORAL MAYOR QUE SERÁ INTRODUCIDO POR LA TORACOTOMÍA HACIA EL VÉRTICE PULMONAR FIJÁNDOLO CON DOS PUNTOS CAPITONADOS QUE EMERGEN POR PIEL A NIVEL SUBCLAVICULAR.

FOTO 5



FOTO 5. OPERACIÓN TERMINADA. SE OBSERVAN EN REGIÓN SUBCLAVICULAR, LOS PUNTOS CAPITONADOS QUE FIJAN EL EXTREMO DEL COLGAJO AL VÉRTICE DE LA CAVIDAD.

FOTO 6

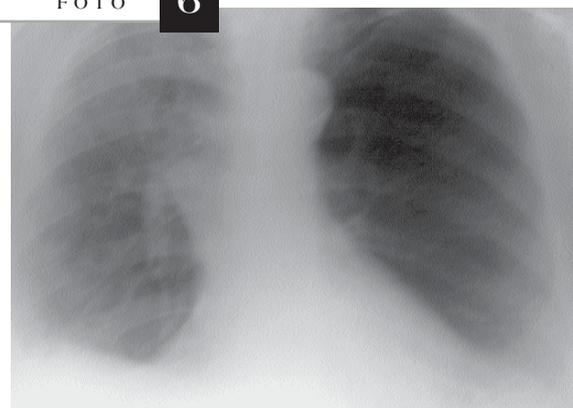


FOTO 6. RX POSOPERATORIA, NO SE ADVIERTE CAVIDAD RESIDUAL.

## Caso 2

FOTOS

7, 8 y 9



FOTOS 7, 8 Y 9. PACIENTE CON LOBECTOMÍA INFERIOR, PRESENTA DEHISCENCIA DEL MUÑÓN BRONQUIAL, LUEGO DE TRES RESUTURAS INFRUCTUOSAS Y DOS TORACOPLASTIAS ES DERIVADO A NUESTRO SERVICIO CON ESTA AMPLIA TORACOSTOMIA POR DONDE SE PUEDE VISUALIZAR LA PÉRDIDA DE SUSTANCIA EN LA PARED DEL BRONQUIO FUENTE.

DEBIDO AL DÉFICIT DE MÚSCULOS HOMOLATERALES, SE PROGRAMA REPARAR LA FÍSTULA BRONQUIAL Y RELLENAR LA CAVIDAD RESIDUAL CON UN COLGAJO REVERSO DEL DORSAL ANCHO CONTRALATERAL.

FOTO

10

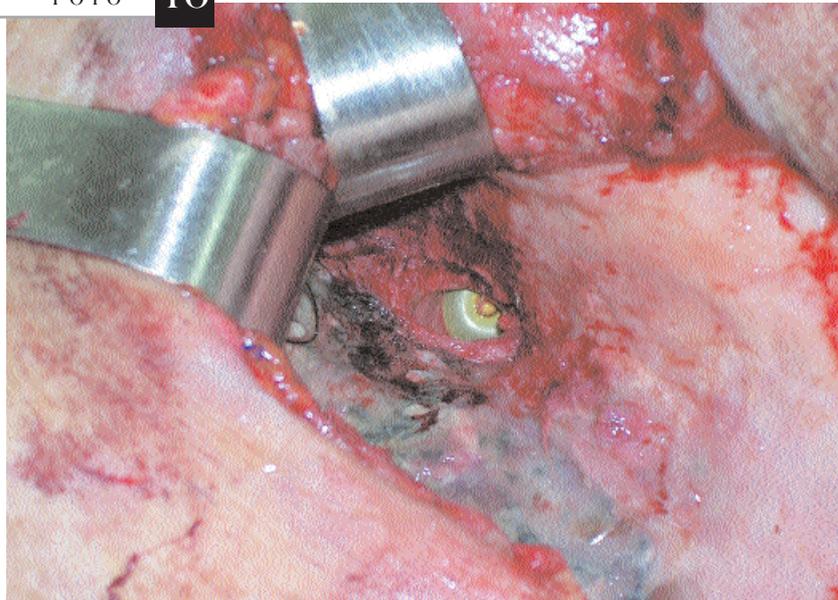


FOTO 10. DURANTE LA INTERVENCIÓN EL BRONQUIO FUE DESFUNCIONALIZADO INSUFLANDO EL BALÓN DE UN CATÉTER DE FOGERTY PARA FACILITAR LA REPARACIÓN.

FOTO 11

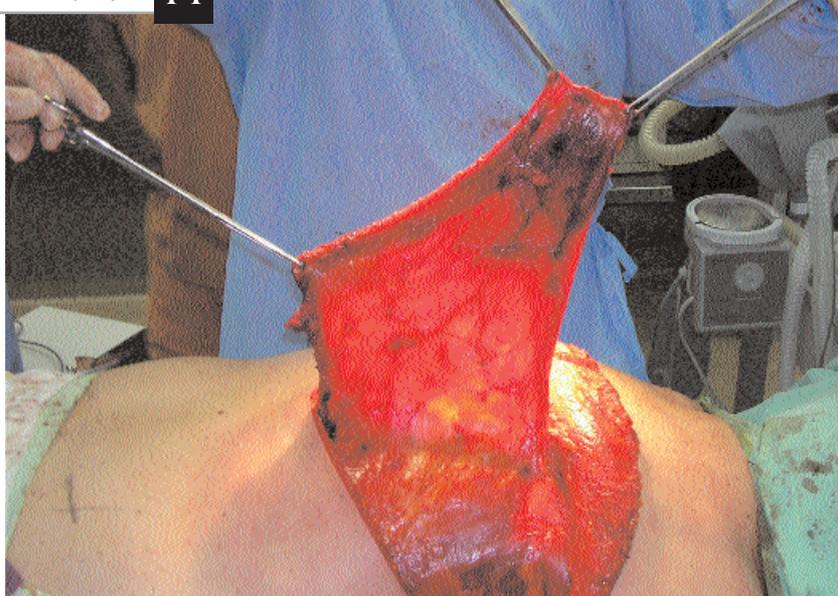


FOTO 11. DORSAL ANCHO REVERSO, SE OBSERVAN POR TRANSLUMINACIÓN LOS VASOS PERFORANTES DE LAS ARTERIAS INTERCOSTALES 7, 8 Y 9 (PEDICULO SECUNDARIO).

FOTO 12

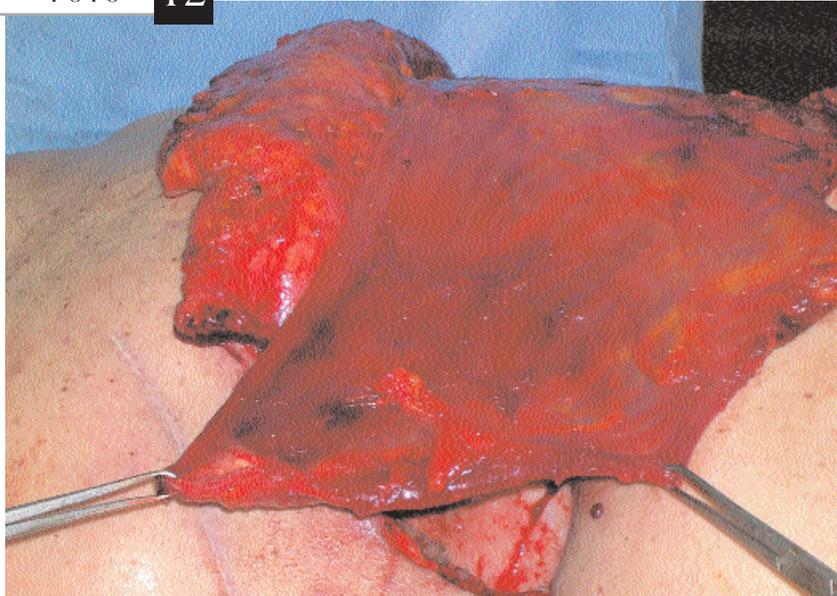


FOTO 12. DORSAL ANCHO DERECHO TRANSPUESTO, LA PINZA IZQUIERDA TOMA EL TENDÓN DE LA INSERCIÓN HUMERAL SECCIONADA QUE SE UTILIZARÁ PARA REPARAR LA PARED BRONQUIAL.

FOTO

13



FOTO 13: POSOPERATORIO A LOS TRES MESES. LOGRÁNDOSE REPARAR LA PARED BRONQUIAL Y LA CAVIDAD RESIDUAL.

## Resultados

En este grupo, 3 pacientes evolucionaron favorablemente con un seguimiento de 5 meses a 4 años. El caso restante, a pesar de haber resuelto su problema infeccioso y la fístula, falleció a las 3 semanas de la operación por complicación de su patología de base (insuficiencia respiratoria terminal por fibrosis pulmonar severa en plan de trasplante).

## Discusión

La experiencia obtenida con los casos de cirugía cardíaca nos impulsó a incursionar en el tratamiento de un grupo de pacientes con patología pulmonar compleja como los empiemas y las fístulas broncopleurales.

La Sociedad Americana del Tórax, divide la formación del empiema en tres estadios diferentes que indican la progresión de la enfermedad en el espacio pleural (Tabla 1).

**Tabla 1. Empiemas:** Clasificación según el estadio.

<b>Estadio I</b>	Exudativo, con edema de las membranas pleurales
<b>Estadio II</b>	Fibrinopurulenta, con importantes depósitos de fibrina
<b>Estadio III</b>	Organizada, con crecimiento de fibroblastos y depósitos de colágeno

Durante las dos primeras fases, la pleura a pesar del proceso inflamatorio aun se encuentra relativamente intacta y el pulmón, aunque menos móvil, puede ser reexpandido.

En la tercera etapa, la organización comienza con el crecimiento masivo de fibroblastos y la formación de fibras de colágeno sobre ambas pleuras, visceral y parietal.

El pulmón, atrapado en un grueso "peel" es virtualmente afuncionante y la expansión solo puede obtenerse



mediante una decorticación.

Una de las complicaciones más comunes es la fibrosis pulmonar por progresión de la fibrosis hacia el parénquima. Otra es el empiema de necesidad, donde el pus diseca las partes blandas de la pared torácica y eventualmente la piel. De la misma forma, la aparición de expectoración purulenta, indicaría la presencia de una fístula broncopleuraleal con drenaje espontáneo por el árbol bronquial.

El tratamiento en la fase aguda es: antibiototerapia específica, drenaje de la colección y la colocación de un tubo bajo agua, ya sea por toracoscopia o toracotomía.

El tubo pleural se podrá retirar al cumplir las siguientes condiciones: 1) está permeable, 2) con una oscilación normal a los cambios de presión intrapulmonar, 3) no hay colección, 4) el pulmón está expandido y 5) no hay débito.

Si el débito persiste y es mayor a 100 cc : mantener aspiración. Si el drenaje es menor a 100 cc , el pulmón está expandido y por el tiempo transcurrido (2 ó 3 semanas) está adherido a la pared torácica: puede dejarse un tubo "perdido" cuyo calibre se va reduciendo y además se retira gradualmente.

En la fase crónica cuyas causas pueden deberse a una demora en el diagnóstico, un drenaje inadecuado durante la fase aguda o a reinfecciones continuas (por una fístula broncopleuraleal o un absceso de pulmón) el tratamiento simple: drenaje abierto o una toracostomía, pueden ser útiles inicialmente, pero inefectivos para obliterar la cavidad.

Para este objetivo se deben considerar otro tipo de procedimientos como: decorticación del pulmón, toracoplastia, esterilización de la cavidad ó el relleno de la misma transponiendo colgajos musculares.(7)

La indicación de estos colgajos sería para rellenar cavidades crónicas y para reforzar el muñón bronquial luego de reparar una fístula broncopleuraleal asociada.

La mayoría de estas fístulas, cuando el parénquima pulmonar es normal, cierran con medidas conservadoras no quirúrgicas. Algunas pueden tratarse por broncoscopia con selladores (fibrin glue). Otras con toracostomías abiertas para drenaje y cierre secundario por obliteración con solución antibiótica de la cavidad pleural (procedimiento de Clagett en dos tiempos). Pero la persistencia de una fístula broncopleuraleal, hace insuficiente este procedimiento por si solo, requiriendo toracostomías abiertas por largo tiempo.(1, 5)

En pulmones con buena reserva funcional y parenqui-

matosa, una fístula broncopleuraleal postlobectomía puede ser corregida resecaando más tejido pulmonar, aislando bronquio sano para efectuarle un cierre directo. La cavidad residual se cierra entonces, ya sea por expansión del pulmón o efectuándole un colapso de la pared torácica (toracoplastia) o por transferencia de tejidos.

La decorticación del "peel" puede permitir la expansión de un pulmón normal obliterando la cavidad.

Si esto no es posible porque el parénquima es insuficiente o hay enfermedad residual pulmonar, puede efectuarse una toracoplastia para que la pared colapse contra el pulmón, pero este procedimiento puede limitar aun más la reserva funcional, además de ser estéticamente muy deformante. (9, 10, 17)

Una vez controlada la fístula, que origina y mantiene la infección, la cavidad residual puede ser obliterada con músculos o epiplón que a su vez pueden reforzar el cierre bronquial.(6, 16)

La sistematización del tratamiento presentada por Miller(11) se puede apreciar en el Esquema 1.

Como se puede apreciar la transposición muscular estaría indicada cuando fracasan los procedimientos clásicos o en los empiemas crónicos complicados o no con una fístula broncopleuraleal.

