



REVISTA ARGENTINA DE  
**Cirugía Plástica**

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



ASOCIACION  
MEDICA  
ARGENTINA

Volumen XI  
Número 1  
Año 2005

XXXV  
CACP

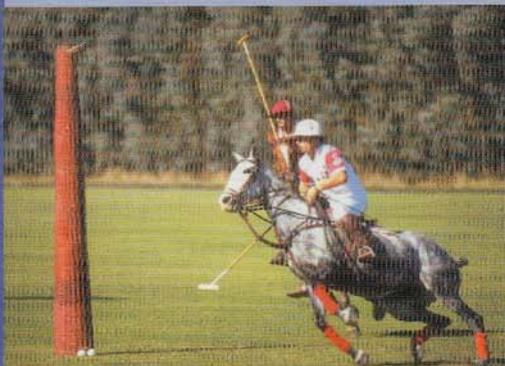
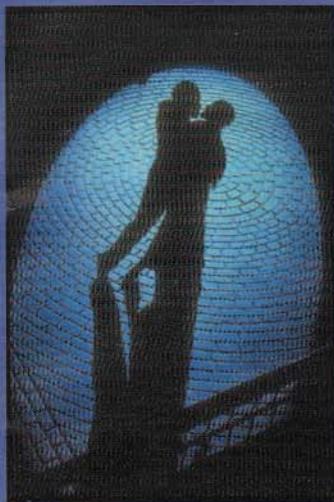
2005

# XXXV CONGRESO ARGENTINO DE CIRUGÍA PLÁSTICA

## X CONGRESO DE CIRUGÍA PLÁSTICA DEL CONO SUR AMERICANO

13 al 16 de Abril  
Sheraton Buenos Aires  
Hotel and Convention Center

*Buenos Aires 2005*



Organiza:  
Sociedad Argentina de Cirugía Plástica, Estética y Reparadora



## REVISTA ARGENTINA DE Cirugía Plástica

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

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

12	Editorial
13	Nuestra indicación del colgajo glúteo-lumbar
18	Implantes de prótesis de mamas
26	Ideas e innovaciones: cómo mejorar la liposucción con cánulas para jeringa
28	Reparación total en un tiempo del lóbulo auricular
31	Estudio comparativo entre cuatro técnicas de anastomosis microquirúrgicas, en modelos de laboratorio
37	Habilitación, acreditación y categorización de establecimientos asistenciales
41	Noticias SACPER
43	Actividades Filiales
44	Curso superior de especialización en Cirugía Plástica - SACPER. 25 años de historia
48	Lección de despedida académica
56	Cuestionario
57	Reglamento de publicaciones

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

Prohibida su reproducción total o parcial.

# Comisión Directiva S.A.C.P.E.R. 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 Comités 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 Continua

**Coord.:** Dr. Raúl Fernández

Humble

Dr. Enrique Gagliardi

Dr. Ricardo Losardo

### Video

Dr. Justo La Torre Vizcarra

## Estudio de Examen

### Unico a M.T.

**Coord.:** Dr. Guillermo Flaherty

Asistentes: Dr. Sergio Polichela,

Dr. Ernesto Traina

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 Benáim

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

### Labioalveolopalatinas

**Directora General:**

Dra. Susana Ruiz

**Coordinadora General:**

Dra. Martha Mogliani

**Coordinadora Científica:**

Dr. Angélica Nagahama

**Secretaria:**

Dra. M. Pilar Sánchez

**Tesorero:**

Dr. Héctor Marino

**Secretaria de Relaciones**

**Públicas:** Dra. Paulina Iwanyk

**Representantes Regionales:**

Buenos Aires: Dr. Rubén Aufgang

La Plata: Dr. Carlos Perroni

Mar del Plata: Dr. Mario Magrini

Noreste: Dr. Dante Masedo

Tucumán: Dr. Miguel Corbella

Rosario: Dr. Carlos Boggione

Mendoza: C. Mira Blanco

## 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 Reconstructiva

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. Guillermo Siemienczuk

Vice-presidente: Dr. Ernesto Moretti

Secretario general: Dr. Carlos Zavalla

### 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

Guemes 2968 P.A. (7600) - Mar del Plata - Argentina

TE: (0223) 486-2068 Fax: (0223) 486-2068 E-mail: sacpermarplataplata@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

## Cuando "querer es poder"

Con una mirada retrospectiva pasan por mis ojos y mis oídos, todas las acciones, palabras y opiniones que muchos de ustedes vieron durante una agitada Asamblea del mes de marzo del año 2002 donde se trató el tema Rotaplast.

Mucho se dijo en pro y en contra, al final se resolvió que debía ser la SACPER quien realizara las campañas quirúrgicas al interior del país, a los lugares donde el tratamiento de esta patología no estuviera satisfecho.

En las primeras reuniones éramos muchos los concurrentes, las opiniones eran abundantes dada la experiencia de algunos colegas presentes que en ese momento realizaban o habían realizado campañas de este tipo; la acción era escasa, el momento era, económicamente, muy complicado y, a medida que fue pasando el tiempo, los que concurríamos a las reuniones éramos cada vez menos hasta que llegamos a ser un reducido y entusiasta grupo que, para poder funcionar bien y producir la tarea que se nos había encomendado, tuvimos que implementar cambios en nuestras pautas de comportamiento, en las formas de relacionarnos, distribuir las diferentes tareas, aguzar el ingenio y la creatividad para conseguir los insumos que eran necesarios para realizar nuestras primeras campañas. Todo parecía una quimera ¡y emprendimos el camino! Para eso están las quimeras, para hacerlas realidad. Siempre pensé que la ansiedad es amiga de la creatividad, es la que pone la voluntad y la decisión en marcha y, les aseguro, que para los que integramos este reducido grupo, la ansiedad fue y es un motor poderosísimo.

Fueron de gran valor nuestras creencias personales para concretar y desarrollar esta labor porque, si una persona cree realmente que no puede realizar algo, siempre encuentra alguna manera inconsciente de impedir que se produzca el hecho. Pero nosotros teníamos la total convicción de que éramos capaces de llevar a cabo nuestra misión.

Haciendo un sucinto recuento de lo actuado, esta Comisión ha realizado desde el año 2002 hasta la fecha 6 (seis) Campañas en las que se examinaron a 192 (ciento noventa y dos) niños, quedando varios de ellos en tratamiento clínico, pediátrico, fonoaudiológico y odontológico y se han operado un total de 106 (ciento seis) niños.

Todo esto pudo realizarse por el esfuerzo, el desinterés, la humildad, el amor de cada uno de nosotros en aras de servir a la comunidad que nos necesita, en sentir la necesidad de devolver algo de lo mucho que nos dio y da la vida.

Desde este lugar invito a los cirujanos plásticos jóvenes a que se nos unan, serán bienvenidos. Es tanto el apoyo que hemos recibido de otras especialidades que se encuentran dentro de la órbita del tratamiento de esta compleja patología, que organizamos las **"1º Jornadas Nacionales Interdisciplinarias de Fisuras Labio Naso Alvéolo Palatinas"**. Deseamos que sea el comienzo para la formación de nuevas "vocaciones" para solucionar esta patología. Esperamos que con nuestra acción, nuestro entusiasmo, hayamos podido crear un grupo de trabajo al que muchos colegas deseen pertenecer, tanto los que se encuentran en la Capital Federal, como los colegas del interior, porque como ya hemos dicho, esta Comisión trabaja no sólo para la atención quirúrgica del fisurado, sino que además tiene como propósito dejar formados grupos interdisciplinarios para el tratamiento de estos niños en los lugares a los que concurrimos en un período de tiempo prudencial, con el objetivo de ser un Centro de Referencia con sedes en el interior del país y que puedan ellos resolver las patologías locales.

El médico debe prestar a la sociedad servicios útiles, a cambio de los recursos sociales que ella invirtió en su educación y formación médica. Convengo que tanto en Cirugía Plástica pero fundamentalmente en medicina, se debe tener alguna creencia, filosofía o comprensión sobre la naturaleza humana, de la esencia de la vida, para de alguna manera, remediar la situación de vanalización y "superficialidad social" en la que se encuentra nuestra especialidad.

Desgraciadamente hoy, muchos de nuestros colegas parecen haber perdido el respeto por la vida humana y haber rebajado sus criterios éticos. Esto no sólo depende y se produce por sí mismos, sino también por la tendencia general de nuestra civilización de mirar la vida con ligereza. El prestigio que siempre tuvo y tiene nuestra Sociedad se lo ha sabido ganar por la riqueza intelectual, moral y ética de sus fundadores y de sus miembros. Mantengamos en alto los valores que nos legaron los "grandes de la cirugía plástica".

**"No siempre está en nuestro poder hacer grandes cosas; contentarnos con las pequeñas que se ofrecen a cada paso, pero realizarlas con fervor y amor".**

**"La ayuda a los demás, si es correcta, no es ningún sacrificio sino un privilegio, porque ellos te dan la oportunidad de crecer y desarrollar tu amor".**

San Francisco de Sales

M. O. M.



# Nuestra indicación del colgajo glúteo-lumbar

## A propósito de un caso

Primer Premio en el III Curso Intensivo para Médicos en Formación  
Cirugía Plástica Estética Reparadora "Dr. José M. Robles"

Dres. Francisco Olivero Vila, Elina Ares de Parga, Guillermo Moreau,  
Armando Donati, Ricardo Yohena

Instituto de Rehabilitación Psicofísica .Ciudad Autónoma de Buenos Aires.

### Resumen

Se presenta el caso de un paciente lesionado medular portador de una úlcera sacra de gran tamaño, que se resolvió mediante la realización de un colgajo musculocutáneo gluteolumbar de Angrigiani, debido a las múltiples cicatrices, producto de cirugía reparadora previa, que impedían el uso de los colgajos habituales de la normatización para el tratamiento de úlceras por presión del Instituto de Rehabilitación Psicofísica.