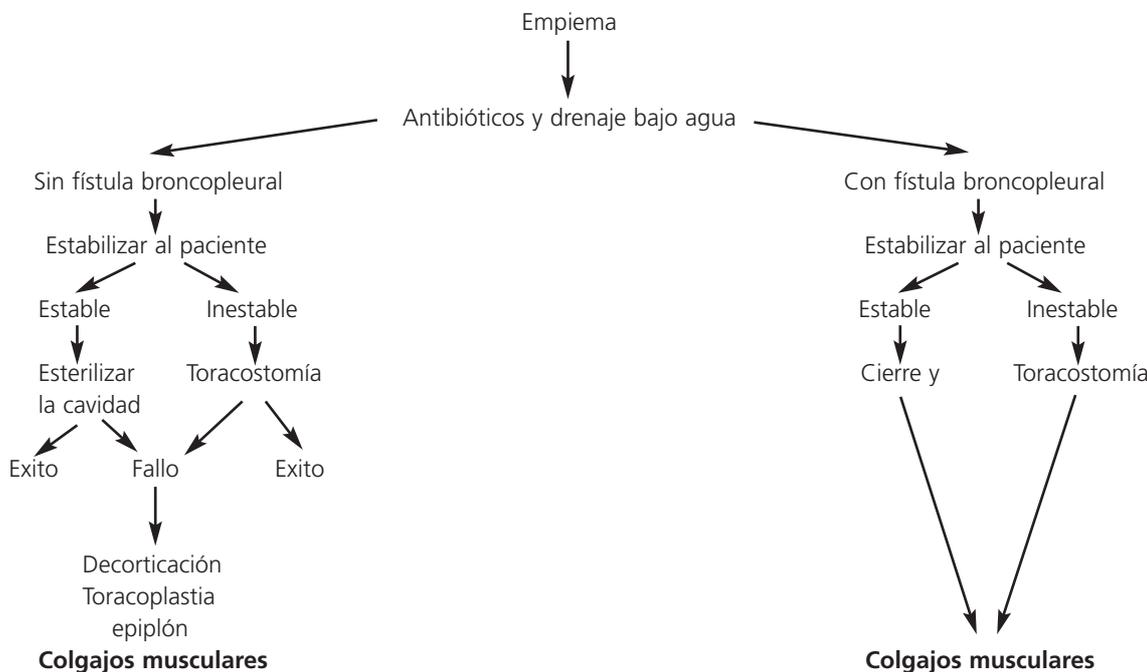
Los músculos generalmente utilizados son los de vecindad, como el dorsal ancho a pedículo toracodorsal, el serrato anterior con la misma irrigación, el pectoral mayor con el paquete toracoacromial y el recto abdominal a pedículo epigástrico superior.(15)

El dorsal ancho, muchas veces puede estar seccionado por una toracotomía previa, obligando a la utilización de su porción cefálica solamente o al uso del dorsal contralateral como uno de nuestros casos. El serrato deja como secuela funcional una escápula alata; este hecho lo llevaría a una segunda elección en nuestra preferencia a pesar de ser preconizado por algunos autores.(2)

El recto abdominal sería utilizable en la región anteroinferior del tórax.(3, 4)

## Conclusiones

La transferencia intratorácica de tejidos tiene grandes ventajas: cierra el espacio muerto, evita la toracoplastia, mantiene la función pulmonar residual, colabora en el control de la infección y refuerza la sutura del muñón bronquial; pudiendo, en bronquios periféricos, obliterar la fístula por el gran poder plástico que poseen.



ESQUEMA 1. SISTEMATIZACIÓN DEL TRATAMIENTO.

## Bibliografía

- 1- Abbas., Abbas El-Sayed., Deschamps, Claude. Postneumonectomy empyema. *Current Opinion in Pulmonary Medicine.* 8(4):327-333, July 2002.
- 2- Arnold, P.G., Pairolero, P.C., Waldorf, J.C. The serratus anterior muscle intrathoracic and extrathoracic utilization. *Plastic & Reconstructive Surgery.* 73(2) 240-248, February 1984.
- 3- Arnold, P.G., Pairolero, P.C. Intrathoracic muscle flaps: A 10 year experience in the management of life threatening infections. *Plastic & Reconstructive Surgery.* 84(1): 92-98, July 1989.
- 4- Arnold, P.G., Pairolero, P.C. Chest wall reconstruction of 500 consecutive patients. *Plastic & Reconstructive Surgery.* 98(5): 804-810, October 1996.
- 5- Clagett, O.T. Changing aspects of the etiology and treatment of pleural empyema. *Surgical Clinics of North America.* 53(4): 863-866, August 1973.
- 6- Colwell, A., Mentzer, S., Vargas, S., Orgill, D. The role of muscle flaps in pulmonary aspergilliosis. *Plastic & Reconstructive Surgery* 111(3): 1147-1150, March 2003.
- 7- Deschamps, C., Allen, M., Miller, D., Nichols, F. Management of postneumonectomy empyema and bronchopleural fistula. *Seminars of thoracic & Cardiovascular Surgery.* 13(1): 9-13, January 2001.
- 8- Esteva H., Cervio R., Arribalzagaga E. Decorticación temprana por via toracoscópica. *Rev. Argentina de Cirugía* 1992; 62: 60-62.
- 9- Francel, T., Lee, G., Mackinnom, S. Treatment of long standing thoracostoma and bronchopleural fistula without pulmonary resection in high risk patients. *Plastic & Reconstructive Surgery.* 99(4): 1046-1053, April 1997.
- 10- Gall, S.A. Jr., Wolfe, W.G. Management of microfistula following pulmonary resection. *Chest Surgery Clinics of North America.* 6(3): 543-565, August 1996.
- 11- Michaels, B.M., Orgill, D.P., Decamp, M.M., Pribaz, J.J., Eriksson Swanson, S. Flap Closure of postneumonectomy empyema. *Plastic& Reconstructive Surgery.* 99(2): 437-442, February 1997.
- 12- Miller, J.I., Mansour, K.A., Nahai, F., Jurkiewicz, M.J., Hatcher, C.R. Jr. Single-stage complete muscle flap closure of the postpneumonectomy empyema space: a new method and possible solution to a disturbing complication. *Annals of Thoracic Surgery.* 38(3): 227-231, September 1984.
- 13- Pairolero, P.C., Arnold, P.G. Bronchopleural fistula: treatment by transposition of pectoralis major muscle. *Journal of Thoracic & Cardiovascular Surgery.* 79(1): 142-145, January 1980.
- 14- Pairolero, P.C., Arnold, P.G., Trastek, V.F., Meland, N.B., Kay, P.P. Postneumonectomy empyema. The role of intrathoracic muscle transposition. *Journal of Thoracic & Cardiovascular Surgery.* 99(6): 958-966; discussion 966-968, June 1990.
- 15- Pairolero, P.C., Arnold, P.G., Piehler, J.M. Intrathoracic transposition of extrathoracic skeletal muscle. *Journal of Thoracic & Cardiovascular Surgery.* 86(6): 809-817, December 1983.
- 16- Regnard, J.F., Alifano, M., Puyo, P., Fares, E., Magdeleinat, P., Levasseur, P. Open window thoracostomy followed by intrathoracic flap transposition in the treatment of empyema following pulmonary resection. *Journal of Thoracic & Cardiovascular Surgery.* 120 (2): 270-275, August 2000.
- 17- Wright, C., Wain, J., Mathisen, D., Grillo, H. Postneumonectomy bronchopleural fistula after sutured bronchial closure: incidence, risk factors and management. *Journal of Thoracic & Cardiovascular Surgery.* 112(5): 1367-1371, November 1996.





# Tracciones localizadas en cara y cuello mínimamente invasivas

Dra. Martha O. Mogliani

mmogliani@intramed.net

## Resumen

*Se presenta la experiencia de suspensión de mejillas y cuello con hilos tensores como procedimientos mínimamente invasivos.*

## Summary

*Our experience with minimally invasive treatment of the cheek and neck areas with suspending sutures is described.*

## Introducción

Desde siempre ha existido en el ser humano la necesidad de detener el proceso de envejecimiento, en especial a partir de la última mitad del siglo XX. Podemos recordar que la cosmética empleada para el embellecimiento en forma de aceites, bálsamos, pócimas, máscaras, etc., era ya conocida y empleada por los antiguos egipcios y antes de ellos, otros pueblos de la antigüedad usaban cosméticos, aunque quedan pocos registros de la composición de los mismos.

El ser humano ha perseguido durante siglos mejorar su apariencia externa con la vestimenta, los cosméticos, las cirugías, etc. buscando la belleza, la juventud y la armonía física.

El siglo XIX fue el de la cosmética con adelantos químicos, el siglo XX se caracterizó, después de la Segunda Guerra Mundial, por el desarrollo y avance de la cirugía en general y de la cirugía plástica en particular. Con el advenimiento y mejora de las fórmulas anestésicas, asepsia; desde ese momento hasta hoy, muchos han sido los adelantos tanto en los instrumentos y materiales quirúrgicos como en el aparataje no quirúrgico, desde pulidos simples a láseres, videoscopia e implantes. Sumado a esto, las necesidades laborales, la información desde los medios visuales de comunicación que im-

nen el mensaje que sólo la juventud tiene éxito, hoy cada vez más gente joven y de mediana edad se acerca a la cirugía estética a diferencia de veinte años atrás en que los lifting se realizaban en general después de los cincuenta años. Paradójicamente en la actualidad los pacientes rechazan las cirugías complejas que los mantendrían alejados de sus actividades habituales por un tiempo considerable de días y nos piden soluciones con un mínimo riesgo; no aceptan las cicatrices estigmáticas del lifting y exigen un tiempo de recuperación mínimo, lo que hace interesante este método presentado, en el que el postoperatorio tiene una recuperación mínima y el paciente se puede reintegrar a su vida laboral al otro día. Hace unos años atrás, he comenzado haciendo la elevación del tercio medio de la cara por vía externa- superficial- intrabucal, levantando en bloque la región malar y comencé a colocar tensores en el cuello (Rev. Arg., Vol 10, Nº1). Hace más de un año comencé mi experiencia en la colocación de tensores en mejillas, tratando además de mejorar la técnica utilizada para el cuello. Se presenta la experiencia con dicho procedimiento.

## Análisis del rostro

Se debe analizar la calidad de la piel del paciente de la misma manera que cuando se va a realizar un lifting clásico. Podemos encontrar las arrugas finas que aparecen tempranamente en párpados inferiores, acompañadas por las arrugas de expresión producto de contracciones del músculo subyacente. Los pliegues, en general, aparecen en el tercio medio de la cara, marcando los surcos nasogenianos, mentolabiales y mejillas, producto del efecto de la gravedad, relajación muscular, ptosis de los tejidos grasos. Estos pliegues, al llevarlos con el dedo hacia arriba y atrás se deslizan sobre las estructuras subyacentes pero muchas veces se presentan como un entretejido en diversas orientaciones, con aspereza de la piel,

esto es consecuencia del gran daño y atrofia de todas las capas de la piel, la pérdida de fibras colágenas, elásticas y relajación muscular que se manifiesta a partir de la edad media de la vida. Es esto lo que básicamente trata de corregir la técnica de suspensión por hilos. Tiene la misma acción de la "plicatura" (tensar el celular subcutáneo en bloque con el smash), no es una técnica quirúrgica de lifting ya que no se divulsiona la piel del celular subcutáneo ni se levanta el smash. Esta técnica tracciona todas las estructuras junto con la piel produciendo un estiramiento.

### Indicaciones

La suspensión por hilos está indicada en ptosis leves a moderadas, elevación de cejas, mejillas, reposición de bolsa malar (trabajo publicado en Revista Argentina de Cirugía Plástica Año 2004, Vol: 10, N°1, págs. 21- 25), cuello (bandas platismales). Este método puede ser acompañado, con la "pinza lifting" en casos de grandes ptosis. En los casos que se presentan no se realizó "pinza lifting".

Se debe advertir al paciente muy claramente que quedarán temporariamente algunos pliegues cercanos a la zona de la incisión que se realizará, los que se irán atenuando con el correr de los días y desaparecerán después de la segunda semana.

### Material y método

Se presenta en este trabajo la aguja que ha sido diseñada para el mismo. Es una aguja biselada en los dos extremos, hueca, con un ojal donde se enhebra el hilo a utilizar, de aproximadamente 15 cm de largo; por su calibre y al ser hueca también puede ser usada para el enhebrado de "hilos rusos".

### Marcación y técnica

Se marcan los vectores de tracción en mejilla: hacia arriba (uno o dos vectores), en **reborde mandibular**: hacia atrás del pabellón auricular y, en **cuello**: hacia arriba y atrás de la oreja en el borde de la implantación pilosa. Se debe practicar con todas las reglas de asepsia de una intervención quirúrgica.

Se utiliza anestesia local en el lugar de la incisión y en el trayecto marcado (por donde pasará la aguja). Para colocar los tensores en la mejilla, la incisión será vertical, de aproximadamente un centímetro de largo y puede estar ubicada pre-pilosa o intrapilosa, por encima del reborde del pabellón auricular. Con los dedos se realiza una pinza con piel y celular

sobre el trayecto, se introduce por la incisión el bisel de la aguja (el extremo que no está enhebrado) por el celular subcutáneo que se encuentra entre los dedos, cuidando no tomar la dermis, se expone el bisel no enhebrado en el lugar elegido en la mejilla, variando en cada paciente, entre 8 y 10 cm, la aguja; se extrae parcialmente hasta que el bisel enhebrado, que se encuentra adentro del pliegue, llegue a 2 cm antes del orificio de salida en la mejilla, se desplaza este extremo interno, para tomar celular, paralelo al trayecto de entrada que se tomó en el primer paso. Para hacer una lazada con el hilo, se empuja la aguja y se exterioriza el bisel enhebrado por la incisión, retirándose la aguja totalmente. Se tira del hilo hasta obtener la tracción deseada y se fija el nudo al celular y dermis (en algunos casos que se fijó en la aponeurosis temporal produjo intenso dolor). Por la misma incisión temporal se pueden pasar hilos con diferentes vectores de tracción, según el caso.

FOTO

1

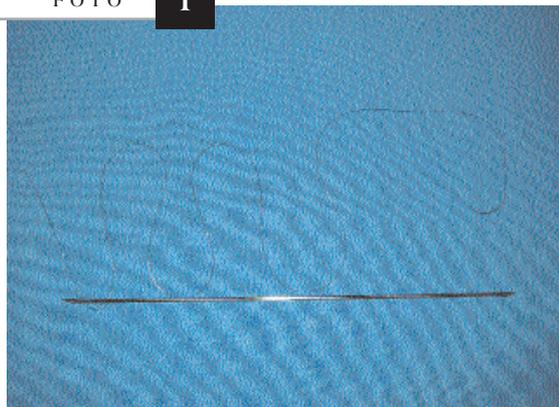


FOTO 1. AGUJA DISEÑADA PARA REALIZAR ESTA TÉCNICA (15 CM DE LARGO)

### Reborde mandibular:

Incisión a un centímetro por detrás del lóbulo auricular. Se procede a hacer una pinza con los dedos levantando entre los mismos piel y celular por el que se introducirá la aguja, la que se expone 1 cm antes de llegar al reborde anterior del músculo masetero que es por donde la arteria y vena facial son más superficiales (pulso mentoniano). Se procede de la misma manera que en la mejilla.

### Cuello:

Incisión pre-pilosa. Pinza de celular y piel, exposición de bisel no enhebrado entre 10 y 12 cm (dependiendo del tipo de implante piloso y cuello) se realiza tracción hacia arriba y atrás como en un lifting de cuello. Se puede colocar uno o

dos tensores dependiendo del caso.