### Summary

A case of a patient with spinal chord injury, who had a big size sacral pressure sore is presented. It has been resolved with a gluteolumbar musculocutaneous flap (Angrigiani's flap), because the presence of multiples scars, product of previous reconstructive surgery, disabled the use of usuals flaps of the sistematization for treatment of decubit ulcers from the Psychophysical Rehabilitation Institute.

### Introducción

Basándonos en la sistematización de tratamiento para las úlceras por presión en el paciente lesionado medular que realizamos en 1995, en la que tomamos en cuenta la forma de la úlcera sacra para la planificación de la cirugía a realizar, le aportamos al lesionado medular varias posibilidades quirúrgicas sucesivas (3 ó 4, según la cirugía realizada previamente) en caso de recidiva.

Debemos considerar que generalmente las úlceras de esta localización se presentan con una importante secuela cicatrizal peri úlcera, y que este tejido es consecuencia del cierre por segunda de la úlcera primitiva, pe-

ro asimismo debe ser considerada como parte de la lesión a reparar por dos motivos fundamentales: la cicatriz no sirve para el apoyo y las suturas con los tejidos cicatrizales sufren dehiscencias. Por lo tanto debemos considerar a la unidad úlcera- cicatriz (complejo ulcerocicatrizal), como la real unidad a reparar, incluyéndola en la resección de la lesión y en la planificación de la resolución de la misma (colgajo).

En cuanto a la reparación, consideramos cuatro formas básicas de defecto sacro:

1. Úlceras redondas, centrales, menores de 8 cm de diámetro. Colgajo de elección: Colgajo dermograso de la región glútea, de base superior.
2. Úlceras verticales en línea media. Colgajo de elección: colgajo musculocutáneo glúteo a pedículo superior con isla de piel distal.
3. Úlceras elípticas horizontales. Colgajo de elección: colgajo dermograso transverso lumbar bipediculado.
4. Úlceras triangulares de base superior. Colgajo de elección: colgajo transverso lumbar monopediculado.

### Caso clínico

Paciente de sexo masculino, 20 años, lesionado medular, con cuadriplejía completa postraumática.

En el examen físico se constató úlcera sacra de forma elíptica horizontal de grado III; úlcera trocantérea izquierda, grado III; úlcera isquiática izquierda, grado IV (Foto 1).

La úlcera sacra había sido previamente intervenida en otra institución. Las secuelas cicatrizales que presentaba evidenciaban que el tamaño de la lesión que motivó cirugía había sido, probablemente de gran magnitud.

Se le realizó en esa oportunidad, suponemos por las cicatrices existentes, un colgajo vertical, oblicuo, fino y largo, que cruzó la línea media, habiéndose producido sufrimiento y

FOTO

1



FOTO

2



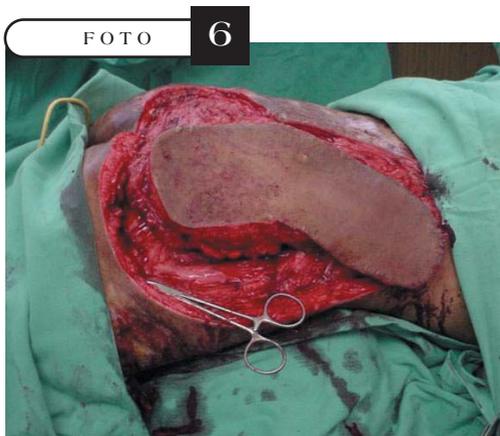
FOTO 2: RECREACIÓN DIGITAL DEL PRESUNTO DEFECTO, EL COLGAJO REALIZADO Y SU EVOLUCIÓN.

FOTO

3



FOTO 3: RECREACIÓN DIGITAL DEL COLGAJO GLUTEOLUMBAR.



pérdida del mismo en su extremo distal, quedando como secuela de esta complicación una nueva úlcera y cicatriz importante en la zona dadora (Foto 2).

Siguiendo nuestra normatización, por la forma de la úlcera (elíptica horizontal) elegiríamos para su resolución el colgajo transversal lumbar bipediculado, pero éste ha quedado invalidado por la presencia de la cicatriz dorsolumbar.

También esta cicatriz invalida la realización de un colgajo transversal lumbar monopediculado.

Nuestra siguiente elección sería un colgajo dermograso de la región glútea a base superior, pero la presencia de

las úlceras isquiática y trocántera izquierda invalidan la posibilidad de utilizar este colgajo, y si éstas no existieran, esta opción también se vería anulada por el tamaño del defecto (12 x 9 cm), si recordamos que un diámetro mayor de 8 cm impide el cierre de la zona dadora.

El colgajo musculocutáneo glúteo mayor a pedículo superior con isla de piel distal queda invalidado porque no se acomoda la pastilla de piel con la forma del defecto, sumado a la imposibilidad del cierre de la zona dadora dado el tamaño de la lesión.

FOTO

8



## Resolución del caso

Como alternativa final consideramos adecuado el colgajo musculocutáneo glúteo lumbar, preconizado por Angrigiani, realizado en isla y basado en los vasos glúteos superiores, lo que no trae aparejado problemas en la relación longitud- base.

Este colgajo, musculocutáneo en su base y dermograso en su extremo distal se realiza generalmente en un tiempo (Foto 3).

En este caso nos pareció conveniente efectuarlo con dos diferidos previos a la transposición definitiva dado que a nuestro criterio era la última alternativa que tenía el paciente para la resolución de la úlcera. En un primer tiempo los bordes y en un segundo tiempo la punta. El tiempo transcurrido entre ambos diferidos fue de tres semanas.

Las úlceras restantes se resolvieron de la siguiente manera, en simultáneo con el primer diferido del gluteo-lumbar (bordes) se realizó un colgajo glúteo mayor a pedículo inferior con isla de piel y cierre VY para la úlcera isquiática, y en simultáneo con el segundo diferido (punta), un colgajo tensor de la fascia lata para la úlcera trocanterea.

## Técnica quirúrgica

Con el paciente en decúbito ventral se realiza la marcación del colgajo. Se traza una línea desde la espina ilíaca

ca posterosuperior hasta el borde superior del trocánter mayor. En la unión del tercio interno con los dos tercios externos de dicha línea se halla la proyección del pedículo glúteo superior.

Desde este punto (punto de rotación del colgajo) se mide la longitud hasta el borde contralateral de la úlcera. Esta medida constituye el largo de nuestro colgajo (Foto 4).

Se reseca la úlcera y el tejido cicatrizal que la rodea, y el colgajo se eleva de proximal a distal (Foto 5).

Al llegar al borde de la cresta ilíaca se desinserta el músculo glúteo, que queda incluido en el colgajo. Se completa la desinserción del músculo a nivel del tracto iliotalibial, separándolo del plano profundo, para finalmente, mediante divulsión de sus fibras liberar la porción inferior del mismo.

Se completa la sección de la isla de piel y se rota el colgajo 90° sobre el defecto (Foto 6), quedando el lecho cruento cubierto por la porción dermograsa del colgajo (Foto7).

Se cierra por planos.

Siempre postergamos el injerto de la zona dadora porque al hacerlo de esta manera, consideramos de mejor calidad cosmética la misma (Foto 8).

## Conclusiones

Reservamos el uso del colgajo glúteo-lumbar en úlceras



sacras de grandes dimensiones o cuando cicatrices medio-dorsales o secuelas cicatrizales de colgajos anteriores invalidan el colgajo lumbar mono o bipediculado de muestra normatización.

Es un colgajo seguro que aporta una excelente pastilla cutánea para cobertura de grandes defectos.

Como inconvenientes encontramos que deja una secuela cosmética importante en la zona dadora y que requiere habilidad quirúrgica y entrenamiento previos para su realización.

Cuando es la última alternativa de reparación recomendamos hacerlo en forma diferida.

## Bibliografía

1. Ares de Parga E, Yohena R, Olivero Vila F, Moreau G: Desarticulación de miembro inferior y reconstrucción con colgajo fileteado. *Revista Argentina de Cirugía Plástica*, vol X, Número 2, año 2004: 68- 75.
2. Cibeira JB: Rehabilitación del parapléjico. Bs. As., El ateneo 1972.
3. Durand AS: Apósito atado en colgajos, suturas tensas y heridas abiertas. *Prensa Médica Argentina* 1994, 81: 930-933.
4. Maller L: Ulceras por presión y / fricción. Nueva denominación de las úlceras por decúbito. Trabajo original. *Cirugía Plástica* 1998, 14 (2): 107- 110.
5. Mathes S, Nahai F: Atlas of muscle and musculocutaneous flaps. Mosby Co, St. Louis 1979.
6. Minami RT and cols: Gluteus maximus miocutaneous flap for repair of pressure sores. *PRS* 1977, 60: 242.
7. Ohjimi H, Ogata K, Setsu Y, Halaga I: Modification of the gluteus maximus VY advancement flap for sacral ulcers: the gluteal fasciocutaneous flap method. *PRS* 1996, Dec 98 (7): 1247- 1252.
8. Olivero Vila F, Yohena R: Ulceras sacras. normatización de la selección de colgajo según la forma del defecto en pacientes lesionados medulares. *Revista Argentina de Cirugía Plástica*, vol IX, Número 1, 2003: 37- 44.
9. Spadafora A: Colgajos cutáneo aponeuróticos y colgajos musculares: nuevos métodos para reparar las pérdidas de sustancia. *Prensa Médica Argentina* 1964, 51: 500.
10. Stallings JO, Delgado JP, Converse JM: Turnover island flap of gluteus maximus muscle for repair of sacral decubitus ulcers. *PRS* 1974, 54: 52.
11. Vasconez L, Perez González F: Colgajos musculares y musculocutáneos. Pags 74- 84. Ed JIMS, Barcelona.
12. Yohena R, Olivero Vila F, Marinacci O, García MZ: Lesiones por presión: mecanismos de formación y tratamiento quirúrgico. *Boletín del departamento de Docencia e Investigación del Instituto de Rehabilitación Psicofísica*. Mayo-Junio 1998, 2: 2.
13. Yohena R, Olivero Vila F: Lesiones por presión. *PROACI* 2001, 5: 121- 163. Editorial Médica Panamericana.