Las incisiones que se realizan para introducir la aguja y fijar el punto, la mayoría de las veces no necesitan sutura. El material utilizado es un mononylon 3-0.

La complicación más frecuente es superficializar el plano por donde transita la aguja, ya que al tomar la dermis profunda produce una depresión en el lugar, que se soluciona reintro-

duciendo la aguja por el plano indicado.

En caso de quedar pliegues pronunciados en lugar la incisión producidos por la piel sobrante (por la tracción) se recomienda colocar una "bincha" por unas horas. Se indica en el posoperatorio inmediato, frío, crema antiinflamatoria y antibioteoterapia.

### Presentación de algunos casos:

#### Caso 1:

Paciente de 81 años operada de lifting 20 años atrás.



FOTO 1: A) PREOPERATORIO FRENTE.



FOTO 1: B) POSOPERATORIO INMEDIATO FRENTE.



FOTO 1: C) POSOPERATORIO DE SEIS MESES DE EVOLUCIÓN.



FOTO 2: A) PREOPERATORIO MARCACIÓN.

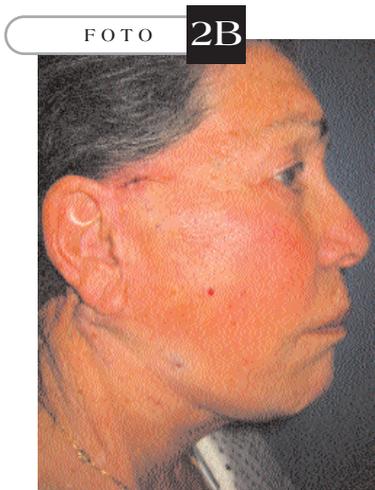


FOTO 2: B) POSOPERATORIO INMEDIATO,



FOTO 2: C) POSOPERATORIO DE SEIS MESES DE EVOLUCIÓN.



FOTO 3: A) PREOPERATORIO.



FOTO 3: B) POSOPERATORIO INMEDIATO.



FOTO 3: C) POSOPERATORIO DE SEIS MESES DE EVOLUCIÓN.



FOTO 4. A) PREOPERATORIO FRENTE.

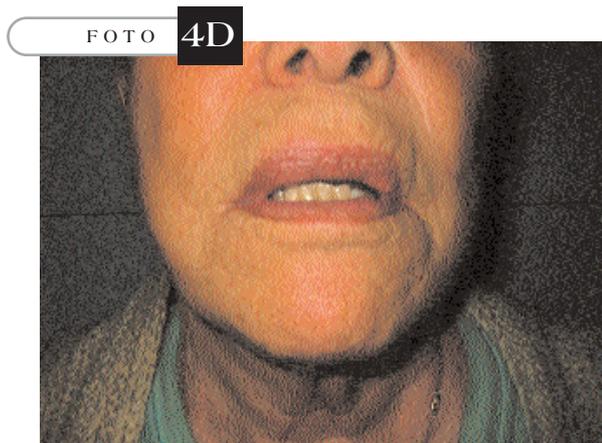


FOTO 4. D) POSOPERATORIO DE UN AÑO DE EVOLUCIÓN.



FOTO 4. B) PREOPERATORIO PERFIL.



FOTO 4. E) POSOPERATORIO DE UN AÑO DE EVOLUCIÓN.

FOTO 4C

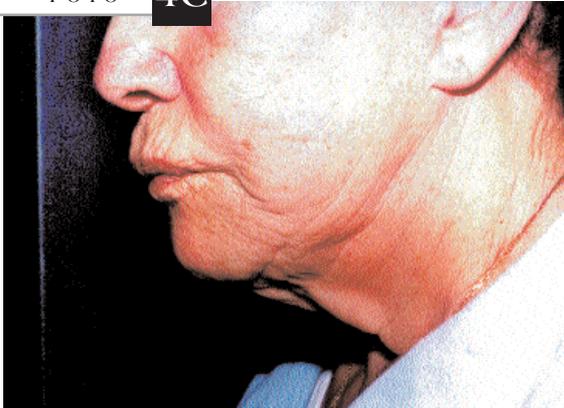


FOTO 4. C) PREOPERATORIO PERFIL.

FOTO 4F



FOTO 4. F) POSOPERATORIO DE UN AÑO DE EVOLUCIÓN.

### Caso 2:

Paciente de 74 años, operada de lifting convencional hace dos años

FOTO 1A



FOTO 1: A) PREOPERATORIO.

FOTO 1B



FOTO 1: B) POSOPERATORIO DE SEIS MESES DE EVOLUCIÓN.

FOTO 2A



FOTO 2: A) PREOPERATORIO.

FOTO 2B



FOTO 2: B) POSOPERATORIO DE SEIS MESES DE EVOLUCIÓN.

FOTO 3A



FOTO 3 A) PREOPERATORIO.

FOTO 3B



FOTO 3: B) POSOPERATORIO DE SEIS MESES DE EVOLUCIÓN.

## Conclusiones

Es una técnica sencilla, con una gran versatilidad en su uso. El postoperatorio es de muy corto tiempo. Los casos presentados son pacientes de edad avanzada, en los que se considera que los resultados obtenidos fueron buenos, con un escaso riesgo quirúrgico y con una du-

ración aceptable de los resultados. Al ser mínimamente invasiva, puede ser realizada en forma reiterada y en el período de tiempo que se considere necesario. Esta técnica no reemplaza a la intervención quirúrgica tradicional pero puede utilizarse como complemento de la misma.



## Bibliografía

- "The middle third of the face in facial lift: lipopexy of the premalar fatty pad". Nicoletis C, Sitbon E, Cadot B, Marsot-Dupuch K. Ann Chir Plast Esthet 1992;37(1):76-84.
- "Zonas faciales peligrosas. Cómo evitar lesiones nerviosas durante la cirugía plástica facial". Brooke R, Shekel M. Primera edición. Año 2000. Actualidades Médico-Odontológicas Latinoamericanas. C. A. Caracas, Venezuela.
- "Removal of facial soft tissue ptosis with special threads". Sulamanidze MA, FournierPF, Paikidze G, Sulamanidze GM. Dermatologic Surgery 2002;28:5.p.367.
- "Brow suspension, a minimally invasive technique in facial rejuvenation". Erol OO, Sozer SO, Velidedeoglu HV. Plast Reconstr Surg 2003;111(4):1560-1.
- "Resuspension of mild to moderate jawline laxity using a minimally invasive technique". Bisaccia E, Khan AJ, Herron JB, Scarborough DA. Dermatol Surg 2003;29(8):810-5.
- "The emerging technique of the antiptosis subdermal suspension thread". Lycka B, Bazan C, Poletti E, Treen B. Dermatol Surg 2004;30(1):41-4; discussion 44.
- "Cirugía mínimamente invasiva para tercio medio de cara -cuello". Mogliani M. Revista Argentina de Cirugía Plástica 2004;30(1):21-25.
- "Caveats for the use of suspension sutures". Hudson DA, Fernandes DB. Aesthetic Plast Surg 2004;28(3):170-3. Epub 2004. Aug 03.





# Tratamiento del labio y la nariz leporina bilateral con la técnica de Mulliken

Repair of bilateral cleft lip and nasal deformity with Mulliken technique

Dres. Guillermo Franze\*, Gaspar Marcello\*\*, Antonio Miro\*\*\*, Georgina Zárate\*\*\*\*

\* Médico encargado Sector Malformaciones Congénitas \*\*Instructor de Residentes \*\*\* Jefe de Residentes \*\*\*\* Residente 3° año

Hospital Interzonal General de Agudos "Evita", Lanús, Buenos Aires, Argentina.

Presentado en el XXXIV Congreso Argentino de Cirugía Plástica (La Plata), 03/04/2004.

## Resumen

Tradicionalmente la reparación de la malformación de labio y nariz leporina bilateral, se centraba solamente en el cierre primario del labio, lo que acentuaba las deformidades nasales, siendo tratadas con posterioridad. A partir de la insatisfacción de los resultados, en los fines del siglo pasado la búsqueda se centró en la utilización de técnicas que permitan el tratamiento en un solo tiempo quirúrgico tanto de las afecciones del labio como de la nariz en forma precoz. Del estudio del crecimiento normal nasolabial y de los estigmas típicos secundarios a los métodos convencionales, Mulliken describió la técnica de reconstrucción tridimensional. Presentamos nuestra experiencia con dicha técnica, la que fue aplicada tanto a casos primarios como secundarios. Los resultados anatomofuncionales así como los estéticos fueron más satisfactorios en comparación con las técnicas convencionales que utilizábamos con anterioridad. También encontramos beneficioso el ahorro de pasos quirúrgicos y por consiguiente de insumos disponibles.

**Palabras clave:** Labio leporino bilateral – Mulliken - Reconstrucción nasal primaria.

## Summary

Traditional repair of bilateral cleft lip focused on labial closure but accentuated the nasal deformities, which were addressed later. By the end of the past century, single staged labial closure had replaced the old multistaged procedures and the technical emphasis had begun to shift from secondary to primary nasal correction. The study of normal nasolabial growth and the typical stigmata of the conventional methods provides the necessary foreknowledge to guide surgical sculpture in three dimensions. We presented our ex-

perience with this technique, which was applied not only in primary but also in secondary cases. The anatomic, functional and aesthetics results were better than the ones achieved using the previous conventional techniques.

We also found that we could work faster without wasting supplies.

**Key words:** Bilateral cleft lip – Mulliken - Primary nasal reconstruction.

## Introducción

Tradicionalmente el tratamiento inicial de la malformación leporina bilateral se centraba solamente en alcanzar la continuidad labial, postergando el tratamiento de las alteraciones nasales para tiempos quirúrgicos posteriores, lo cual acentuaba los estigmas característicos de la patología en dicha zona, dando un aspecto general poco satisfactorio. De esta manera la deformidad congénita nasal primaria luego de la cirugía del labio también presentaba secuelas posquirúrgicas difíciles de tratar.

En la evolución histórica del tratamiento de esta patología, podemos mencionar entre otros, en 1954 Slaughter y Preuzansky aplicaron el concepto de la reconstrucción muscular, y en ese mismo año Mc Neil introdujo el concepto de dirigir el crecimiento por medio de fuerzas continuas, en 1967 Manchester incorporó un odontólogo a su servicio que creó una placa de dos segmentos unida en su parte posterior por un puente de alambre que permitía su apertura progresiva, en 1968 Giorgiade utilizó fijación con alambres de Kirschner, También podemos



mencionar las escuelas de Desault, Fomon, Veau, Kilner, Cronin etc, quienes aportaron métodos en busca de mejores resultados.

A pesar del advenimiento de numerosas técnicas y procedimientos, había conformidad en que los resultados a nivel nasolabial no eran satisfactorios, ya que había que utilizar múltiples estrategias luego de la cirugía primaria para el tratamiento de las secuelas. Entre ellas, una de las más importantes era el de la columela corta y la luxación de los cartílagos alares. Así se describieron métodos destinados a corregir estas alteraciones, podemos mencionar entre otros el de Cronning o el método del forked flap de Millard, o el injerto de cartílago auricular en la punta nasal, entre otros. Pero es de destacar que aún en las mejores manos, éstos métodos terminan en resultados poco alentadores tanto desde el punto de vista funcional como estético.

Así como estas técnicas destinadas al tratamiento de las secuelas nasolabiales son recursos técnicos útiles que debemos conocer, se debió idear una, con la que en los primeros meses de vida y en un solo tiempo quirúrgico se puedan alcanzar objetivos más pretenciosos que abarquen todas las estructuras comprometidas: éstas son el labio y la nariz.

El estudio de las narices de estos pacientes, reveló que la crura media se encuentra desplegada, rotada caudalmente y los cartílagos alares subluxados de su posición normal extendiéndose sobre los cartílagos laterales superiores. Fue Mc Comb el primero en realizar la elongación primaria de la columela. Inicialmente intentó la elevación primaria del forked flap y publicó un seguimiento de 10 años incluyendo la medición del crecimiento columelar. Desencantado con esta estrategia presentó una revisión de la técnica de reparación nasal primaria en 1990 sin el colgajo en tenedor. Utilizó una incisión externa (vuelo de pájaro) para abordar la punta nasal y permitir la recolocación y suspensión de los cartílagos alares. La punta nasal era angostada por una plastica en V-Y. La columela se veía casi normal en las publicaciones de Mc Comb a los 4 años. Mulliken también centró su foco de atención en el reposicionamiento temprano de los cartílagos alares. En 1987 realizó el alargamiento de la columela y la proyección de la punta nasal solamente con el reposicionamiento y elevación de los domos alares y esculpiendo los tejidos blandos. "La columela está en la nariz", se convirtió en el lema de los cirujanos que se abocaron a realizar la reparación primaria de la nariz. Atrás quedaban las técnicas convencionales que necesitaban revisiones secundarias llevando piel del prolabio a la columela. De esta manera se imponía que los cartíla-

gos alares debían ser llevados a su posición correcta en el mismo momento de la reparación del labio. No más la piel del labio debe ser colocada en la nariz.

Fue a raíz de este pensamiento que Mulliken profundizó en el estudio del crecimiento normal de la nariz comparado con dichas secuelas secundarias a los métodos convencionales del cierre labial, las cuales le proveyeron los conocimientos necesarios para desarrollar la técnica tridimensional de reconstrucción nasolabial en un solo tiempo quirúrgico, el cual se basa en la realización de una rinoplastia abierta con exposición de los cartílagos alares dislocados en el mismo tiempo de la reparación del paladar primario.

## Objetivos

El concepto de la reconstrucción tridimensional se basa en que el cirujano debe trabajar con un paciente cuyas estructuras crecerán y las proporciones labionasales cambiarán. En base a esto, el concepto de la tridimensionalidad se basa que el cirujano tenga en cuenta estas estructuras, y construya en menor escala los rasgos que crecerán rápidamente (altura y ancho nasal) y de igual tamaño o algo mayor las estructuras de crecimiento más lento (columela, protrusión).

Se han realizado muchos estudios referidos al crecimiento facial en pacientes normales: Farkas y col documentaron estos cambios entre el año y los 18 años de vida. Se observó que la altura y el ancho nasal se desarrollan tempranamente, alcanzando el 76.9% y 87% respectivamente de las proporciones de la edad adulta alrededor de los 5 años. En contraposición, la protrusión de la punta y la longitud columelar se desarrollan en proporción más lentamente, alcanzando los dos tercios de la edad adulta a los 5 años.