**CONFERENCIA Y CIRUGIAS EN VIVO**

**X Simposio Internacional de Cirugía Plástica "Siglo XXI"**

21 y 22 de octubre  
Marriott Plaza Hotel  
Buenos Aires

Organiza:  
Sociedad de Cirugía Plástica de Buenos Aires

PROFESORES INVITADOS

**Dr. Daniel Baker (USA)**  
**Dr. Ronald Gruber (USA)**  
**Dr. Alain Fogli (Francia)**

Av. Santa Fe 1611 3°  
Buenos Aires  
Tel. 4816-3757/0346  
www.sepha.com.ar



# Implantes de prótesis de mamas

## Elección de la vía de abordaje

Dr. Guillermo Siemienczuk

### Summary

The augmentation mammoplasty aesthetic surgery has been increasing in our country in recent years. According to our records the age of the patients subject of this type of surgery ranges from 17 to 65 years old. As we know, this is not a definitive type of surgery, and the younger group of patients will eventually need more than one review surgery for implants exchange or as treatment for a possible capsular contracture. Thus, we prefer inframammary fold incision because it is plausible of being repeated as many times as needed without deformity of the aesthetic of the nipple-areolar complex nor cutting the mammary gland, and with similar aesthetic results to any other type of approaches.

### Introducción

Es un hecho que el número de consultas sobre la cirugía estética de mamas, está aumentando cada año, y que el rango del grupo etario de las pacientes, también se va ampliando, a pesar de la desinformación que todavía permanece en los medios masivos de comunicación, sobre los riesgos reales y potenciales(1) de este tipo de intervenciones y de los vaivenes económicos de nuestro país.

Debemos entender entonces, que las mamas son el símbolo de la feminidad por excelencia, y juegan un rol muy importante en la autoestima y el balance emocional de las pacientes. Por lo tanto, la simetría, la forma y el tamaño de las mamas, no es para las mujeres un problema cosmético menor, sino todo un tema a resolver.(2)

En la actualidad y desde hace más de 35 años, la única forma de resolverlo es a través del implante de prótesis mamarias de siliconas.

El objetivo de este trabajo, es analizar los beneficios y los perjuicios de realizar este tipo de cirugía a través de un abordaje mediante la incisión ubicada en el surco submamario.

Se analizan un total de 240 casos de mastoplastias aumentativas estéticas bilaterales primarias, todas de sexo femenino, y sin patología asociada como ptosis o tuberosas. Realizadas todas por el mismo cirujano y equipo

quirúrgico, entre enero de 1999 y diciembre de 2002. Se utilizaron siempre implantes texturizados, con volúmenes comprendidos entre los 195 y los 355 c.c.

La ubicación del implante fue retroglándular supraaponeurótico en el 91 % de los casos, y retromuscular completo ampliado en el 9% restante.

Entendemos ahora, luego de 15 años de practicar este tipo de cirugía estética, y habiendo pasado por todos los tipos de incisiones descriptas en la literatura, que si la vía de abordaje por el surco submamario es posible y es elegida, los beneficios que hemos visto, son mayores que los perjuicios. A saber:

**1°** Mejor exposición de la zona a decolar. **2°** Menor traumatismo, al no seccionar galactóforos ni glándula mamaria. **3°** Menor sangrado con mayor control de hemostasia. **4°** Mejor control de la simetría de la ubicación del implante. **5°** Menor tiempo quirúrgico al no tener que seccionar y luego suturar la glándula. **6°** Cicatrices muy poco visibles con la paciente de pie, debido a la caída natural de la mama. **7°** Y sobre todo, sabemos que todas las pacientes, especialmente las más jóvenes, seguramente a lo largo de su vida, en un período potencial de 40 años o más, van a necesitar más de una cirugía para el posible recambio protésico o solucionar contracturas capsulares. Además de esto, las posibles complicaciones quirúrgicas, como hematomas, seromas o infecciones, serán más fáciles de abordar por vía submamaria, que a través de una incisión trans o peri-areolar, que con cada reintervención, se va a ir achicando y deteriorando la circunferencia areolar.

En cuanto al aspecto final de las cicatrices (Fotos 1 y 2), que sería el único punto a objetar, indudablemente, las pacientes que tengan una buena cicatrización, éstas lo serán tanto en la areola como en el surco submamario y pasarán luego de unos meses totalmente desapercibidas. Pero aquellas que realicen cicatrices ensanchadas o hipertróficas, por ejemplo las pacientes de piel más oscura, que en nuestro medio no son pocas, serán mucho más notables y visibles a simple vista con la paciente de pie en las cicatrices que interesen la areola (Foto 3). Es por todo lo anterior, que nosotros desde hace varios años y siguiendo la tendencia actual de muchos autores, preferimos ubicar la incisión en el surco submamario.

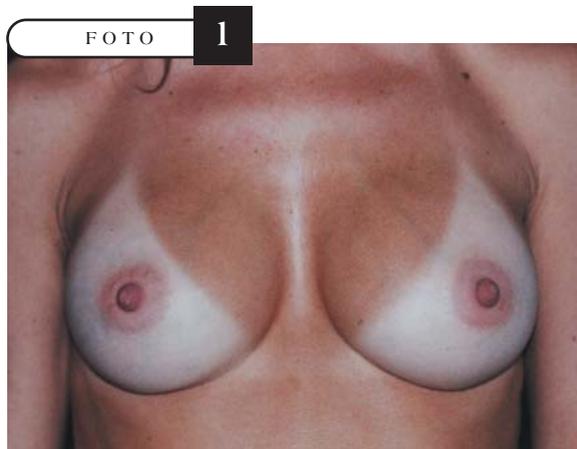


FOTO 1: POSOPERATORIO CICATRIZ SURCO SUBMAMARIO



FOTO 2: POSOPERATORIO UN AÑO BRAZOS SOBREELEVADOS.

## Material y métodos

Se analizan un total de 240 pacientes, todas de sexo femenino, con distintos grados de hipomastia bilateral, tanto primarias como pos-embarazo y lactancia, en el período comprendido entre enero de 1999 y diciembre de 2002. Solo incluimos cirugías estéticas primarias en pacientes sin patologías asociadas como ptosis o mamas tuberosas como tampoco cirugías de recambio protésico o reconstructivas.

El rango de edad estuvo comprendido entre los 17 y los 65 años, con una prevalencia entre los 25 y los 35 años donde se ubicaron el 37% del total (89 pacientes).

El mayor porcentaje pertenecía al grupo de mujeres sin hijos, con un 61% del total (146 pacientes) y el resto (39%) al grupo con un hijo o más.

Los implantes utilizados fueron siempre texturizados (no usamos más los lisos desde 1994 y no incluimos los de poliuretano, que recién a mediados de 2000 los comenzamos a utilizar en casos de recambio protésico por contractura capsular severa tipo Baker IV).

Los volúmenes empleados se hallaron entre los 195 y los 355 c.c. con una prevalencia de los de 255 c.c. con el 35% del total (84 pacientes). En cuanto al perfil preferido(9), fue el alto en un 88% (211 pacientes) y el 12% restante fue el natural (29 pacientes).

La vía de abordaje de elección, fue el surco submamario en el 91% de los casos por las razones enumeradas en la introducción y con el consentimiento explícito de las pacientes. En el 9% restante se utilizó la vía periareolar por solicitud de las pacientes, o cuando la distancia entre la aréola y el surco submamario era menor a tres centímetros, y si colocábamos la incisión allí, el volumen mamario quedaría mayormente ubicado en el polo su-

perior y no uniformemente distribuido alrededor de la aréola, lo que daría un pobre resultado estético.

La colocación del implante fue en el 92% de los casos (221 pacientes) retroglándular supraaponeurótico, y en el 8% restante (19 pacientes) se lo ubicó en forma retromuscular completa. Cuando se decidió esta ubicación, la vía de acceso fue siempre el surco submamario, ya que técnicamente es muchísimo más sencillo abordar el espacio retromuscular accediendo no por el pectoral que no llega hasta allí, sino a través del músculo oblicuo abdominal externo y del serrato.(4)

La anestesia siempre fue local con la solución de Klein modificada, más sedación endovenosa profunda realizada por Médicos Anestesiólogos (neuroleptoanestesia).

## Preoperatorio

Solicitamos coagulograma completo y laboratorio de rutina, no pedimos prolactina ni perfil inmunológico. E.C.G. con informe cardiológico. En las pacientes mayores de 35 años de rutina solicitamos mamografía, en las menores de 35 años con algún antecedente, le indicamos ecografía mamaria y consulta con su ginecólogo, y en las jóvenes sin antecedentes, le sugerimos consulta previa con su ginecólogo, quien es seguramente el que la seguirá a través del tiempo. Es norma también, esperar al menos tres meses después que la paciente ha dejado de amamantar, pensando en una posible mastitis, al tener los galactóforos dilatados y con posible secreción.

Indicamos de rutina antibióticos profilácticos(10) de amplio espectro como los macrólidos tipo claritromicina 500 mg. De una toma diaria la noche anterior y los tres días posoperatorios. Indicamos también antiinflamatorios no esteroides 8 horas preoperatorios y los 5 días p.o. del tipo ibuprofeno.

### Técnica operatoria

**Marcación:** Con la paciente de pie marcamos el bolsillo bien amplio, con la base en el surco submamario(11), el borde externo en la línea axilar anterior, el interno a 2 cm de la línea media para evitar las perforantes de la mamaria interna, y el límite superior en el ángulo de Louis en el segundo espacio intercostal (Foto 4).

**Infiltración:** En 400 c.c. de solución fisiológica, (calentada previamente en el microondas a temperatura corporal) diluimos 40 c.c. de lidocaína al 2% con epinefrina, más 15 c.c. de bicarbonato de sodio y 1 c.c. de adrenalina.

**Incisión:** Como señalábamos en la introducción, en un 91% elegimos el surco submamario, con una incisión de 3,5 a 4 cm de longitud ubicada entre 4 y 8 milímetros por debajo del surco real para compensar el ascenso del mismo al ubicar la prótesis, especial-

mente si la misma es de gran volumen. En el 9% restante abordamos por vía periareolar inferior como ya describiéramos.

**Bolsillo:** La elección de la ubicación del implante dependerá de la calidad y del espesor de los tejidos que quedarán por encima de la prótesis, y de los antecedentes de patología mamaria de la paciente, quien a sugerencia del mastólogo indique la colocación retromuscular. Pero siempre explicándole a la paciente, que el mejor resultado estéticamente hablando, es colocar el implante en el lugar donde esta normalmente la glándula que es por encima del músculo y no por debajo del mismo(4); por eso en nuestra serie preferimos la ubicación retro-glandular en un 92% de los casos.

**Cuidados posoperatorios:** Vendaje compresivo durante 48 horas Luego cura plana y top deportivo elástico durante 10 días más.

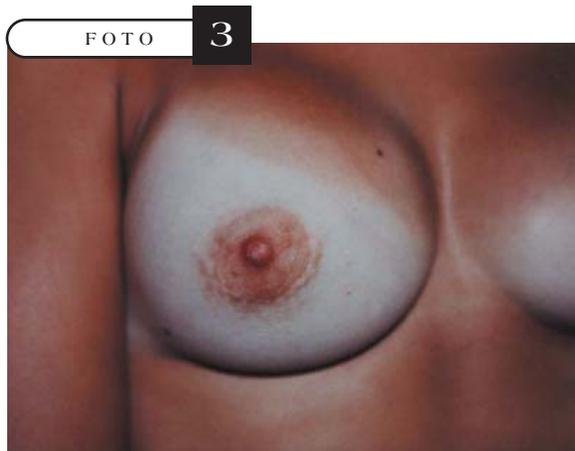


FOTO 3: POSTOPERATORIO 1 AÑO INCISIÓN PERIAREOLAR

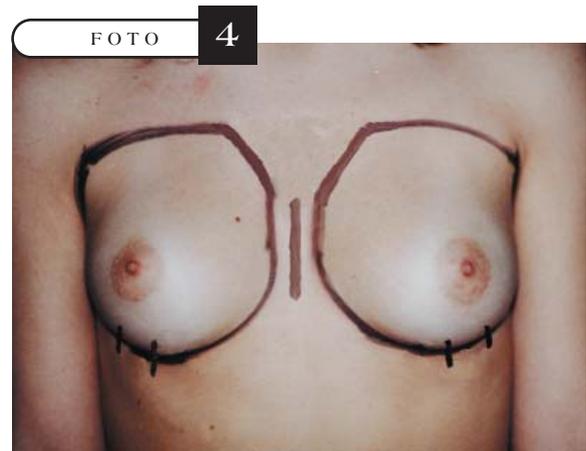


FOTO 4: MARCACIÓN PREOPERATORIO PACIENTE DE PIE. SURCO SUBMAMARIO

## Resultados

**Complicaciones:** Las podemos dividir en **A) quirúrgicas o inespecíficas** como son el hematoma, la infección, el seroma, la dehiscencia de heridas, sangrado y reacciones adversas a las drogas utilizadas, etc. (Fotos 5 y 6), **B) inherentes al implante o específicas** como son la contractura capsular(12), la formación de pliegues y arrugas, la ruptura del implante, la disminución de la sensibilidad del complejo areola-pezones y las calcificaciones(5) (Fotos 7 y 8).

En la serie que estamos analizando, dentro del **grupo A)** el hematoma se presentó en el 5% de los casos, o sea en 12 pacientes en forma unilateral, y ninguno bilateral, el seroma en el 4% de los casos, es decir 9 pacientes, de los cuales 3

fueron tardíos y recidivantes, la infección la tuvimos en un solo caso, es decir en el 0,5%. Dentro del **grupo B)** la clásicamente descrita contractura capsular que de acuerdo a la clasificación de Baker(6) las diagnosticadas tipo III y tipo IV necesitan algún tipo de procedimiento para tratarlas, y se pueden presentar tanto en el posoperatorio inmediato como bien en el tardío, la tuvimos en el 6% del total de pacientes, aunque sabemos que deben ser muchas más, pero son pacientes que no consultan por el tema, porque lo toman como dentro de la normalidad el tener las mamas duras cuando es bilateral.

Nosotros al tipo III le indicamos ultrasonido de 1 hz durante 8 a 12 sesiones 2 veces por semana y habitualmente mejoran mucho, y podemos diferir así una reintervención. En el tipo IV y en quienes no responden al ultrasonido, que repre-

FOTO 5



FOTO 5: DRENAJE DE HEMATOMA.

FOTO 6



FOTO 6: DRENAJE DE SEROMA.

FOTO 7



FOTO 7: CONTRACTURA CAPSULAR TIPO IV DE BAKER.

FOTO 8

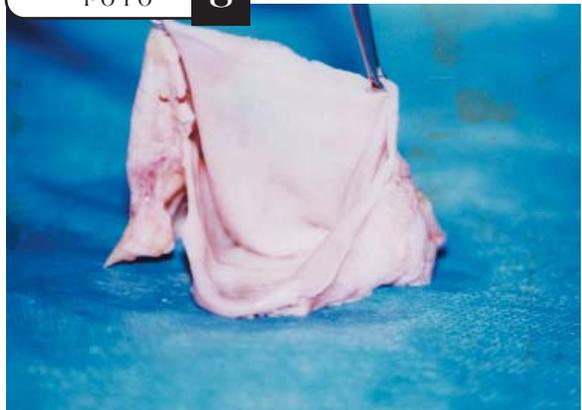


FOTO 8: CAPSULECTOMÍA.

sentaron el 2,5% del total, o sea 6 pacientes, le proponemos la capsulectomía completa y el recambio protésico por implantes de poliuretano o texturizado similar al anterior, y de ser necesario el cambio de plano en la ubicación del implante. En cuanto a los pliegues y arrugas (rimpling) afortunadamente son muy poco frecuentes, y aún no encontramos tratamiento satisfactorio para las mismas. Resumiendo entonces, de las 240 pacientes operadas, 29 de ellas, es decir un 12% presentaron algún tipo de complicación, que necesitaron de un nuevo abordaje quirúrgico (Gráfico 1), tanto sea en el posoperatorio inmediato, para solucionar complicaciones del **grupo A** como en el alejado, para solucionar complicaciones del **grupo B** y obviamente por la misma incisión.

Es de esperar, que este número vaya en aumento (13-14), a

medida que pase más tiempo de seguimiento. Dentro de este grupo de pacientes reoperadas, las que tenían la incisión ubicada en la areola, presentaron un grado de dificultad mayor en el acceso y con un mayor traumatismo, al volver a incidir sobre la areola y la glándula, y una relativa disminución del diámetro de la hemicircunferencia areolar como secuela, en cambio las que fueron operadas y reoperadas por el surco submamario, tuvieron mayor rapidez y sencillez en las maniobras quirúrgicas, y no mostraron secuelas visibles en las heridas, al poder reseca la vieja cicatriz completamente, y desplazar piel desde el abdomen hacia arriba.

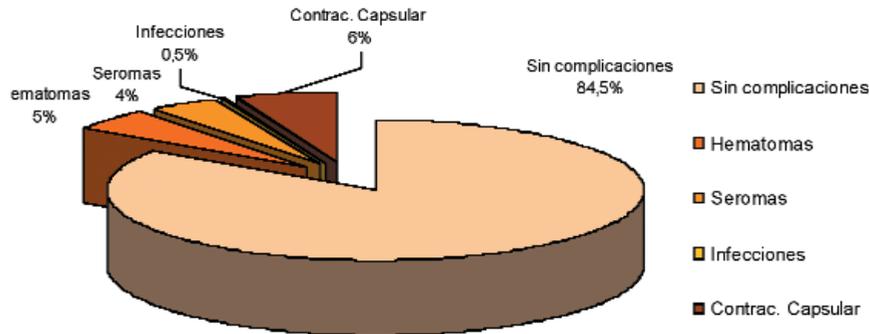
Es por todo lo citado, que a pesar de las modas quirúrgicas, seguimos eligiendo la incisión en el surco submamario como la vía de abordaje de primera elección para la cirugía de colocación de implantes de prótesis de mamas.

GRAFICO

1

**COMPLICACIONES TIPO A y B**

Necesitaron nuevo abordaje quirurgico



## Discusión

Es nuestro objetivo con este trabajo, transmitir la idea, que si bien la cirugía de implante de prótesis mamarias, es técnicamente sencilla cualquiera sea la vía de abordaje utilizada, y en la gran mayoría de los casos con resultados muy satisfactorios, ésta no es una cirugía definitiva, con resultados estables en el largo plazo.(7) Por lo tanto, debemos estar preparados para las reintervenciones futuras, seguramente más de una a lo largo de la vida de las pacientes, y elegir entonces una vía de abordaje capaz de ser repetida cuantas veces sea necesario mediante la resección de la cicatriz anterior y el desplazamiento de la piel de la zona inframamaria. Sin la necesidad de volver a incidir el complejo aréola-pezones ni la glándula mamaria en reiteradas oportunidades, para no deformar así la apariencia estética de la misma. Nos referimos sobre todo a aquellas pacientes jóvenes, menores de 25 años por ejemplo, que no tienen antecedentes de cicatrices estéticamente perfectas.

Entonces, sumados a los beneficios pensando en el largo plazo de este abordaje, también la elegimos por la mayor sencillez y rapidez de las maniobras quirúrgicas en el momento de la primera intervención, y con resultados muy aceptables estéticamente hablando de la cicatriz en el corto plazo.

En definitiva, y después de haber practicado durante muchos años todos los tipos de incisiones descritas en la literatura,(8) y luego de un seguimiento de muchas pacientes durante más de 10 años, creemos en la actualidad, que la incisión ubicada en el surco submamario, es la mejor elección para la cirugía de implante de prótesis mamarias (Fotos 9 a 20).