Como vemos los objetivos que guían la cirugía de reconstrucción tridimensional han surgido de la observación del crecimiento normal nasolabial comparados con los estigmas característicos secundarios a las técnicas convencionales y son los siguientes:

- **Simetría:** para ello la reparación se realiza en un solo tiempo (idealmente alrededor de los tres meses o cuando se logra alineación maxilar).
- **Continuidad muscular:** las bandas musculares del orbicular deben movilizarse completamente de los elementos laterales y posicionarse en el trayecto vertical del labio superior.
- **Formación del filtrum:** debe ser de dimensiones y forma apropiada para raza y edad.
- **Tubérculo medio:** con los elementos labiales late-



rales, ya que el tejido del prolabio en general no es suficiente para formarlo.

- **Tratamiento de cartílagos alares y columela:** posicionamiento primario de los cartílagos alares para la formación de la punta nasal y tallado de los tejidos blandos de la columela, siendo ésta la llave de la cirugía.

## Material y método

Se han tratado en nuestro Servicio, en el período comprendido entre enero del 2001 a marzo del 2004 un total de 142 casos con fisura labio palatina. De los cuales fueron 4 casos con fisura bilateral primaria (5.68%), y 4 casos con patología secundaria. Las edades comprendieron entre 3 meses y 28 años, habiendo correspondido a 5 pacientes masculinos y 3 femeninos.

Nuestro calendario ideal de tratamiento en los casos primarios es a los 3 meses para la cirugía del labio/nariz primario; o cuando cumplen la regla de los 10 de Wilhelmsen and Musgrave-(1966: Hb: 10 mg, peso: 10 pounds, edad: 10 semanas); y/o cuando se logre la alineación alveolar.

### *Técnica quirúrgica:*

#### **Marcación:** Técnica de Mulliken

El colgajo filtral es marcado con una ligera biconcavidad y con forma de punta de flecha en su extremo distal. El tamaño del colgajo dependerá de la edad, raza y apariencia de los padres. Para niños blancos de entre 3 y 6 meses, las dimensiones sugeridas son de 6 a 8 mm para el largo del filtrum, 3 a 4 mm de ancho en la parte distal a nivel de los picos del arco de cupido y de 2 mm en la parte proximal a la altura de la unión columela-labial. Una tira de piel será dibujada a cada lado del colgajo filtral, éstos serán desepitalizados para simular los bordes del filtrum. Los puntos más altos del arco de cupido propuesto están situados en los elementos labiales laterales, por lo que habrá suficiente tejido para conformar la línea blanca a nivel del arco de cupido y suficiente bermellón para construir el tubérculo medio. La marcación en este sector debe realizarse con forma de "L" invertida.

Los colgajos de la base alar son dibujados en su unión con los elementos labiales laterales. La línea bermellón-mucosa es tatuada, éste es otro punto anatómico importante para ser preservado durante la reparación.

### **Disección:**

El colgajo filtral es incidido, los lados son desepitalizados, es el resto de la piel del prolabio es descartada. El colgajo de la línea blanca lateral bermellón-mucosa es incidida, y el colgajo de la base alar es elevada. El músculo orbicular es disecado desde los elementos laterales. Los cartílagos alares son expuestos a través de una incisión marginal.

### **Cierre labial:**

Es levantado de la parte media y lateral del defecto para construir el piso nasal. Un colgajo gingivo-muco-periosteos que cierra la hendidura alveolar. El complejo bermellón-mucosa de la premaxila es disecado con cuidado para preservar la pared anterior del surco gingivo-labial. El sobrante de mucosa es reseca si es necesario para acortar la pared anterior del surco gingivo-labial. El sobrante de mucosa premaxilar es suturada al periosteos para formar la pared posterior del surco anterior gingivo-labial.

Los elementos labiales laterales son avanzados medialmente. Los músculos orbiculares son aproximados, de abajo hacia arriba, todo a lo largo de la altura del labio. El punto superior es puesto en la espina nasal anterior.

Las terminaciones redundantes de los colgajos labiales laterales son ubicados para formar el tubérculo medio. El colgajo filtral es asegurado a la capa muscular. Esto es para formar la depresión de la zona filtral para elevar el colgajo labial lateral en un esfuerzo por recrear los bordes del filtro. El margen cefálico de los colgajos cutáneos por debajo de la base alar deben researse en medialuna para corregir la altura labial lateral. Este paso final del cierre cutáneo debe ser hecho luego de la corrección nasal.

### **Corrección nasal:**

Es posible la visualización de los cartílagos alares dislocados a través de una incisión marginal. Se realiza sutura de la crura media. Uno o dos puntos se colocan de la crura lateral al cartílago lateral superior ipsilateral. Se realiza una sutura tipo cincha en la dermis de la base alar, que se ajusta hasta que la distancia interalar sea menor a 25 mm o igual a la distancia intercantal en los adultos. Una sutura desde la dermis de cada base alar al músculo subyacente sirve para prevenir la elevación del ala nasal con la sonrisa y favorecer la normal acción del depresor nasal. Una vez que los cartílagos alares están en su posición correcta, la piel excedente en el triángulo blando se

convierte en obvia y debe ser retirada, incluyendo la piel lateral de la columela. Esta resección angosta la punta, define la unión columela-lobular, elonga las narinas y angosta a la columela. También hay redundancia en la línea vestibular que se hace aparente luego de posicionar los alares. Una escisión lenticular de la mucosa sobrante ayuda a obliterar la red vestibular y reforzar la crura lateral.

## Conclusiones

Tanto desde el punto de vista de los resultados funcionales como estéticos, los mismos son más satisfactorios con respecto a los obtenidos con las técnicas convencionales que se utilizaban con anterioridad en el servicio. Al reducirse la necesidad de tiempos quirúrgicos, se facilitó el alcance de los objetivos propuestos; ya que se obviaron insumos, y se reincorporó más rápidamente a la sociedad a familias de bajos recursos.



FOTO 1: A) PACIENTE MASCULINO DE 4 MESES CON FLP BILATERAL.

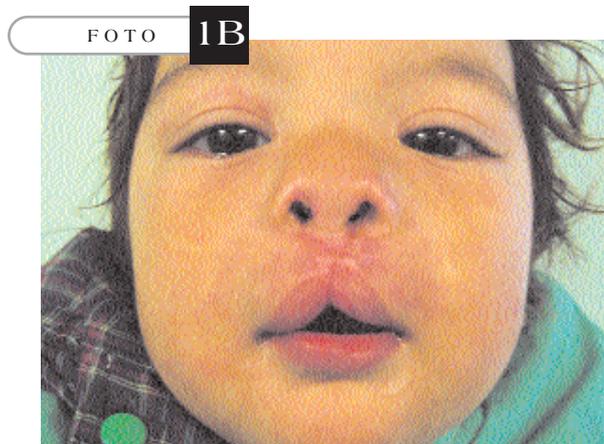


FOTO 1: B) POSOPERATORIO A LOS 3 MESES.



FOTO 2: A) PACIENTE MASCULINO DE 18 AÑOS CON SECUELA DE FLP BILATERAL.



FOTO 2: B) POSOPERATORIO A LOS 3 MESES

FOTO 3A



FOTO 3: A) PACIENTE FEMENINA DE 4 AÑOS CON FLP BILATERAL.

FOTO 3B



FOTO 3: B) POSOPERATORIO A LOS 12 MESES.

FOTO 4A

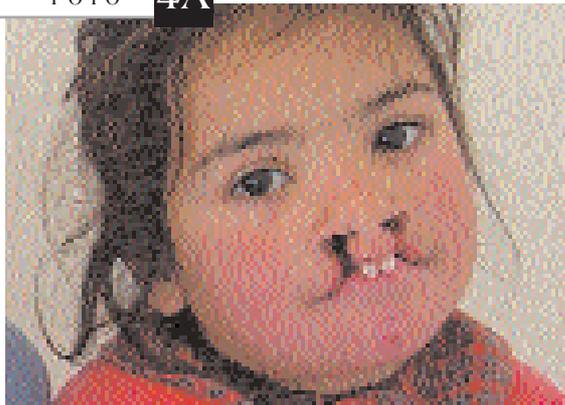


FOTO 4: A) PACIENTE FEMENINA DE 3 AÑOS CON FLP BILATERAL.

FOTO 4B



FOTO 4: B) POSOPERATORIO A LOS 12 MESES.

FOTO 5A

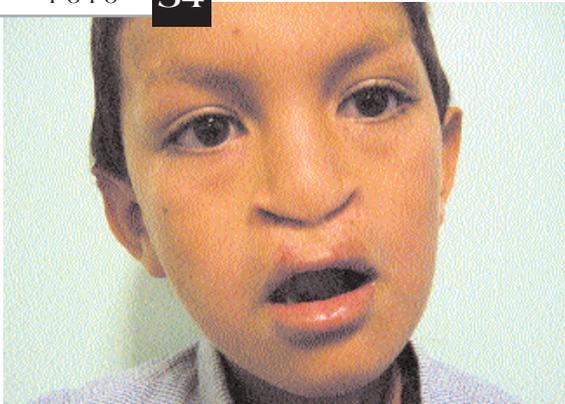


FOTO 5: A) PACIENTE MASCULINO DE 4 AÑOS CON SECUELA DE FLP BILATERAL.

FOTO 5B



FOTO 5: B) POSOPERATORIO A LOS 3 MESES



## Bibliografía

1. Mulliken J.B. : Principles and technique of bilateral complete cleft lip repair. *Plast Reconstr. Surg.* 75:477, 1985.
2. Manchester, W. M. The repair of bilateral cleft lip and palate. *Br. J. Surg.* 52:878, 1965.
3. Millard, D.R., Jr. Closure of bilateral cleft lip and elongation of the columella by two operations in infancy. *Plast. Recons. Surg.* 47:324, 1971.
4. Mulliken, J.B. Primary Repair of Bilateral Cleft Lip Nasal Deformity. *Plastic and Reconstructive Surgery*, July 2001.
5. -Mulliken, J.B. Photogrammetric Comparison of Two Methods for Synchronous Repair of Bilateral Cleft Lip and Nasal Deformity, *Plastic and Reconstructive Surgery*, October 1998.
6. Oral and Maxillofacial Surgery clinics of North American, Management of Cleft Lip and Palate, August 1991.
7. Mc Comb, H. Primary Repair of bilateral cleft lip nose: a 15-year review and a new treatment plan. *Past. Reconstr. Surg.* 86:882, 1990.
8. Cronin, T.D. Lengthening of the short columella associated with bilateral cleft lip. *Ann. Plast. Surg.* 1:75:1978.
9. Millard, D.r., Jr. Columella lengthening by a forked flap. *Plast Reconstr. Surg.* 22:454, 1958.
10. Randall, P., and Brown, A. Primary Reconstruction of the Columella in Bilateral Clefts of the lip. In Abstracts of the 2nd. International Congress on the Cleft Palate. Copenhagen, 1973. P. 251.
11. Farkas, L. G., Bryson, W., and Klotz, J. Is photogrammetry of the face reliable?. *Plast. Reconstr. Surg.* 66:346, 1980.





# Rinoplastia dinámica (Relación entre músculos de la punta nasal y labio superior corto)

Dres. Ewaldo Bolívar de Souza Pinto\*, Priscila Chiarello de Souza Pinto Abdala\*\*, Pablo R. Paolucci\*.

\* Director del Curso de Pos-Graduación en Cirugía Plástica, Universidad Santa Cecilia – Santos - Brasil. \*\* Preceptora del Servicio de Cirugía Plástica "Dr. Ewaldo Bolívar de Souza Pinto" Unisanta - Santos- Brasil. \*\*\* Residente del Servicio de Cirugía Plástica "Dr. Ewaldo Bolívar de Souza Pinto" Unisanta – Santos - Brasil.

Departamento de Cirugía Plástica, Universidad Santa Cecilia - Unisanta; Santos, San Pablo, Brasil.

Dirección para correspondencia: Dr. Pablo Paolucci. Av. Ana Costa 120, cep11060.000, Santos – SP, Brasil. e-mail: paoluccipa@yahoo.com

## Resumen

Desde 1993 hemos utilizado un nuevo acceso para el tratamiento de los músculos que se relacionan íntimamente con la punta nasal y el labio superior, hoy conocida como rinoplastia dinámica. Con la idea de mejorar la relación entre labio-puntadorso nasal, la técnica de rinoplastia dinámica se basa en una plástica en Z a través del frenillo labial, permitiendo el acceso de la musculatura local, representada por el músculo depresor del septo nasal y sus tres fascículos. Luego, realizamos un descolamiento subperiosteal del fascículo medial, el cual se relaciona íntimamente con la espina nasal inferior, seguido por el tratamiento del fascículo intermedio (el cual sustituye al anterior por una plicatura en la línea media). Inicialmente utilizamos esta técnica para narices negroides o en casos de punta nasal extremadamente caída. Hoy con una técnica quirúrgica mejorada, nos es posible operar cualquier tipo de combinación nasolabial, inclusive pacientes respiradores bucales; y aun casos con labio superior largo y punta nasal proyectada. Así, los autores han establecido una clasificación semiótica del complejo nasolabial, teniendo en cuenta indicación y técnica quirúrgica; mostrando la importancia de combinar varias etapas quirúrgicas (septoplastia, rinoplastia dinámica, rinoescultura y turbinectomía) implicada en cada grupo.

## Summary

Since 1993 the authors have been using a new approach to the treatment of the muscles intimately related with the nasal tip and the upper lip, today known as dynamic rhinoplasty. With the idea of improving the dorsum-tip-labial relationship, the dy-

amic rhinoplasty technique is based on performing an intraoral zetaplasty at the labial frenum, allowing the access to the local musculature, represented by the depressor septi nasi muscle and its three fascicles. Next, we perform a subperiosteal undermining of the medial bundles, releasing them from the lower nasal spine, followed by the treatment of the intermedial bundles (which substitute the former by the special kind of plication at the median line, according to the primary characteristics of the upper lip). Initially, we used the new method only for the treatment of negroid nose or for cases of exuberant droopy nasal tip. Today, with improvements in surgical technique, it is possible to operate on almost any kind of nasolabial combination, including mouth-breather patients and even cases with long upper lip and upright nose tip. Thus, the authors have established a semiotic classification, discussing both surgical indication and technique, and also showing the importance of combining several surgical stages (septoplasty, dynamic rhinoplasty, rhinosculpture, and turbinectomy) involved in each group.

**Palabras clave:** Rinoplastia dinámica – Cirugía de músculos nasal – Relación punta nasal labio superior.

## Introducción

El estudio de la anatomía de los músculos de la región nasolabial ha sido muy importante en los últimos años porque ha contribuido con la rinoplastia estética en lo que se dice respecto a la búsqueda por la armonía entre

nariz y labio superior, y principalmente, la sonrisa. Inspirado en la experiencia de otros cirujanos en el tratamiento de nariz negroide, en el cual se indica sustancialmente el descolamiento subperiosteal para el relajamiento de la musculatura lateral, el autor progresó en la investigación, liberando y tratando los fascículos del músculo depresor del septo nasal a través de la gingiva bucal superior, realizando una zetaplastia en la mucosa oral.