## Conclusión

La cirugía estética de implante de prótesis de mamas, está en aumento en nuestro país desde hace algunos años, y la edad de las pacientes que se someten a este tipo de cirugía comienza a los 17 años, y finaliza a los 65 años según nuestra serie. Como sabemos, ésta no es una cirugía de tipo permanente, y el grupo de pacientes más jóvenes necesitará a lo largo de su vida, más de una cirugía de reintervención para recambio protésico o tratamiento del posible encapsulamiento. Por lo tanto, preferimos la incisión en el surco submamario, ya que ésta es posible de ser repetida tantas veces sea necesario a lo largo del tiempo, sin alterar la unidad estética aréola-pezones ni seccionar la glándula mamaria, y con similares resultados estéticos finales a cualquier vía de abordaje utilizada.

FOTO 9

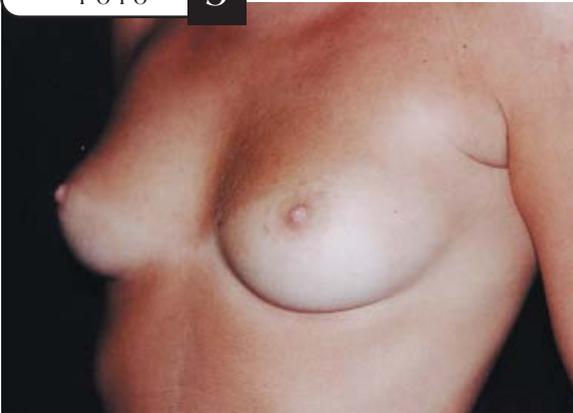


FOTO 10



FOTOS 9 Y 10: PREOPERATORIO.

FOTO 11

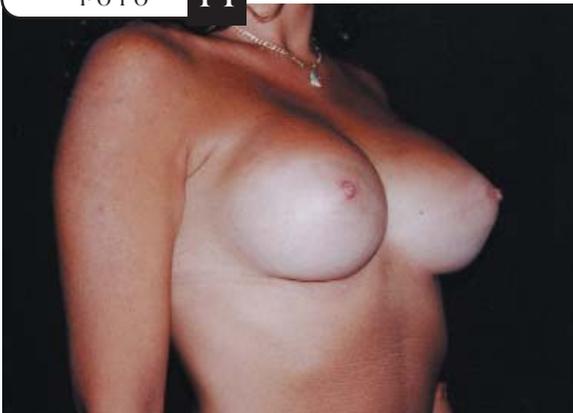


FOTO 12



FOTOS 11 Y 12: POSOPERATORIO 6 MESES RETROGLANDULAR.

FOTO 13



FOTO 14



FOTOS 13 Y 14: PREOPERATORIO



FOTOS 15 Y 16: POSOPERATORIO 6 MESES RETROGLANDULAR



FOTOS 17 Y 18: PREOPERATORIO



FOTOS 19 Y 20: POSOPERATORIO RETROMUSCULAR 2 AÑOS



## Bibliografía

1. Kessler D.A. The basis of the F.D.A.'s decision on breast implant. N. Engl. J. Med. 1992; 326; 1713.
2. Meyer Lennart. Augmentation mammoplasty psychiatric and psychosocial characteristics an outcome in a group of swedish woman. Scand. Plast. Reconstr. Surg. 1987; 21; 18.
3. Sarabayrouse Manuel Paciente con complejo areola pezón de diámetro reducido. Rev. Arg. Cir, Plast. 2000; 6; 47.
4. Zimman Oscar. Prótesis mamarias. Espacio subglandular o submuscular. Rev. Arg. Cir, Plast. 1999; 5; 5.
5. Bohmert Heinz, Gabka Christian. Plastic and reconstructive Surgery of the breast. Surical Atlas 1997; 9; 19.
6. Burkhardt Boyd R. Effect of biocell texturing and Povidone Iodine Irrigation on capsular contracture. Plast. Reconst. Surg. 1995; 96; 1317.
7. Hammond Dennis. Revising the Unsatisfactory breast Augmentation. Plast. Reconst. Surg. 1999 ; 104; 277.
8. Hidalgo David Breast Augmentation: choosing the optimal incision, implant and pocket plane. Plast. Reconstr. Surg. 2000; 105; 2202.
9. Baeke John. Breast Deformity Caused by Anatomical or Teardrop Implant Rotation. Plast. Reconstr. Surg. 2002; 109; 2257.
10. Fatica Cynthia. The Role of Preoperative Antibiotic Prophylaxis in Cosmetic Surgery. Plast. Reconstr. Surg. 2002; 109; 2570.
11. Muntan Charles. Inframammary Fold: A Histologic Reappraisal. Plast. Reconstr. Surg. 2000; 105; 551.
12. Fryzek Jon. Local Complication and Subsequent Symptom. Plast. Reconstr. Surg. 2001; 107; 214.
13. Rohrich Rod. A Prospective Analysis of Patients Undergoing Silicone Breast Implant Explantation. Plast. Reconstr. Surg. 2000; 105; 2529.
14. Dowden Richard. Going Off-Label with Breast Implants. Plast. Reconstr. Surg. 2002; 110; 323.



TRAS. JORNADAS  
INTERDISCIPLINARIAS DE  
FISURAS LABIO ALVÉOLO PALATINAS

11 y 12 de Marzo, 2005

Buenos Aires, ARGENTINA

convocan



SACPER  
Sociedad Argentina de Cirugía Plástica  
Estética y Reparadora

FACAF  
Federación Argentina  
de Colegios y Asociaciones  
de Fonoaudiólogos

Sede: UCA, Puerto Madero

Tras Jornadas Nacionales Interdisciplinarias de  
**Fisuras Labio Alveolo Palatinas**

Ofic. de Representación Brasil: TOUR SERVICE  
Rua Visconde de Pirajá 318 / 207 - Ipanema - Rio de Janeiro  
tel / fax 21 25230541 - tourservice@toursservice.com.br

OPERADOR COMERCIAL Y TURÍSTICO  
San Martín 793, 12 C. (1004) Buenos Aires - tel (54 11) 4315 2067 - ventas@eventos-corp.com  
www.eventos-corp.com

Eventos Corporativos  **E**





# Ideas e innovaciones: cómo mejorar la liposucción con cánulas para jeringa

Dres. Eduardo Marchioni\*, M. Daniel Taboada\*\*

\*Cirujano Plástico. Miembro Titular SACPER Y SCPBA.  
Fellow American College of Surgeons.

\*\* Cirujano Plástico. Miembro Titular Soc. de Cir. Plástica de Tucumán

## Resumen

Se presenta un sistema de roscado para las cánulas de liposucción con pabellón, diseñadas originalmente para jeringas. Con el roscado se mejora la adaptación y permite maniobrar muy seguras y sin desprendimientos.

## Summary

An improvement for liposuction syringe cannulas is described. It consists in producing a screw-type ending of the cannula which allows an intermediate suction also with a screw in its point, to produce a perfect adapting, avoiding the slippage and disconnection of the cannulae.

## Introducción

Todos los cirujanos que llevamos a cabo la lipoaspiración con cánulas finas, muchas veces asistidos solamente por la presión de succión de las jeringas de 60 cc., encontramos que con mucha facilidad y, habitualmente cuando nos entusiasamos en la maniobra, las cánulas se desprenden de la jeringa. Esto tiene su origen en el hecho que el interior de las cánulas es liso y su coaptación depende de la fuerza con que uno introduzca la cánula en la jeringa. Lo mismo ocurre cuando usamos los adaptadores plásticos que permiten utilizar el mecanismo de succión de una bomba (Foto 1), se sueltan fácilmente, en especial cuando entran en contacto con la grasa aspirada y ésta lubrica y colabora con el desprendimiento. Esto se torna mas y mas molesto a medida que repetimos la maniobra y vuelve a ocurrir el "desenganche" una y otra vez hasta que se concluye la intervención.

## Innovación

A fin de solucionar este incómodo evento desarrollamos una mejoría para las cánulas y diseñamos unos adapta-

dores para facilitar las mencionadas maniobras y de paso recuperar todo el arsenal de cánulas de pabellón que poco a poco fuimos utilizando menos por lo comentado mas arriba.

Mediante el auxilio de un buen maestro tornero realizamos una rosca individual en cada cánula e hicimos fabricar el adaptador, también con la misma rosca para asegurar una perfecta coaptación (Fotos 2 y 3).

Para lograr un perfecto vacío sin pérdidas en la presión de succión, completamos este ensamble con el auxilio de un anillo plástico que cierra perfectamente el circuito y se consigue en ferreterías o casa de sanitarios (Foto 4).

De este modo obtenemos la cánula perfectamente armada y lista para usar, permitiéndonos dejar de lado la jeringa, evitar el desenganche o salida de la cánula y contar con tantos calibres como los que se posea en la caja de cánulas (Foto 5).

Dado que los equipos actuales permiten graduar la presión de succión este tipo de cánula roscada puede ser usada también en cara y cuello a una presión menor, pero si el cirujano prefiere continuar con el uso de la jeringa plástica puede hacerlo logrando una mejor coaptación con la cánula roscada.

Una ventaja más, agregada al sistema, es que cada cirujano puede hacer fabricar el adaptador intermedio de acuerdo con el tamaño de su mano. Por eso observan en las figuras adjuntas, dos tamaños diferentes.

Queda así constituido el set o conjunto de cánulas con su correspondiente rosca y los adaptadores (Foto 6).

Dadas sus características metálicas, todo el conjunto es fácilmente esterilizable por calor o autoclave o inmersión en desinfectantes. Contando con más de un adaptador y una tubuladura en Y se pueden aspirar simultáneamente dos áreas (eso ya era conocido).

Confiamos en que la comunicación sirva de utilidad para todos los colegas.

FOTO 1



CÁNULAS CON ENSAMBLE CLÁSICO INFERIOR LISO.