Este trabajo intenta (1) presentar nuestra experiencia quirúrgica en el tratamiento funcional y dinámico de los músculos íntimamente relacionados con la punta nasal y el labio superior; (2) establecer una clasificación semiótica del complejo naso-labial; (3) mostrar los resultados de la asociación de la rinoplastia funcional (septoplastia, turbinectomía) y estética (rinoescultura).

### Anatomía

En los últimos años ha aumentado el interés por el estudio anatómico-funcional de los músculos nasales; el músculo depresor del septo nasal es considerado el principal responsable en la caída dinámica de la punta nasal, especialmente cuando los pacientes sonríen. Es un músculo doble localizado en ambos lados de la línea media del labio superior, representado por el septo nasal, donde está constituido por tres fascículos (Foto 1), descritos abajo:

- Fascículos mediales: juntos, los fascículos internos del músculo depresor tienen la forma de un triángulo equilátero, con la inserción ósea debajo de la espina nasal (ápice del triángulo) y la base del triángulo con

una inserción libre en el labio superior (Foto 2). Durante la rinoplastia dinámica estos fascículos son liberados de sus porciones óseas para reducir la fuerza muscular, levantar la punta nasal y alargar el labio superior. Posteriormente, ellos son substituidos por los fascículos intermedios.

- Fascículos intermedios: situados entre los fascículos mediales y laterales, ellos tienen una función fundamental en la rinoplastia dinámica (aumentando o disminuyendo el labio superior) cuando ellos substituyen los fascículos mediales, siendo plicados en dirección a la línea media.
- Fascículos laterales: las bandas son particularmente más desarrolladas en los casos de nariz negroide (ensanchando las alas nasales). Ellas pueden ser liberadas y giradas en la dirección central, estrechando la base de las narinas y levantando el filtro labial.

### Semiología

Acompañando el desarrollo de la rinoplastia dinámica a través de los últimos años, el Dr. de Souza Pinto, propuso una clasificación de los pacientes en seis grupos distintos, indicando la técnica quirúrgica específica para cada caso.

TABLA I. RINOPLASTIA DINÁMICA - CLASIFICACIÓN DE SOUZA PINTO

GRUPO I: punta nasal caída + labio superior corto (sonrisa gingival)
GRUPO II: punta nasal caída + labio superior largo
GRUPO III: punta nasal proyectada + labio superior corto (sonrisa gingival)
GRUPO IV: punta nasal proyectada + labio superior largo
GRUPO V: nariz negroide (caso especial)
GRUPO VI: respirador bucal (caso especial)

Esta clasificación es basada en la relación entre las características de la punta nasal (caída o proyectada) y el labio superior (corto o largo) para los grupos del I al IV. Los grupos V y VI son considerados casos especiales. En el preoperatorio es importante darle atención para algunos aspectos: (1) Anamnesis completa con identifica-



FOTO 1. FASCÍCULOS DEL MÚSCULO DEPRESOR DEL SEPTO NASAL  
(A) FASCÍCULO LATERAL (B) FASCÍCULO INTERMEDIO  
(C) FASCÍCULO MEDIAL

ción de los datos del paciente;

(2) Examen físico, con observación de las características funcionales y anatómicas;(3) Estudio fotográfico estático y dinámico (paciente sonriendo) para evaluar la acción del músculo depresor de la punta nasal;(4) Exámenes de laboratorio de rutina y (5) Evaluación preanestésica.

Se realizan estudios computadorizados con el objetivo de mejorar la relación cirujano y paciente.

### *Técnica quirúrgica para el tratamiento del labio superior:*

Tras el advenimiento de la rinoplastia dinámica, la cirugía puede ser dividida en 4 tiempos distintos y secuenciales:

1. Septoplastia: en los casos en que haya algún tipo de desvío de septo la cirugía se inicia por la corrección del desorden funcional.
2. Rinoplastia dinámica: representa la segunda etapa de la cirugía, con sus propias peculiaridades para cada grupo semiótico comprometido.
3. Rinoescultura : tras la septoplastia y el tratamiento muscular de la punta nasal y labio superior, se procede con el análisis de los aspectos nasales estéticos, de acuerdo con las necesidades individuales de cada paciente, con relación a la raíz y dorso nasal (raspado de hueso y cartílago, resecciones, osteotomías e injertos de cartílago), punta nasal (resección mínima del cartílago alar, injerto de cartílago en la punta o en el ángulo nasolabial, resección en cuña del cartílago alar en los casos de nariz negroide).

La técnica quirúrgica que se refiere a la rinoplastia dinámica y consecuente tratamiento muscular del labio superior corto es descripta a seguir:

1. Marcación: después de revertir el labio superior es realizada la marcación de la zetoplastia (ángulo de 45° a 60°) en el freno labial de la mucosa gingival del labio superior (Foto 3).

2. Infiltración: local con solución anestésica compuesta por lidocaína 1% y solución de adrenalina 1: 100 000.

3. Incisión: en la mucosa (zetoplastia) seguida por el descolamiento de los colgajos de mucosa.

4. Disección e Identificación: de los fascículos musculares del músculo depresor del septo nasal, bilateralmente. Este constituye el principal paso de la técnica de la rinoplastia dinámica, cuando los fascículos musculares son abordados y tratados con base en el grupo semiótico comprometido

Con el auxilio de un descolador para realizar un descolamiento subperiosteal, los fascículos mediales son liberados completamente debajo de la espina nasal (Foto 4A, B), con consecuente elevación de la punta nasal, resultando en proyección del labio superior (Foto 7A, B). Con el perfeccionamiento de las técnicas para el tratamiento muscular, se nota que no hay necesidad de resección ósea debajo de la espina nasal. Enseguida, los fascículos intermedios son descolados en el plano mucoso con una tijera delicada, y reposicionados centralmente en la línea media a través de la plicatura de sus bandas (catgut 4-0), substituyendo los fascículos mediales anteriormente liberados (Foto 5). Esta plicatura central permite la proyección de la columela y elevación de la punta nasal, aislándola, funcionalmente, del labio superior (Foto 8).

Tras hemostasia, los colgajos mucosos son transpuestos (Foto 6), permitiendo el aumento del labio superior (1-2 mm),

FOTO 2



FOTO 2. REPRESENTACIÓN DE LA FORMA TRIANGULAR DE INSERCIÓN DE LOS FASCÍCULOS INTERNOS DEL MÚSCULO DEPRESOR DEL SEPTO

FOTO 3

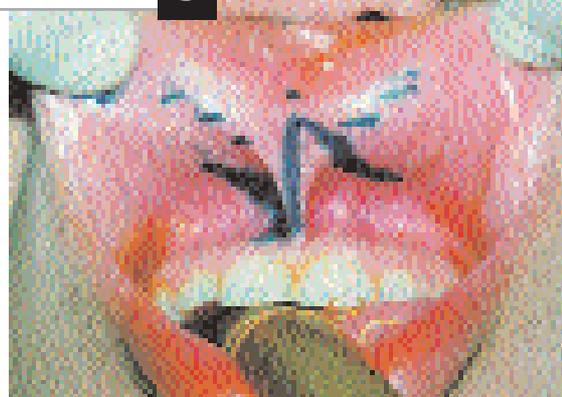


FOTO 3. MARCACIÓN DE LA ZETOPLASTIA (45° A 60°) EN EL FRENO LABIAL

FOTO 4

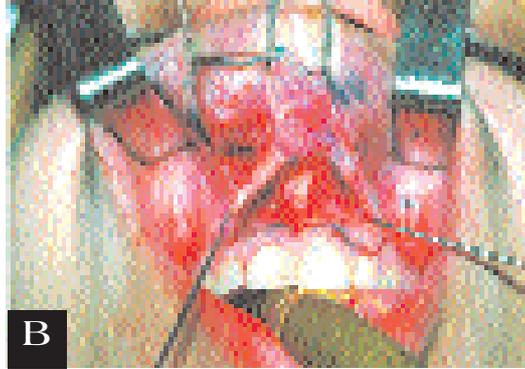
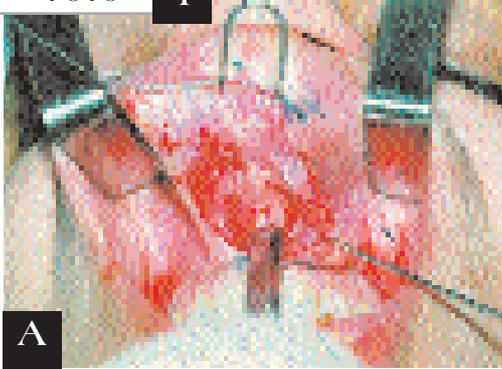


FOTO 4. (A) DESCOLAMIENTO SUBPERIOSTEAL DEL FASCÍCULO MEDIAL DEL MÚSCULO DEPRESOR DEL SEPTO NASAL, CON AUXILIO DE UN SEPARADOR. (B) FASCÍCULO MEDIAL LIBERADO DEBAJO DE LA ESPINA NASAL.

FOTO 5

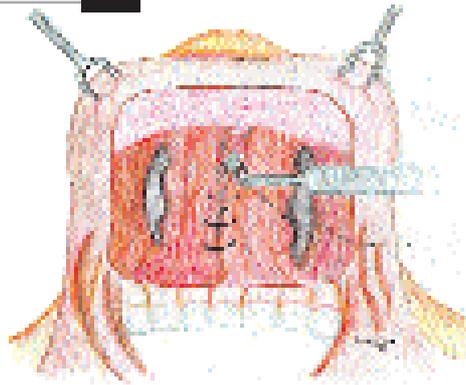


FOTO 5. REPOSICIÓN CENTRAL EN LA LÍNEA MEDIA A TRAVÉS DE LA PLICATURA DE LOS FASCÍCULOS INTERMEDIOS, SUBSTITUYENDO A LOS MEDIALES

FOTO 6

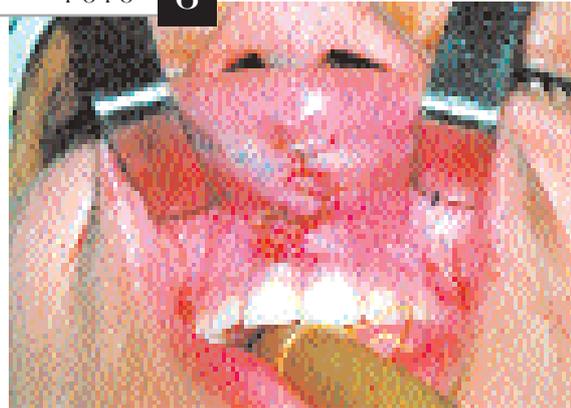


FOTO 6. ZETOPLASTIA, TRANSPOSICIÓN DEL COLGAJO MUCOSO; CIERRE CON HILO ABSORBIBLE

FOTO 7

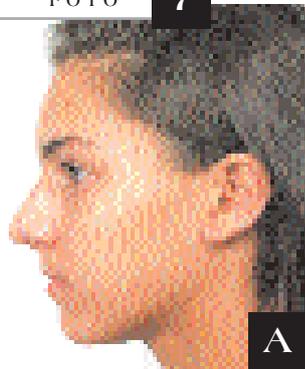


FOTO 7. PACIENTE DE 15 AÑOS DE EDAD  
(A) PREOPERATORIO  
(B) 9 MESES POSOPERATORIO.

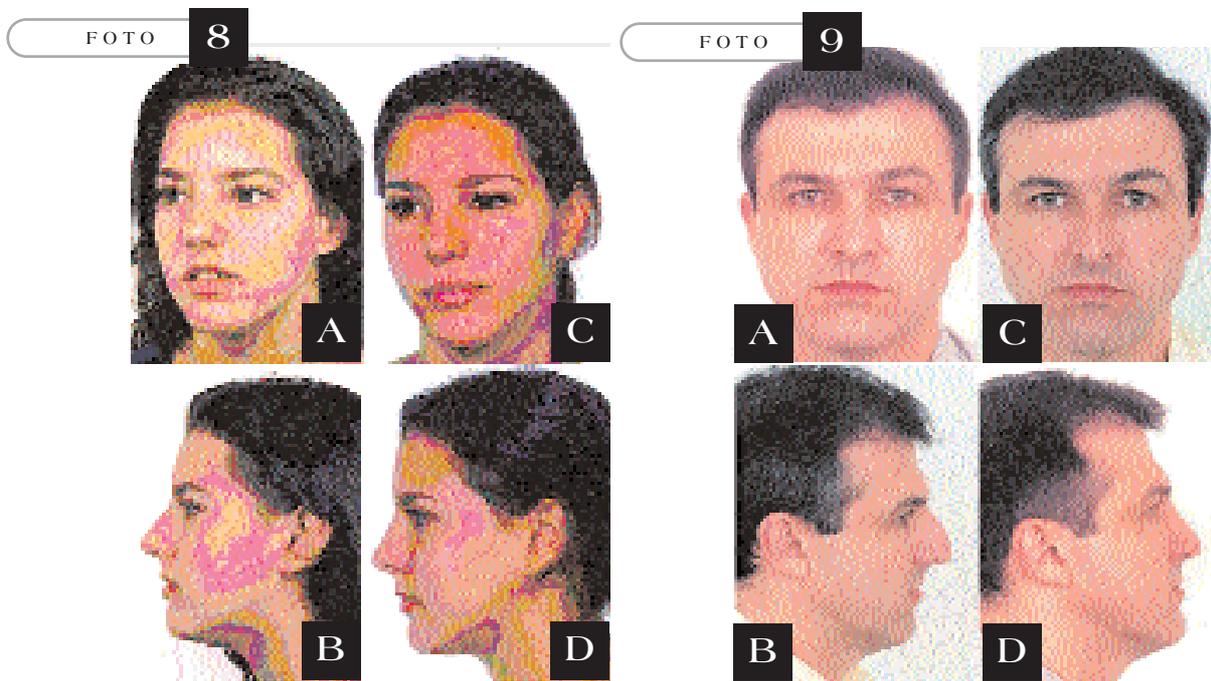


FIG. 8. PACIENTE DE 16 AÑOS DE EDAD.  
(A, B) PREOPERATORIO  
(C, D) 5 AÑOS POS CIRUGÍA

FOTO 9. PACIENTE DE 43 AÑOS DE EDAD  
(A, B) PREOPERATORIO  
(C, D) 18 MESES POS CIRUGÍA



FIG. 10. PACIENTE DE 18 AÑOS DE EDAD  
(A, B) PREOPERATORIO  
(C, D) 12 MESES POS CIRUGÍA



y suturados con hilo absorbible. Precauciones específicas en cuanto al posoperatorio de esta cirugía incluyen una rigurosa y adecuada higiene oral. Las recomendaciones en cuanto a la cirugía estética (rinoescultura) y funcional (septoplastia y turbinectomía) son basadas en las exigencias de cada caso.

## Resultados

A través de la rinoplastia dinámica es posible tratar el complejo naso-labial, obteniéndose un resultado más armonioso. La asociación de la rinoplastia funcional (septoplastia y turbinectomía) y estética (rinoescultura) lleva a resultados más satisfactorios. En la Foto 7, en una paciente de 15 años, con punta nasal caída, labio superior corto y discreta convexidad dorsal. Siete años después de la cirugía se nota mejora del contorno dorsal, aumento del labio superior, elevación de la punta nasal y avance del tercio medio del rostro. Otro resultado es mostrado en la Foto 8, paciente de 16 años, respiradora bucal, con punta nasal caída, convexidad dorsal evidente, desvío de septo y labio superior corto. 5 años tras la cirugía se nota una línea dorsal más proyectada y suavizada, proyección de la columela y aumento del labio superior.

## Discusión

Al inicio, esta técnica conocida actualmente como rinoplastia dinámica era usada en casos de punta nasal severamente caída, pacientes con sonrisa gingival, labio superior corto, retracción de la columela y nariz negroide.

Las principales conquistas con el uso de esta técnica, observadas durante las cirugías, son:

- Elevación de la punta nasal y su aislamiento funcional en relación al labio superior;
- Aumento del labio superior y corrección de la sonrisa gingival.
- Proyección de la columela (con una importante reducción de

la necesidad de injerto de cartílago en el ángulo naso-labial).

- Estrechamiento de ancha base de las narinas en los casos de nariz negroide.

La rinoplastia dinámica representa apenas una de las etapas de la cirugía nasal. Sus principales ventajas cuando comparada con otros procedimientos quirúrgicos son: (1) Necesidad de mínimas incisiones; (2) Tratamiento funcional muscular de la punta nasal; (3) Reducción significativa del uso de injertos de cartílago.

Continuamos enfatizando, la importancia de la asociación de los tratamientos estéticos y funcionales para preservar la armonía facial como un todo, de acuerdo con los preceptos de la rinoescultura, considerando cada caso individualmente y evitando el estigma de una nariz operada.

## Conclusión

Hemos practicado la rinoescultura desde 1993 y hemos intentado individualizar nuestros procedimientos en el sentido de conseguir armonía entre la nariz y el rostro.

Entusiasmados con el abordaje anatómico y muscular de la punta nasal en la rinoplastia, hemos adaptado los preceptos de la cirugía funcional y dinámica para este segmento particular y su íntima conexión con el labio superior. Trabajando con el músculo depresor del septo nasal y sus fascículos, de maneras distintas para cada caso semiótico, se consiguen resultados naturales, satisfactorios desde el punto de vista funcional, y duraderos.

Hemos quedado extremadamente incentivados por la técnica y por la armonía facial conseguida con mejora en la relación raíz-dorso-punta-labio. Inicialmente usada solo en casos de punta nasal extremadamente caída o nariz negroide, hoy, esta técnica quirúrgica es también indicada para casos de labio superior largo y punta nasal proyectada, pudiendo ser usada sin restricciones.

## Bibliografía

1. De Souza Pinto EB, Rocha RP, Filho WQ, Neto ES, Zacharias KG, Amâncio EA, Camargo AB: Anatomy of the Median Part of the Septum Depressor Muscle in Aesthetic Surgery. *Aesth Plast Surg* 22: 111, 1998.
2. Santana PSM, Abel JL, Martínez PSM, et al. Negroid nose treatment, without excision of the nasal ala. *Annals of the International Symposium Recent Advances in Plastic Surgery*. São Paulo, Brazil; 384-389; March 3-5, 1989.
3. De Souza Pinto EB, Erazo IP, Queiroz FW. Rhinoplasty: treatment of the tip-columella and lip. *Annals of the ISAPS-XIII International Congress*, New York, September 28-October 3, 1995.
4. De Souza Pinto EB, Erazo IP, Muniz AC. Rinoescultura: tratamento da dinâmica da ponta nasal, columela e lábio. In: Tournieux AAB, Curi MM. *Atualização em Cirurgia Plástica - SBCP*, 1st ed, Robe Editorial, São Paulo, 51-57, 1996.
5. Sheen JH. *Aesthetic Rhinoplasty*. C V Mosby, St. Louis, 1987.
6. De Souza Pinto EB, Biirgel FL, Muniz AC... O uso do Computador na Rinoescultura. In: Tournieux AAB, ed. *Atualização em Cirurgia Plástica Estética - SBCP*, Robe Editorial, São Paulo, 201-205, 1994.
7. Correa JPT, De Souza Pinto EB, Erazo IP. Estudo anatómico experimental da região nasolabial em cadáveres e sua importância em rinoplastia. In: Tournieux AAB, Curi MM, eds. *Atualização em Cirurgia Plástica - SBCP*, Robe Editorial, São Paulo, 687-691, 1996.
8. Gonella HA. Contribuição ao estudo anatómico dos músculos do nariz. Tese Faculdade de Medicina de Sorocaba - PUCSP, Sorocaba, São Paulo, Brasil, 1982.
9. Ribeiro L, Accorsi A Jr. Parrot nose. *Plastic Reconstructive and Aesthetic Surgery*. Transactions of the 11th Congress of The International Confederation. Yokohama, Japan, 121-122, April 16-21, 1995.
10. De Souza Pinto EB, Muniz AC, Erazo PJ, Abdalla PCSP. Dynamic Rhinoplasty: Treatment of the Tip Muscles. *Perspectives in Plastic Surgery* 12(1), 21-44, 1999.





# Lipoatrofia facial severa provocada por material de relleno. Crónica de un desastre anunciado

Publicado en "Actualizaciones Terapéuticas Dermatológicas y Estéticas; año 2004, vol. 27, pag. 148

Dres. Julio Barba Gómez\*, Enrique Hernández-Pérez\*\*

\*Director de Jubago, Unidad de Cirugía Plástica y Reconstructiva, Guadalajara, Jalisco, México

\*\*Centro de Dermatología y Cirugía Cosmética (CDCC), San Salvador, El Salvador.

## Resumen

*El empleo de materiales de relleno ha constituido un real avance en cirugía cosmética facial. En algunos casos, sin embargo, su uso ha llevado a serios problemas. En 9 de 14 casos inyectados con Metrex® ocurrió severa atrofia de la grasa subcutánea, aparentemente debido al detergente incluido en la fórmula.*

*El conocimiento de estos desastres es importante para que los médicos sólo utilicen materiales probados por el tiempo y sepan claramente cuáles son los que han dado problemas, no importando si cambia el nombre comercial.*

**Palabras clave:** materiales de relleno; efectos adversos; lipoatrofia.

## Summary

*The use of fillers have constituted a real advance in facial cosmetic surgery. Sometimes however its utilization has led to a number of problems. In 9 out of 14 cases in which we used Metrex® there occurred severe atrophy of the subcutaneous fat, apparently provoked by the detergent included in the formula.*

*Knowledge of these disasters is important for the physicians using only time - tested materials, knowing exactly the chemical components, to avoid those in which commercial names have been changed*

**Key words:** fillers; side effects; atrophy of fat.

## Introducción

La obtención del material de relleno "ideal" continúa aún fuera de nuestro alcance. A lo largo de los años varias sustancias han surgido, han gozado de alguna popularidad y han desaparecido, muchas veces en razón de la demostración de su escasa utilidad o persistencia.(2,3,4)

En algunos casos, sin embargo, se han presentado efectos colaterales que han variado desde lo simple, hasta lo trágico e irreversible.(5) Cuando esto ocurre el cirujano irresponsable generalmente trata de ocultar su fracaso y el problema es revelado por otros que trataron posteriormente a esos pacientes e intentaron, muchas veces infructuosamente, de mejorar esos malos resultados. Pero la medicina está cimentada sobre éxitos y fracasos, y la tarea de dar a conocer estos últimos, aunque penosa, puede servir para que otros no incurran en el mismo error.

Conociendo nuestro interés por los materiales de relleno, a mediados del 2001 fuimos contactados por una compañía sudamericana (Propharma Intl. Trading, CA) que decía representar a un fabricante suizo de medicamentos de alta calidad. (Kuhra Vital Derma Pharma Lucerne, Suisse) Entre otros, nos propusieron el uso, en calidad de prueba, de un "bioimplante correctivo" cuyo nombre comercial era Metrex.®

El extenso "dossier" estaba avalado por las supuestas experiencias obtenidas en numerosos casos y a lo largo de años, en hospitales y clínicas sudamericanas y europeas.(6) Por otra parte, el implante estaba constituido por la combinación de varias sustancias ya conocidas bajo otros nombres comerciales.

## El producto

De acuerdo al fabricante, el material listo para implante consta de lo siguiente:

**Acrilato y metacrilato de metilo.** Se trata de microesferas cuyo tamaño oscila entre 45 y 65  $\mu\text{m}$ , lo cual las hace demasiado grandes para ser fagocitadas y migrar. Los acrilatos forman parte de una familia de polímeros vinílicos. Cuando poseen grupos metilo extra enlazados al carbono a se denominan metacrilatos. La incorporación del grupo metilo confiere propiedades especiales a estos poliácridatos; así, a temperatura fría se reblandecen y se vuelven moldeables; a temperatura ambiental rápidamente se convierten en plásticos firmes y resistentes. La flexibilidad o rigidez de un polímero en relación con la temperatura están determinadas por la llamada movilidad de cadena, es decir, cuan fácilmente se deslizan entre sí las cadenas del polímero; cuanto más pueden moverse, más flexible será el polímero.

**Criptoxantina.** Es el hidroxibetacaroteno, una forma de vitamina A presente en la naturaleza. Contribuye al mantenimiento de la integridad y diferenciación de los epitelios, poseyendo acción antioxidante. Clínicamente disminuye las arrugas finas, mejorando la textura y elasticidad de la piel.

**Ácido ascórbico.** Vitamina C hidrosoluble con propiedades antioxidantes, actúa como despigmentante, ya que al oxidarse interfiere con la síntesis de la melanina.

**Aminoácidos.** La L-histidina, L-serina, L-prolina, L-leucina, L-lisina, L-fenilalanina y L-valina intervienen en la formación y reparación de tejidos, en la producción de colágeno y en la formación de la estructura de los epitelios y el tejido conectivo. Son elementos nutritivos específicos que junto a las vitaminas A y C facilitan la integración del Metrex a la piel.

**Copolímeros de cuarta generación.** Ésteres de ácidos grasos de polietilenglicol, PEG fatty acid esters o ésteres etoxilados de ácidos grasos. Son detergentes o surfactantes no iónicos obtenidos por la esterificación de ácidos grasos con óxido de etileno o polietilenglicol. El amplio rango de sus propiedades depende de los cambios realizados sobre el segmento hidrofílico del ácido graso o de acuerdo al grado de polimerización del segmento hidrofílico del polioxietileno.

## Indicaciones

Líneas de expresión en cara (mejillas, entrecejo, periorbitaria, peribucal), hundimientos postraumáticos o consecutivos a extirpación de tumores, aumento de volumen de labios.

## Uso

Se aspira del vial con una aguja calibre 20 y se inyecta intra-

dérmicamente con una aguja calibre 30. No es necesario el uso de anestesia local. La infiltración debe hacerse en forma retrógrada, sin sobrecorrección. En caso necesario puede repetirse la sesión en 10 días. No requiere test de alergia.

## Estudios clínicos

Se usó en 351 pacientes (320 mujeres y 31 hombres), con arrugas. No se usaron más de 3 cc por sesión. La eficacia del producto y la ausencia de complicaciones se valoraron hasta por 24 meses.(6)

## El Implante del Siglo XXI

Así nos fue presentado el producto y se nos pidió que lo utilizásemos para comprobar personalmente su eficacia. Seleccionamos 14 pacientes, 7 uno de nosotros (JBG) y 7 el otro (EHP).

## Nuestros casos

Del total de 14 pacientes, 13 fueron mujeres y 1 hombre. Las edades variaron entre 36 y 62 años con un promedio de 41, 2. En todos los casos se trató de pacientes de origen hispánico y todos trabajaban bajo techo.

Todos estaban altamente motivados para procedimientos de tipo cosmético y la indicación principal fueron ríntidas faciales, principalmente melolabiales.

A los pacientes se les explicó que aunque teníamos una

FOTO

1



FOTO

2



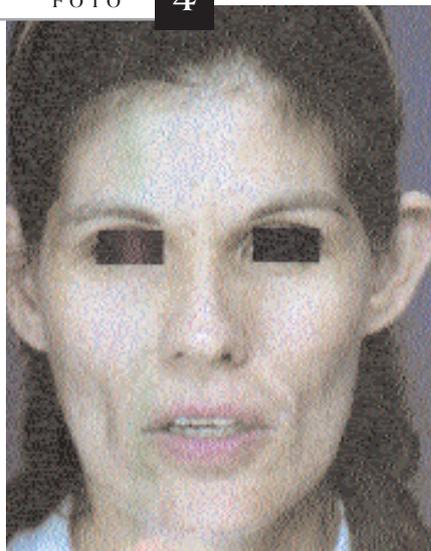
FOTO

3



FOTO

4



FOTO

5



buena experiencia con materiales de relleno, nunca antes habíamos usado Metrex, si bien disponíamos de abundante información del laboratorio fabricante. Todos firmaron una hoja de consentimiento informado.

El procedimiento se efectuó apegándonos estrictamente al protocolo del fabricante y tanto los pacientes como nosotros quedamos muy satisfechos con los resultados. La observación postratamiento la efectuamos mensualmente y todo

pareció evolucionar sobre ruedas: corrección adecuada y persistente, no complicaciones..., al menos hasta el quinto mes, cuando sobrevino el desastre.

### El problema

Entre el quinto y el octavo mes, 9 de los 14 pacientes (64.2 %), 6 mujeres y 1 hombre, comenzaron a mos-



trar una atrofia brusca y progresiva exactamente en el sitio de la inyección del Metrex; clínica-mente desaparecieron las bolsas de Bichat, quedando en su lugar una impresionante depresión.