FOTO 2



CÁNULAS CON INTERIOR ROSCADO Y ADAPTADOR RS MANUALES.

FOTO 3



CÁNULAS Y ADAPTADORES.

FOTO 4



CÁNULA, ANILLO INTERMEDIO Y ADAPTADOR.

FOTO 5



CÁNULA ARMADA.

FOTO 6



SET DE CÁNULAS Y ADAPTADORES.

# Reparación total en un tiempo del lóbulo auricular

Dres. Francisco Jorge Famá\*, Graciela A. Aguirre\*\*

\* Médico del Servicio de Cirugía Plástica del Hospital "Durand"

\*\* Médica del Servicio de Cirugía Plástica del Hospital "Durand"

## Resumen

Se presenta un método simple y efectivo para la reparación del lóbulo auricular mediante la utilización de dos colgajos paralelos, subauriculares que se rotan en 180° y se suturan, con posterior cierre simple del lecho dador y satisfactoria reconstrucción del lóbulo,

## Abstract

A simple and effective method for reconstruction of the missing earlobe is presented.

Two parallel symmetrical flaps are designed on the subauricular area which are sutured together after a 180° rotation. The donor site is closed with simple sutures. A normally appearing earlobe is obtained.

## Introducción

**Historia:** la reconstrucción de la oreja se difundió a partir del siglo VIII en la India, a través del texto de medicina *Susruta Samhita*. En el mismo se proponía la reconstrucción a partir de un colgajo de mejilla. Posteriormente, en el año 1597 se ocupó del tema Gaspare Tagliacozzi, quien buscó en Italia darle prestigio profesional a una profesión ejercida por barberos, y publicó el libro de *Curtorum Chirurgia per insitionem*, en el que trata la reconstrucción de la oreja, pero donde se destaca su técnica de reconstrucción nasal. Harold Gillies, un otorrinolaringólogo británico destinado a un hospital de Rouen, durante la guerra desarrolló técnicas alrededor del año 1920 que todavía se aplican. Tanzer en el año 1959 sistematizó las técnicas de reconstrucción y utilizó los cartílagos costales. Alaniz en 1970, Chon en 1991, Kumer en el 2000, y muchos otros contribuyeron mediante su aporte a la reconstrucción auricular. En nuestro medio se dedicaron al tema Jack Davis y Julio Cianflone.

**Epidemiología:** de un muestreo retrospectivo realizado por Bardsley y Mercer surge que las mordeduras humanas son la causa más frecuente de lesiones auriculares (42%) seguidas de las caídas (20%) accidentes de automóvil (16%) y mordeduras de perro (14%); establecen asimis-

mo que la oreja tiene un alto potencial de lesión debido a su posición desprotegida junto a la cabeza. Asimismo la lesión más comúnmente observada era la amputación incompleta, especialmente a nivel del lóbulo.

En nuestra casuística las dos personas atendidas fueron víctimas de mordedura de perro.

**Anatomía:** La vascularización de la oreja es muy rica y es proporcionada principalmente por la arteria auricular posterior, que se origina como rama de la carótida externa apenas por debajo del lóbulo, y una rama de la arteria temporal superficial. Ambas tienen múltiples anastomosis, favoreciendo la vascularización. Independientemente de estas múltiples anastomosis, la arteria auricular profunda, rama de la arteria maxilar, efectúa un importante aporte. El drenaje venoso, importante en las reconstrucciones, se efectúa vía la vena auricular posterior en la yugular externa.

La inervación la provee fundamentalmente el nervio auricular, y contribuyen ramas del auriculotemporal y el nervio de Arnold.

## Propuesta

El problema de la reparación del lóbulo auricular surge de la necesidad de brindar cobertura a dos cara opuestas, manteniendo la forma y el volumen de la región reconstruida, tratando de mantener la simetría con la región contralateral, con la menor cicatriz posible.

Esto ha sido motivo de la creación de distintos colgajos, de mayor o menor complejidad, que dejan mayor o menor cantidad de secuelas cicatrizales buscando dar solución tanto a los defectos congénitos como a las pérdidas de sustancia tumorales o traumáticas.

Si bien el pabellón auricular no tiene la importancia estética de la nariz, numerosos autores se han ocupado de brindar soluciones estéticas a los diferentes defectos.

Esta labor ha sido particularmente fecunda en lo que hace a la reparación de la pérdida total del lóbulo auricular, para la cual se describen distintos colgajos, teniendo el colgajo indiano solo un valor histórico, por la importante secuela cicatrizal que produce. Los colgajos preau-

riculares, retroauriculares y mastoideos tallados a distintos niveles y con pequeñas modificaciones han otorgado herramientas válidas para la reparación de la lesión.

Entre los colgajos mastoideos, se encuentra el método de Gavello, que talla un colgajo bilobulado que luego pliega sobre sí mismo. Este método provoca un déficit de tejido en el área dadora de difícil solución.

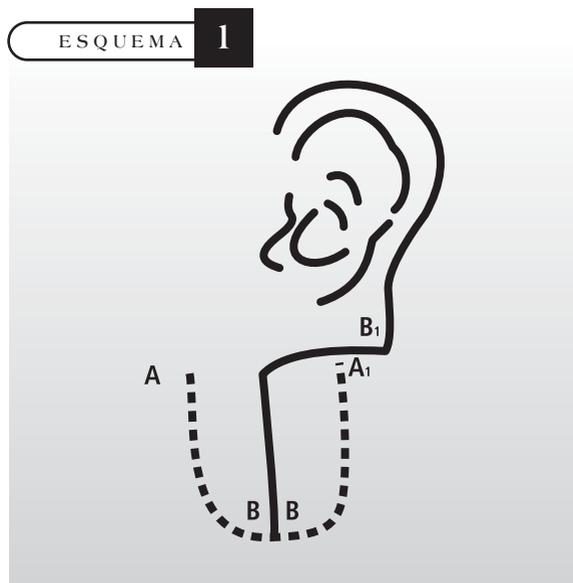
En nuestro caso, y con una idea parecida, se han diseñado dos colgajos infraauriculares, de base superior, que se tallan con la adecuada cantidad de tejido celular que permita no sólo la nutrición de los mismos sino que provea suficiente cantidad de tejido como para dar volumen y forma al nuevo lóbulo.

Estos colgajos son paralelos a la rama ascendente del maxilar inferior, tomando esta referencia anatómica como línea divisoria vertical entre los dos colgajos. Esta línea es coincidente con la cicatriz resultante de la avulsión sufrida, y esa cicatriz, una vez reseca provocará la división de los dos colgajos.

El tamaño de los colgajos estará relacionado con el defecto y con el lóbulo contralateral. En nuestro caso se talló un colgajo insuficiente en la primera reparación, pese a lo cual se obtuvo un resultado alentador. En el segundo caso se tallaron dos colgajos, de 3 cm de longitud por 1,5 cm de ancho con lo que se logró un mayor volumen y una mejor simetría.

El tallado de los colgajos se realiza hasta una línea horizontal imaginaria que transcurre por el límite del pabellón auricular restante, y se rotan 180° el anterior en sentido antihorario y el posterior en sentido horario, suturando la porción correspondiente a la cicatriz vertical, al borde del pabellón auricular, una vez reseca la cicatriz del mismo. Se completa la sutura entre los dos colgajos, conformando el contorno del

nuevo lóbulo, y procediendo al cierre simple de la zona dadora previo un ligero despegamiento de la porción de la mejilla. Este cierre, una vez realizado, es el que permite apreciar la forma final de la reparación. (Esquema 1).



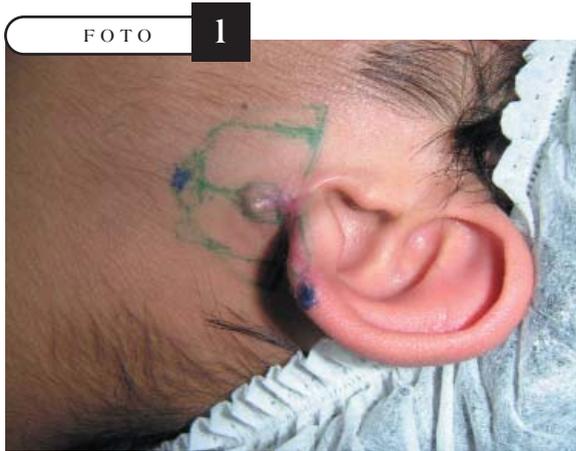
## Casos

El primer caso tratado L.B. sexo masculino, 32 años de edad, sufrió la avulsión del lóbulo auricular derecho por la mordedura de un perro. Se planeó la reconstrucción de acuerdo al colgajo descrito, y se obtuvo una reparación satisfactoria, pero insuficiente, ya que los colgajos

## Caso 1



## Caso 2



tallados evidentemente fueron menores a lo requerido, y el lóbulo restaurado quedó más pequeño que el contralateral, pese a lo cual el resultado satisfizo ampliamente nuestras expectativas y las del paciente

Caso 2 se trata de un sujeto de sexo masculino, de 29 años de edad, que como consecuencias de la mordedura de un perro sufrió amputación del lóbulo de la oreja izquierda. Fue derivado por la guardia del hospital, y se lo controló desde las primeras curaciones. Con la experiencia anterior se tallaron dos colgajos de mayor tamaño 3 x 1,5 cm. Cada uno, y con esto se logró un buen

volumen y forma en el lóbulo.

### Conclusiones

Creemos que la técnica descrita es de fácil realización, y aporta un método para reconstrucción del lóbulo auricular, que se suma a los muchos existentes brindando la posibilidad de efectuar la reconstrucción en un solo tiempo quirúrgico, con escasas posibilidades de complicaciones y con una cicatriz residual aceptable.



# Estudio comparativo entre cuatro técnicas de anastomosis microquirúrgicas, en modelos de laboratorio

Dr. Fernando L. Pigni

Laboratorio de Microcirugía Hospital de Niños "Ricardo Gutiérrez"

## Resumen

Las técnicas micro quirúrgicas han posibilitado la realización de reconstrucciones complejas. Aportan múltiples tejidos, con el objetivo de restaurar la forma, la estética y la función.

El método de anastomosis de los vasos del colgajo, es solo un paso dentro de un contexto de decisiones clínicas difíciles.

La anastomosis término terminal es la de más fácil realización, con menores tiempos operatorios y de mayor índice de permeabilidad, su limitante es la diferencia en el diámetro de los cabos a anastomosar.

Como métodos alternativos se encuentran las anastomosis termino laterales, los by pass con injerto de vena y las anastomosis telescopadas, entre otros.

Se realizó una experiencia, prospectiva, comparativa entre estos tres últimos métodos anastomóticos respecto de la anastomosis término terminal en modelos de laboratorio.

Concluimos que Las anastomosis termino- terminales son las más eficientes.

Las técnicas de anastomosis termino laterales son una opción válida que debe ser entrenada en laboratorio y puesta en juego en casos en que la indicación de la anastomosis termino terminal es forzada. El by pass es un método útil, pero de segunda elección, dado los tiempos quirúrgicos mayores.

Descartamos al procedimiento de anastomosis telescopada hasta no tener un aprendizaje y entrenamiento adecuado de la técnica.

## Summary

Microsurgical techniques have given the possibility of performing complex reconstruction. They add multiple tissue with the objective of restoring shape, aesthetic and function.

The anastomoses method of flap vessels is only one step within a context of difficult clinical decisions.

The end to end anastomosis is the easiest to perform, with less operating time and higher patency rates, it's restricted by vessels discrepancy to anastomose.

As alternative methods we find the end to side anastomoses, the venous graft by-passes and the sleeve anastomoses, among others.

A prospective experience was performed, comparing these three last anastomosis methods in relation to end to end anastomosis in laboratory rat models.

We concluded that the end to end anastomoses are the most efficient. End to side techniques are a valid option that must be trained and performed when the indication of end to end anastomosis is forced. The venous graft by-pass is a useful method but as a second option owing to major surgical time.

The sleeve anastomosis procedure is disposed of until proper training and learning is achieved.

## Introducción

Los requerimientos reconstructivos actuales exigen la restitución de la forma, la estética y la función. En búsqueda de este objetivo y ante la dificultad de obtener resultados óptimos con otras técnicas, se desarrollaron los procedimientos micro quirúrgicos de transferencia tisular.

A partir de la década del 70 se comenzó la resolución de casos con esta técnica. Kaplan en el año 1971 describió el primer caso clínico utilizando un colgajo inguinal para la reconstrucción de la cavidad oral, Mc Lean Y Buncke(1) simultáneamente describieron la transferencia de epiplón mayor para la cobertura de un defecto de cuero cabelludo.

En la actualidad, el procedimiento ha superado la barrera del tiempo, dado los buenos resultados obtenidos y la seguridad del procedimiento; sería inimaginable la resolución de ciertos casos sin transferencia tisular con microcirugía.

La técnica anastomótica es una habilidad manual alcanzada en laboratorio, y solo una parte del conjunto de procedimientos puestos en juego en un contexto de decisiones clínicas habitualmente difíciles.

Un punto clave es la selección del colgajo adecuado para cada caso, se requiere, de un cuidadoso planeamiento de la zona dadora, diseño adecuado de la pastilla dermo cutánea y abordaje táctico del pedículo. Se debe tener en cuenta la cantidad, calidad, color y tipo de tejido a transferir, de acuerdo con la demanda en la zona a reconstruir.

Establecer una adecuada relación entre los vasos dadores y receptores, largo y diámetro del pedículo, es fundamental para el éxito de la anastomosis.

De poco sirve un buen diseño de colgajo con disparidad entre vaso aferente y eferente y viceversa.

Dos puntos son críticos en la curva de aprendizaje de esta técnica, el primero es el vasto conocimiento anatómico necesario para la adecuada confección o tallado del colgajo y el otro la realización de una adecuada técnica micro quirúrgica.

La anastomosis vascular es un procedimiento operador dependiente, donde la habilidad artesanal del cirujano representa un factor clave.

Un problema habitual, es la disparidad de diámetros en los cabos de los vasos a anastomosar, para lo cual diferentes técnicas se han diseñado.

Ante la presencia de cabos similares o con escasa discrepancia no es punto de discusión, que la realización de una anastomosis término terminal es lo más adecuado, las pequeñas diferencias se solucionan con algunos recursos técnicos como la dilatación de los cabos, anastomosis biseladas o en boca de pescado. Con diferencias mayores debemos buscar otras opciones.

Las anastomosis término – laterales, las anastomosis telescopadas, los by pass venosos, la utilización de stents

o suturas mecánicas, los adhesivos tisulares, o el láser son algunos recursos utilizados.(2-5)

Es objetivo de este trabajo el análisis prospectivo, comparativo entre tres variantes de anastomosis arteriales, respecto al standard de la anastomosis término terminal, en modelos de laboratorio diseñados para simular discrepancias de diámetros arteriales.

## Material y métodos

Se utilizaron 30 ratas del tipo Wistar con pesos entre 250 y 300 g. Una vez seleccionado el lote fueron aisladas, y mantenidas bajo las mismas condiciones alimentarias y de medio ambiente, no se diferenció entre sexo para la muestra.

La preparación quirúrgica se realizó por medio de colocación en decúbito dorsal con fijación de extremidades, antisepsia con iodopovidona al 10%. La anestesia fue realizada con una solución de ketamina (2 ml de ketamina, 0,25 ml de atropina diluido en 10 ml de solución fisiológica) inyectado intraabdominal, para la inducción y campana con halotano, para mantenimiento en plano según requerimiento.

Se les realizó a todas abordaje inguinal para disecar los vasos femorales, con técnica micro quirúrgica. Se utilizó para la experiencia la arteria femoral en el sector proximal a la colateral de Murphy (Foto 1).

Todos los procedimientos fueron realizados por el mismo operador, laboratorio de microcirugía de Hospital de Niños "Ricardo Gutiérrez". Se utilizó sutura de Nylon 10-0 con aguja curva de sección redonda. La muestra fue dividida en dos grupos

**Grupo I:** -15 ejemplares- se les realizó, sobre el abordaje femoral izquierdo anastomosis término terminal de la arteria con puntos separados, modelo tomado como patrón de referencia (Foto 2).

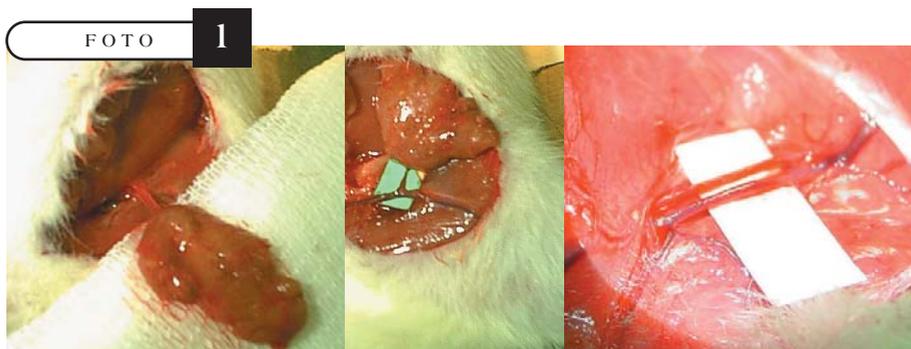


FOTO 1: DISECCIÓN DE LOS VASOS FEMORALES, PREPARACIÓN DE LOS VASOS PROXIMALES A LA COLATERAL DE MURPHY.

Sobre el lado derecho by pass con injerto de vena femoral distal (la rata tolera la sección de esta vena drenando por colaterales), técnica utilizada para salvar diferencias de cabos. Ambas anastomosis realizadas con puntos separados (Foto 3).

**Grupo II:** -15 ejemplares- Se les realizó sobre el lado izquierdo, anastomosis término lateral de la arteria a la vena, con puntos separados, la venotomía fue lineal. La anastomosis se realizó con sección biselada del cabo arterial para lograr una anastomosis a menos de 90 grados, para evitar flujos turbulentos (Foto 4).

Sobre los vasos derechos se realizó anastomosis telescópica, técnica utilizada para solucionar diferencias de diámetros cuando la arteria aferente o dadora es de menor calibre que la eferente o receptora.

Para este modelo se seccionó la arteria epigástrica a 2 mm de su origen, se seccionó la arteria femoral distal a ésta y se telescopó la epigástrica dentro de la femoral distal, cerrando el muñón de la femoral proximal.

La técnica anastomótica es: colocación de dos puntos diferenciados tipo colchoneros tomados 2/3 mm del borde de la ar-

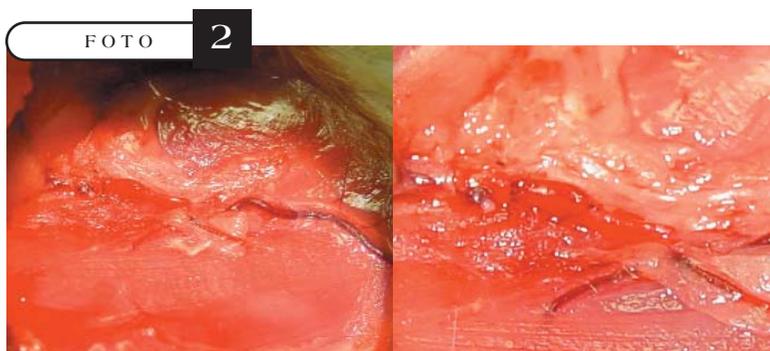


FOTO 2: ANASTOMOSIS TERMINO TERMINAL.