Al examen la piel parecía normal, pero se apreciaba un marcado hundimiento por atrofia del subcutáneo, en el sitio del implante y en el de las bolsas de Bichat. Las lesiones, totalmente asintomáticas, recordaban estrechamente a una morfea en "coup de sabre" o a una atrofia hemifacial... excepto por su bilateralidad, por verse sólo en personas en quienes se había inyectado Metrex y en el sitio preciso del implante.

Para nuestra preocupación - y alivio -los pacientes estaban preocupados especialmente por el problema estético y cuál podría ser la forma de corregirlo. Una biopsia profunda, incluyendo piel y celular subcutáneo, fue obtenida de una de las pacientes. La muestra, coloreada con H & E, mostró exclusivamente atrofia del celular subcutáneo. No hubo ninguna evidencia de inflamación ni de necrosis tisular. (Dra. Mercedes Hernández Torres)

Ante la inquietud de las pacientes, en 8 de ellos efectuamos transplante de grasa autóloga y en 1 combinamos transplante de grasa autóloga con la aplicación de hilos aptos. En todos los casos los resultados fueron satisfactorios (Fotos).

## Comentarios

Estos casos fueron presentados durante la tercera reunión anual de la Meso American Academy of Cosmetic Surgery (MSAACS) en San Salvador, Mayo del 2003.(7) Nos pareció que era muy legítimo dar un alerta ante el desastre provocado por ese producto. No conocíamos las razones para el problema, pero nos parecía que era de nobleza obligada advertirlo para que productos como éste no siguieran causando problemas.

Entre los comentarios, B. Victoria Kadunc(8) se refirió a que en São Paulo, Brasil, se habían observado varios casos similares usando un producto y fórmula idéntica a la del Metrex pero con un nombre comercial diferente (ProFill®). Tanto el cuadro clínico, como el tiempo de latencia para que se diese el problema y los hallazgos microscópicos fueron esencialmente los mismos. Las biopsias de sus pacientes mostraron también atrofia de la grasa subcutánea y se asumió que había ocurrido previamente necrosis posiblemente mediada por el detergente incluido en la fórmula. El Profill fue prohibido en Brasil. Kadunc, Cucé y col.(9) han hecho un extenso y ampliamente documentado trabajo sobre 12 casos con severa lipoatrofia facial debido al Profill. Los autores concluyeron que la lipoatrofia fue provocada por el copolímero, un compuesto surfactante con propiedades solubilizantes que ejerció un posible efecto lipolítico directo.

## Conclusiones

El interés de reportes como éste es para insistir que los materiales de relleno no son necesariamente inocuos sólo porque sean promovidos por un laboratorio y apoyados por "abundante" material científico. La prueba del tiempo siempre es indispensable. Los médicos que inyectamos sustancias de relleno debemos estar siempre advertidos de lo que ha ocurrido con estos productos y abstenerse de utilizarlos hasta que todo el peso científico actúe en favor de los pacientes. Deben conocerse absolutamente todos los componentes de un producto para implante ya que a veces lo que cambia es el nombre comercial con que sale al mercado en diferentes zonas geográficas. En nuestro caso los pacientes felizmente evolucionaron bien pero el riesgo aún persiste y deben tomarse las medidas de precaución. Parafraseando a un conocido escritor latinoamericano, premio Nobel de literatura, este reporte bien pudo titularse "Crónica de un desastre anunciado" y jamás debería repetirse.

## Bibliografía

1. Seijo-Cortés JA, Hernández-Pérez E: Materiales de relleno: ¿Cuáles y cómo? Act Terap Dermatol 2001 ;24:398-407.
2. Gold MH. Fibrel. Dermatol Clin 1995; 13:353-361.
3. Millikan L, Rosen I, Manheit G: Treatment of depressed cutaneous scars with gelatin matrix implant: A multicenter study. J Am Acad Dermatol 1987; 16:1155-1162.
4. Clark DP, Hanke W, Swanson NA. Dermal Implants: Safety of products injected for soft tissue augmentation. J Am Acad Dermatol 1989;21:992-998.
5. Hage y col: The devastating outcome of massive subcutaneous injection of highly viscous fluids in male-to-female transsexuals. Plast Reconstr Surg 2001;107:734-741.
6. Kuhra Vital Derma Pharma Lucerne + Suisse: Vanguardia en implantes faciales. 1999.
7. "Sharing with the Experts III", A practical approach to the latest advances in Cosmetic Surgery. Radisson Plaza Hotel, San Salvador, El Salvador, May 1,2 & 3, 2003.
8. Comentarios. "Sharing with the Experts III, A practical approach to the latest advances in Cosmetic Surgery. Radisson Plaza Hotel, San Salvador, El Salvador, May 1,2 & 3, 2003.
9. Kadunc BV, Cucé LC, de Almeida ART, Di Chiacchio N: Facial lipoatrophy induced by a filler. An unusual complication of cosmetic procedures. (Aceptado para publicación en Dermatologic Surgery, 2004).





## Valoración del daño estético

Dr. Francisco Jorge Famá\*

\* Especialista en Cirugía Plástica. Médico Legista. Médico del Trabajo Jefe de la Asesoría Pericial del Departamento Judicial San Martín. Prof. Titular de Medicina Legal de la Universidad Nacional de San Martín. Prof. Titular de Criminalística de la Universidad Nacional de San Martín

La moderna concepción del Derecho establece que la integridad personal está conformada por tres planos -físico, psíquico y espiritual- y esa integridad es un valor en sí mismo que corresponde reparar en caso de lesión. Este principio de la reparación integral del daño ya es una realidad en Europa, y se está instalando paulatinamente en nuestro país.

Pero bien, debemos definir el daño estético. **Daño**, del latín "damnum" es definido en el diccionario como *perjuicio, deterioro, menoscabo*, y **estético**, del latín "aisthetikós", en su cuarta acepción como *apariencia que algo presenta atendiendo a su belleza*.

La belleza a su vez es definida como *las cualidades que producen un placer espiritual, intelectual o sensorial*.

Podríamos entonces definir el **daño estético** como *una disminución o deterioro en la armonía personal, o mejor aún como una alteración del aspecto habitual que tenía la persona antes del hecho dañoso*. Creemos que esta última definición reconoce que el derecho a la indemnización no está solamente limitado a los seres bellos y perfectos, sino a todos los mortales (Zavala de González).

Las "Jornadas de Homenaje al Profesor Jorge Bustamante Alsina" (Bs. As. Junio 1990) dictó las siguientes recomendaciones relativas al resarcimiento de los daños estéticos:

- 1) Daño estético es toda alteración disvaliosa para la víctima en su armonía y esquema corporal
- 2) El daño estético comprende las anormalidades anatómicas y funcionales.
- 3) La lesión estética debe manifestarse exteriormente.
- 4) El daño estético comprende alteraciones en las partes del cuerpo se exhiban o no naturalmente.

5) El daño estético tiene repercusiones en el campo patrimonial o extrapatrimonial

En el área del Derecho civil, tradicionalmente se ha procedido a la reparación del **daño estético**, en la mayor parte de la jurisprudencia otorgándole al mismo carácter extrapatrimonial y englobándolo dentro del **daño moral**. El daño moral, era caracterizado antiguamente como en "pretium doloris", vinculándolo con el sufrimiento que experimenta la víctima (temores, inseguridad, fobias, etc) todos ellos elementos subjetivos. Mucho se ha discutido si corresponde otorgarle al **daño estético** un carácter autónomo y son escasas las sentencias que se vuelcan en este sentido, sin embargo ambas entidades se desenvuelven en planos distintos, habida cuenta que el daño moral es inmaterial y el daño estético no lo es, ya que es objetivo.

Creemos entonces que el daño estético configura una entidad autónoma? Indudablemente no, pero no debería asociarse al daño moral, sino al daño físico, ya que es mensurable por parte del perito. Al reunir esta condición de ser pasible de apreciación pericial, nadie mejor que el experto para asesorar al Juez respecto del porcentual de incapacidad, porcentual que se debe aclarar se estima al solo efecto de establecer un parámetro que permita fijar un monto resarcitorio, y no como fiel reflejo de una incapacidad funcional.

Se plantea que al tener autonomía el daño estético se podría obtener un doble resarcimiento, pero esto no sucederá si la sentencia prudentemente evalúa los distintos planos de la personalidad que han sido afectados por el evento dañoso.

Sabemos que el patrimonio es el conjunto de bienes de



una persona, pero que este no está conformado por el conjunto de cosas valiosas que tiene un sujeto sino por los derechos que se tienen sobre ellas (Borda). Por ello se los denomina derechos patrimoniales. Lo estético, considerado en sí mismo, no integra el patrimonio por lo que se integraría como vimos anteriormente en el daño extrapatrimonial. Sin embargo Orgaz consideraba al daño estético como daño patrimonial indirecto cuando afectaba a una persona en la cual la belleza corporal o la fisonomía tiene importancia, como en caso de una actriz o modelo.

Este concepto se ha visto superado en la era actual, ya que actualmente la belleza del rostro y aún del cuerpo resultan requisitos para casi todo empleo. Es por ello que el portador de un daño estético puede ver comprometida su carrera laboral, y más aún, su reinserción con posterioridad al daño.

Esto vincula cada vez más al daño estético con el perjuicio patrimonial, ya que su presencia origina un perjuicio material.

Sabido es que el ideal de belleza es distinto en cada época y en cada sociedad, pero su exigencia no es un requisito de la vida moderna; basta con leer las sobrecogedoras palabras que Jehová le dirige a Moisés: *Habla a Aarón y dile: ninguno de tus descendientes, por sus generaciones, que tenga algún defecto, se acercará a ofrecer el pan de Dios. Porque ningún varón en el cual haya defecto se acercará, varón ciego, o cojo, o mutilado, o jorobado, o enano, o que tenga nube en el ojo, o que tenga sarna, o empeine o testículo magullado. Ningún varón en el cual haya defecto, se acercará para ofrecer las ofrendas encendidas para Jehová.*

Varios son los motivos que pueden ocasionar daño estético, y entre ellos los más importantes son seguramente las secuelas cicatrizales, pero no es motivo de este trabajo profundizar sobre las características de las mismas ni sobre los mecanismos para su evaluación.

Tiene tanto derecho a la indemnización la modelo o actriz o azafata de físico privilegiado que sufre ese accidente en su actividad como el operario, conductor y otros que puedan sufrir un evento similar. Resulta absolutamente discriminatorio fijar una indemnización mayor si la cicatriz asienta en la cara de una mujer o en la de un hombre, en ambos casos la integridad se ve lesionada.

Es más claro el derecho a la indemnización cuando la secuela no es solo estética sino que ocasiona trastornos funcionales, pero que esto no se produzca no vulnera el derecho resarcitorio. Superado el criterio de penalización que tenía la indemnización, que conserva hoy solo un carácter reparador, la indemnización debe ser integral.

Es sabido que el Art. 505 del Código Civil brinda la opción de reparar el daño a costa del deudor, o bien obtener una indemnización sustitutiva. En los casos de daño estético, la primera opción es inviable, ya que no es posible retrotraer el organismo al estado anterior, o sea eliminar el daño.

Por lo expuesto concluimos que el daño estético debe ser indemnizado y que quien más capacitado está para evaluarlo es el perito médico.



## NOTICIAS SACPER

❖ **XXXV Congreso Argentino de Cirugía Plástica**  
Buenos Aires, del 14 al 16 de abril de 2005. Sheraton Hotel, Buenos Aires- Argentina.

### Autoridades del Congreso:

#### 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 1611-3º piso

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.

Tucumán: 21, 22, 23 y 24 de octubre de 2004.

Santiago del Estero: 5, 6, 7 y 8 de noviembre de 2004.

### ❖ **Ciclo Docente 2004. Fundación Benaim. Ateneos mensuales**

Se realizarán los terceros 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.

### ❖ **Iº Jornadas Nacionales Interdisciplinarias de Fisuras Labio Alvéolo Palatinas.**

11 y 12 de marzo de 2005.

Sede: UCA, Puerto Madero.

Convocan: Sociedad Argentina de Cirugía Plástica, Estética y Reparadora; Federación Argentina de Colegios y Asociaciones de Fonoaudiólogos.

Informes:

Secretaría SACPER: 4816-3757/4816-0346. Operador comercial y turístico:

Eventos Corporativos: [www.eventos-corp.com](http://www.eventos-corp.com)



#### ❖ Lanzamiento del Programa "Graduados por más Graduados":

El Rector de la Universidad de Buenos Aires, Dr. Guillermo Jaime Etcheverry, convoca a los graduados de esa Universidad y a todos aquellos, en general, que deseen colaborar, para lograr que más estudiantes con capacidad y vocación finalicen sus estudios universitario,s aunque no cuenten con suficientes recursos económicos.

En este sentido, usted puede realizar contribuciones a un fondo de carácter permanente, "apradinar" estudiantes de manera individual, instituir becas a nombre de personas u organizaciones o bien subvencionar a estudiantes de determinadas carreras. La Universidad de Buenos Aires garantiza la imparcialidad en la selección de los beneficiarios del programa, la cual se llevará a cabo exclusivamente en función de los méritos y necesidad de cada estudiante. Además, la Universidad de Buenos Aires se compromete a velar por la transparencia de la gestión de los fondos que se aporten al programa.

Para más información, rogamos dirigirse a:

GRADUADOS POR MÁS GRADUADOS

E-mail: dirbecas@rec.uba.ar

Tel: 4811-3117 / 4815-7861. Ayacucho 1245 - Buenos Aires

#### ❖ Comentario de las VI Jornadas Interuniversitarias de Cirugía Plástica "Dr. Francisco Arespachaga"

Se realizaron los días 9, 10 y 11 de setiembre de 2004, en el Salón de Graduados de la Ciudad Universitaria de

la Universidad Nacional de Córdoba. Fueron otorgados los siguientes premios:

**Premio "Cirujano Maestro Dr. Jack Davis":** Tumor de Askin: caso problema. Dres. Eduardo Angheben, Eduardo Sabogal, Martín Colombo y Laura Bobbio.

**Premio "Cirujano Maestro Dr. Julián Fernández":** Melanoma maligno. Aspectos clínicos. Tratamientos. Dres. Fernando Garzón y Rafael Garzón.

**Premio "Cirujano Maestro Dr. Héctor Marino":** Complicación quirúrgica en úlcera trocánterea. Dres. Gonzalo Aguirre, Gabriel Nunes Dávalos, Guillermo Moreau y Ricardo Yohena.

**Premio "Cirujano Maestro Dr. Francisco Arespachaga":** Olecranon zona dadora de injertos". Dres. María E. Mancebo Grab y Pedro Dogliotti.

#### Además fueron acreedores de menciones los siguientes trabajos:

" Colgajo glúteo inferior en isla ampliada". Dres. Francisco Olivero Vila, Elina Ares de Parga, Guillermo Moreu y Ricardo Yohena.

" Tratamiento del entropión bilateral". Dres. Sophia Asiú Schetchel, Ariel Moreno, Diego Cunille y Walter Servi.

" Tumor de cuero cabelludo a propósito de un caso problema". Dres. Marcelo Irigo, Norman Blanco, Raúl Gallo y Julio Cianflone.

" Colgajo sural-caso problema". Dres. Arnaldo Cerna Chavez y Rubén Rosati.

" Rinoplastia abierta en puntas nasales bulbosas primarias y secundarias". Dres. Víctor Zalamea, Ricardo Romero y David Dallorso.

#### La mención "Poster" fue compartida por los trabajos:

"Normatización en el tratamiento de la úlcera sacra". Dres. Francisco Olivero Vila, Guillermo Moreu, Elina Ares de Parga y Ricardo Yohena.

"Tumores faciales, su tratamiento quirúrgico con colgajo de vecindad". Dres. Arabali Zolfagharián, Fernando Garzón, María Sánchez, Javier Paoletti, Pablo Luccini y Rafael Garzón.

Felicitaciones a todo el Comité Organizador y Ejecutivo de las VI Jornadas, como así también a todos los colegas premiados.

#### ❖ Homenaje

El día 14 de octubre de 2004 se organizó un homenaje de los miembros de ISAPS y amigos al Dr. Abel Chajchir, que fue nombrado Vicesidente 3º. Dicho nombramiento honra a los cirujanos plásticos argentinos.



## Sociedad de Cirugía Plástica de Buenos Aires

### ❖ III Curso Intensivo para Médicos en Formación Cirugía Plástica Estética Reparadora "Dr. José Robles":

El día 30 de septiembre de 2004 se llevó a cabo el Curso para Residentes, organizado por la firma Lombardozzi, en homenaje al Dr. José Robles. Fue auspiciado por la Sociedad de Cirugía Plástica de Buenos Aires, contó con la presentación de trabajos de los residentes.

#### Fueron premiados:

- 1) "Nuestra indicación del colgajo glúteo lumbar a propósito de un caso". Autores: Dr. Armando Donati, Dr. Francisco Olivera Vila, Dra. Elina Ares de Parga, Dr. Guillermo Moreau, Dr. Ricardo Yohena.
- 2) "Colgajos locales faciales en reconstrucción oncológica". Autores: Dr. Néstor Sakamoto, Dr. Oscar Zimman, Dr. Sergio Mur.
- 3) "Reconstrucción compleja de tratamiento grave en mano". Autores: Dr. Martín Colombo, Dr. Rafael Durand, Dra. Alejandra Pelaez, Dr. Marcelo Gómez.

### ❖ Comentario IX Simposio Internacional de Cirugía Plástica "Siglo XXI":

Los días 1 y 2 de octubre de 2004 se llevó a cabo el ya tradicional Simposio "Siglo XXI" de la filial Buenos Aires. Contó con la presencia del Dr. Foad Nahai (USA) que disertó sobre lifting, sus técnicas, complicaciones. Edgar Biemer (Alemania) habló sobre transplante de miembros, faloplastia en transexuales, lifting endoscópico. El Dr. José Guerrerosantos (México) se refirió a técnicas para resolver las ptosis cervicofaciales con plicaturas, suspensiones y lipoinyecciones.

Este Simposio contó con la asistencia de más de 500 profesionales, siendo un éxito científico y de concurrencia. Felicitamos a su Presidente el Dr. Juan Carlos Seiler y a través de él a todos los integrantes del Comité Ejecutivo y Científico.



## Sociedad de Cirugía Plástica de La Plata

❖ III Curso Internacional de la Sociedad de Cirugía Plástica de La Plata. Será realizado el día sábado 4 de junio de 2005.

**Tema:** " Cirugía estética y reparadora de los párpados y la órbita "

**Invitados extranjeros:** Dres. Lucía Vera Cardim, Sergio Lesa, y destacados invitados nacionales.

**Lugar:** Salón Dorado Jockey Club Multiespacios. Ciudad de La Plata.

#### ORGANIGRAMA:

##### Diciembre

Miércoles 15, 20.30hs.

Asamblea anual, con presentación de memoria y balance  
Entrega de diplomas a nuevos socios y nuevos miembros titulares

Cocktail de cierre del año

Lugar de reunión: Salones de la Sociedad Médica de La Plata.  
Calle 50 N° 374 La Plata

❖ III Curso Internacional. Cirugía Estética y Reparadora de los Párpados y de la Órbita. 4 de junio de 2005 en el Salón Dorado del Jockey Club Multiespacios (Avenida 7 N° 834 e/48 y 49. Ciudad de La Plata). Organiza la Sociedad de Cirugía Plástica de La Plata con el auspicio de la SACPER.

**Invitados extranjeros confirmados:** Dra. Lucía Vera (Brasil), Dr. Alberto Irigaray (Uruguay) y Dr. Sergio Lessa (Brasil).

Mostraciones quirúrgicas en video. Conferencias. Mesas Redondas. Panel de debate con los invitados. Dirigido a: cirujanos plásticos y médicos en formación en nuestra especialidad.

#### Autoridades:

Director: Dr. Jorge Canestri

Co Director: Dr. Roberto Lamonega

Secretario: Dr. Néstor Vincent

Tesorero: Dr. Gustavo Caputti

Coordinadores: Dres. Iván Ronga, Carlos Schreiner, Sergio Polichella, Martín Menvielle y Dra. Ana Lía Zuccotti.

Inscripción e informes: [info@scirplasticalaplata.org.ar](mailto:info@scirplasticalaplata.org.ar)

Tel: 0221- 427 3213- [www.scirplasticalaplata.org.ar](http://www.scirplasticalaplata.org.ar)



## Sociedad de Cirugía Plástica de Rosario

❖ **Segundos lunes de cada mes:** Círculo Médico, Rosario (reunión científica: 2 horas con expositores locales y nacionales)

### Actividad 2004-2005:

- Curso de Cirugía Plástica in vivo, 2004
- Curso de Cirugía Máxilofacial, 2004
- Curso de Cirugía Dermatológica (en conjunto con la Sociedad de Dermatología de Rosario)
- Jornada de Complicaciones y Malos Resultados en Cirugía Plástica
- 10 Reuniones Científicas locales (2 por mes a cargo de relatores locales y nacionales)
- 1 beca y premio al mejor trabajo científico presentado (Jurado: miembros titulares de la Sociedad de Cirugía Plástica de Rosario)



## Sociedad de Cirugía Plástica y Reconstructiva de Córdoba

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

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

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





## El mundo de las artes

Sin las llamadas "bellas artes", aquellas que no son medios sino fines en sí mismas, y se justifican sólo por el placer que proporcionan, nuestras vidas serían pobres y superficiales.

Ninguna es tan íntimamente nuestra como la literatura. El arte de la literatura es el arte de la narración. Esta puede ser de distinto largo, desde la anécdota hasta la épica, desde el cuento de hadas hasta la novela.

Puede llegar a nosotros de muchas formas: en el teatro a través de actores de carne y hueso; en la pantalla plana del cine a través de sombras y luces que nosotros imaginamos reales.

La naturaleza no cuenta cuentos; sólo los artistas lo hacen transformando la distancia entre la materia y la mente. En la naturaleza no hay principios y finales en el sentido familiar a los lectores de la ficción o el drama. No importa cuán simple o complejo sea un cuento, es una construcción humana carente de interés para los demás seres vivos, mientras que los seres humanos contienen el aliento hasta que conocen el final.

Cada una de las bellas artes florece en formas grandes o pequeñas. Así como la narración puede elegir entre la brevedad del cuento folklórico y la elaboración de los poemas épicos, así también la música llega a nuestros oídos como una simple canción o como una ópera o una sinfonía.

La música tiene su propio lenguaje, que se escucha a sí mismo; tiene un efecto que no podemos definir y que algunos han descripto como que logra sacarnos afuera de nosotros mismos.

Quienes así afirman, probablemente hablan de su música nativa. La música oriental suena como simple ruido a los oídos no entrenados de los occidentales, y la música occidental tiene una monotonía, según los chinos, que los europeos por supuesto niegan. Lo mismo ocurre, aunque en menor medida, en las demás artes. El Este y el Oeste tienen diferentes ojos y oídos así como difieren en sus formas de pensar.

El arte del dibujo y la pintura, del grabado y del diseño decorativo, han cubierto muchas superficies - yeso, tela,

papel – que no muestran ya el trabajo del artista, pues los materiales de estas obras no son durables como el mármol, el bronce o la madera. Mucho permanece, pero mucho ha desaparecido. Hasta las pinturas prehistóricas de las cuevas de Francia y África descubiertas por el hombre moderno como milagros de sobrevivencia, pueden no sobrevivir las visitas del turismo.

La música de la antigua Grecia es desconocida por nosotros por otra razón: no sabemos como se escribía o como sonaba. Se dice que tenía poderes casi mágicos sobre sus auditores, pero ese tiempo se fue junto con el tiempo en que las pinturas adornaban las columnas de los templos griegos.

La pintura ha sido por siglos la reina de las artes en Europa. Bélgica, Holanda, Francia, Alemania, España, Italia e Inglaterra, que, cada una en su momento, ha enriquecido el mundo con formas y colores que solo el genio y la pasión pudieron llevar a cabo.

Y esto es sólo la mitad de la historia. En China mucho tiempo antes, en India, Persia, Japón y en Rusia, los pinceles de los pintores, a veces untados en oro, glorificaron los palacios de los emperadores, las tumbas de los príncipes, y los lugares de reposo de los dioses.

En Egipto durante milenios el orden del mundo se registró en piedra y oro, y hasta la misma palabra escrita fue hecha en figuras.

La escultura, que antes fue sólida y ahora está llena de espacios, ha cambiado, así como la arquitectura ha cambiado.

Ambas artes han abierto sus estructuras. Los edificios son cerrados, pero el exterior es de vidrio, de manera que el espacio juega en el interior y nos da un efecto de liviandad que los vientos parecen llevarse. Los arquitectos han buscado siempre este efecto de liviandad que todo arte desea. Cualquier edificio pesa toneladas aunque el efecto sea el contrario.

Así como en la escultura clásica, desde la época de los griegos, su encanto residía en la pose, la gracia y el manejo de las ideas a través del mármol, lo mismo ocurre en la Arquitectura clásica.



El Partenón es al mismo tiempo macizo y etéreo, como un barco que pudiera navegar y sin embargo no lo hace. Y desde siempre en la China y Japón existieron esos techos que aparentan ser pájaros en el momento de levantar vuelo. La revolución de los espacios abiertos, fue solo una reinención de algo que hace tiempo había sido intuido y luego por años olvidado.

La abstracción en todas las artes es también un redescubrimiento de una antigua verdad. La gran pintura, la gran música, la gran poesía, la gran arquitectura, no han sido nunca extrañas a la abstracción, así como nunca han sido totalmente esclavas a lo que llamamos el arte de la imitación.

Es imitación, pero ¿de qué?. De lo esencial, de la verdad oculta, de la belleza esencial, de las formas eternas. Y si los grandes pintores del pasado, sabiendo esto, aun copiaban la naturaleza, no lo hacían futilmente.

Por el contrario, dirigían sus esfuerzos a descubrir la verdad debajo de lo visible, o sea que no copiaban sino que extraían la esencia, en una palabra, abstraían. No decían que estaban abstrayendo, sino que copiaban la naturaleza. Pero el resultado era diferente del de los simples copiadore, cuyos productos eran insípidos, mediocres y chatos.

El remedio heroico fue la guerra contra la copia como tal, un atajo hacia la abstracción que pudo tener también su lado débil al perder, en aquellos sin el suficiente genio, el contacto con el mundo del que ningún arte puede prescindir.

La memoria humana es única por su capacidad, no sólo

de recordar, sino también de utilizar el pasado, y aplicarlo. Y mejor aun recrearlo de manera de hacerlo formar parte del presente. La memoria humana es nada menos que el origen del arte de la humanidad.

Los griegos no se equivocaron al hacer a la Memoria la madre de las Musas. Ella es la más rica posesión que tiene el hombre.

Platón nos pedía que imagináramos que en la mente del hombre había un bloque de cera, el don de la Memoria, y que cuando quisiéramos recordar algo que percibíamos, lo expusiéramos a este bloque de cera donde quedaría su impresión indeleble como la de un sello.

Un cuento que no puede ser recordado, una canción que se olvida fácilmente, un héroe cuyo nombre olvidamos, son posiblemente obras de arte defectuosas en su núcleo. Pero hay otras que no podemos olvidar aunque quisiéramos, y que nos acompañan siempre porque hay otros que también las recuerdan. Quizás la última justificación del arte sea este doble placer que nos brinda: el placer de recordar cosas maravillosas que no podemos perder, y el placer de compartirlas con otros que también las poseen de la misma forma.

Hay un número limitado de grandes obras de arte que de todos modos son lo bastante numerosas como para que ningún individuo pueda afirmar que les ha hecho justicia a todas. Nemesis, diosa de la Memoria y madre de las musas, decidirá cuáles, ahora o en el futuro, sobrevivirán los estragos del tiempo.

*Extraído de un artículo de Mark Van Doren*



# Frases célebres sobre la tarea de aprender

---

El hombre aprende mientras enseña.

Séneca 63 AC

La experiencia es el nombre que todos le dan a sus errores.

Oscar Wilde

Sigo aprendiendo ( Ancora imparo )

Miguel Angel

Cuanto más hacia atrás puedas mirar, más hacia delante podrás ver.

Winston Churchill

Todos los hombres son grandes idiotas al menos cinco minutos de cada día. La sabiduría consiste en no exceder ese límite.

E. Hubbard

Tenemos dos orejas y sólo una lengua de manera que podamos escuchar más y hablar menos.

Diogenes Laertius 150 AC

El aumento de la sabiduría puede ser medido con exactitud en la disminución del mal humor.

Freidrich Nietzsche

Los hombres sabios no necesitan consejos. Los tontos no los aceptan.

Benjamin Franklin

Las grandes mentes son como águilas, hacen sus nidos en alguna altura solitaria.

Schopenhauer

Ningún hombre llega a ser un auténtico tonto hasta que deja de hacer preguntas.

C. Steinmetz

La ignorancia es el castigo de Dios.

El conocimiento es el ala con la que podemos volar al cielo.

W. Shakespeare

Algunos libros son para degustarlos, otros para tragarlos, y unos pocos para masticarlos y digerirlos.

F. Bacon, 1597