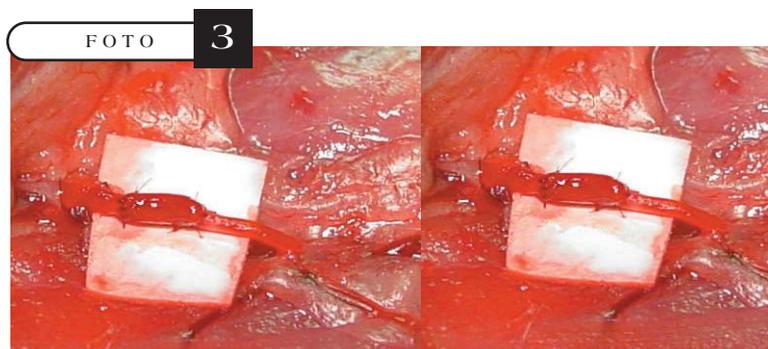


FOTO 3: BY PASS ARTERIAL CON INJERTO DE VENA FEMORAL.



FOTO 4: ANASTOMOSIS TERMINO- LATERAL, DE ARTERIA A VENA.

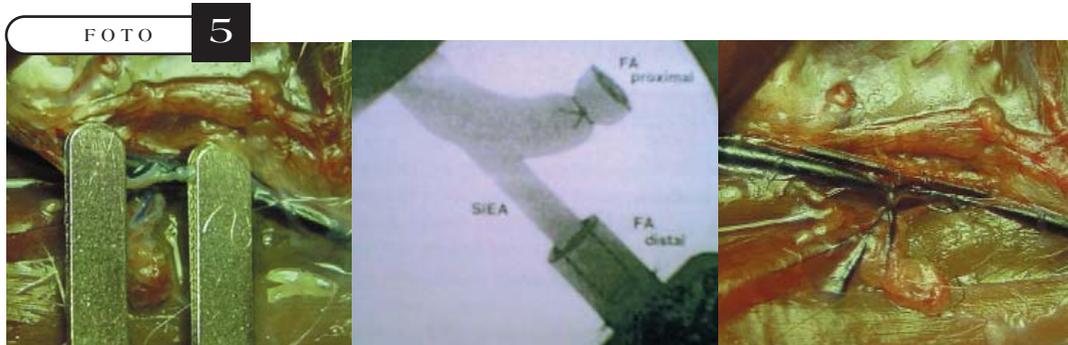


FOTO 5: ANASTOMOSIS TELESCOPADA O SLEEVE ANASTOMOSIS

teria femoral distal y en el borde de la epigástrica, ajuste de estos puntos para lograr el telescopado y completado con puntos adventiciales (Foto 5).

Completadas las anastomosis se realizó test de permeabilidad con la técnica de ordeño. Las anastomosis fueron controladas durante media hora antes de proceder al cierre de la región

A la semana se volvió a revisar las anastomosis, bajo anestesia para reevaluar a la permeabilidad.

En los casos de fracaso se realizó exploración de la línea de sutura bajo magnificación de 40 X para determinar la causa. No se utilizó durante el procedimiento ninguna solución vasodilatadora o antiagregante.

Se consideró exitosa la anastomosis cuando la prueba de permeabilidad era positiva y se mantuvieron esas condiciones durante media hora.

Se consideró fracaso inmediato cuando no se observó permeabilidad una vez liberados los clamps o la trombosis durante el tiempo de control.

Se consideró éxito alejado cuando en la revisión se observó permeabilidad de la anastomosis, y no flujo por vías colaterales.

## Resultados

Para el primer grupo de 15 especímenes (anastomosis término terminales y by pass) se obtuvo un caso de mortalidad intra operatoria (6.66%) debido a factores anestésicos que terminaron con distress respiratorio en el animal.

En el lado de las anastomosis término terminales se obtuvo un éxito inmediato en 14 casos (100%). La evaluación alejada no determinó fallos anastomóticos. El índice total de éxito (inmediato más alejado) fue del 100% (Gráfico 1).

Dentro del mismo grupo pero en la región inguinal contra lateral el índice de éxito inmediato para los by pass fue del 100%, en la evaluación alejada se observó un fracaso (7.14%). El índice total de éxito fue de 92.95% (Gráfico 2).

En el grupo II con anastomosis término laterales en un lado

y anastomosis telescopada directa en el otro, hubo un caso de muerte intra operatoria también por factores anestésicos (6.66%). Las anastomosis término laterales fueron exitosas en 13 casos (92.85%) hubo un fracaso inmediato (7.14%) En la evaluación alejada se observó fracaso en un caso (7.69%). El índice total de éxito para la serie fue del 85.71% (Gráfico 3).

En los casos de anastomosis telescopadas directas el éxito inmediato se obtuvo en 12 casos (85.71%) y fracaso en dos (14.28%).

En la evaluación alejada se determinó fracaso en dos casos (16.66%) y el índice total de éxito fue del 71.42% (Gráfico 4).

La evaluación de las anastomosis bajo magnificación en los fallos por by pass no se pudo determinar la causa. En el fallo producido por anastomosis término lateral, se encontró formación de trombos debido a una doble toma de pared en el ángulo, y en el otro caso (fallo alejado) se observó que la unión de la arteria con la vena se realizaba casi a ángulo recto, esto produce flujo turbulento causante de la formación de trombos.

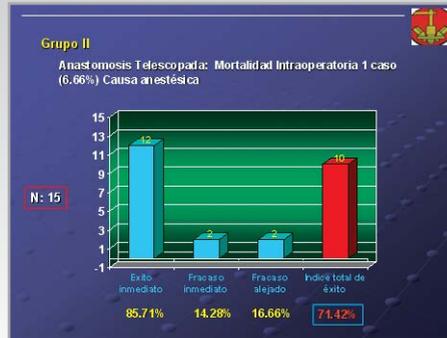
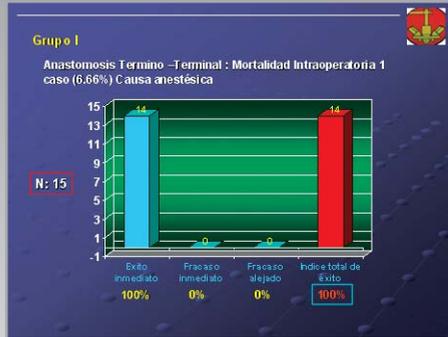
En los casos sin éxito de las anastomosis telescopadas los fallos también se debieron a cuestiones técnicas, por dobles tomas de la pared en los puntos adventiciales, y posiblemente por asimetría en la colocación de los puntos o contacto de la adventicia con la luz arterial.

En cuanto a los tiempos quirúrgicos, el tiempo promedio para la realización de las anastomosis término terminales fue de 25 minutos, de 38 minutos en las término laterales, de 42 en las telescopada y 75 minutos en los by pass.

## Discusión

El éxito de los procedimientos microquirúrgicos no depende solamente de la técnica de anastomosis utilizada sino también de la elección adecuada del colgajo, el diseño a utilizar, el criterio en la selección del vaso dador y receptor, un adecuado manejo anestésico intraoperatorio y posoperatorio y un paciente en condiciones de tolerar el procedimiento quirúrgico. Es evidente que la técnica anastomótica utilizada no es más

GRAFICOS 1 - 2 - 3 - 4



que otro factor en el universo de variables determinantes del éxito o el fracaso.

El adecuado planeamiento quirúrgico disminuye las posibilidades azarosas en el momento de la cirugía.

Desde el inicio de la microcirugía, las técnicas se han refinado en cuanto al procedimiento operatorio, tal es así que las estadísticas internacionales informan índices de fallo del colgajo cercano al 2%, incluyendo todas las causas posibles de fracaso.(6)

Las diferentes corrientes de investigación han procurado establecer cuál es la anastomosis más adecuada, y qué técnicas son las que tienen mejores índices de permeabilidad. Los diferentes informes publicados determinan ventajas de algunas técnicas respecto a otras, pero los resultados son controvertidos, ya que no existe estandarización de los modelos utilizados para la investigación en las distintas series.(7)

La anastomosis término terminal es la anastomosis más aceptada, la que mejores resultados ha ofrecido, y seguramente la de más fácil realización.

Desde el punto de vista hemodinámico, permite la continuidad de flujo laminar sin grandes variaciones, y el tiempo quirúrgico que insuere su realización es menor que con otros métodos.

Lamentablemente no puede ser aplicada en todas las situaciones clínicas, siendo su limitante las diferencias en los diámetros de los cabos a anastomosar.

No existiendo un método de anastomosis ideal, la experiencia, el entrenamiento y la optimización de las ventajas y desventajas de cada una de ellas, determina que, cada caso debe ser resuelto con la técnica más adecuada para la situación clínica a enfrentar.

En esta serie se analizaron cuatro técnicas diferentes:

- 1) anastomosis término terminal que es el patrón sobre la cual se compararon las restantes.
- 2) anastomosis término lateral
- 3) anastomosis telescopada
- 4) by pass arterial con vena.

Estas tres últimas, constituyen recursos técnicos utilizados cuando existe discrepancia de cabos, circulación terminal no sacrificable, o situaciones de trauma vascular importante donde es necesario mantener un flujo distal.

En nuestra serie la anastomosis término - terminal fue la de mayor índice de éxito (100%), con un tiempo quirúrgico promedio de 25 minutos.

Diferencias de cabos pueden ser resueltas por medio de la dilatación de los extremos, la sección biselada o la anastomosis en boca de pescado, siempre y cuando esta relación no sea mayor de 2 a 1.

Ante situaciones de mayor diferencia la anastomosis término terminal pasa a ser insegura por la formación de flujo turbulento en la línea de sutura.

Las anastomosis término laterales permiten una mejor adapta-



ción a las diferencias de cabos y posibilitan el flujo distal en la arteria receptora.(8) Las desventajas son, el mayor flujo turbulento en la anastomosis, mayor dificultad técnica, por lo que requiere mayor entrenamiento y una curva de aprendizaje más larga. Sus índices de éxito son similares a la anastomosis término terminal en las series analizadas, en la nuestra fue del 92,85%, con un tiempo quirúrgico promedio de 38 minutos, levemente superior a la anastomosis término-terminal.(9)

Otra forma de paliar las diferencias de cabos es recurrir a anastomosis telescopadas. En el año 1978 Lauritzen(10) describió la técnica obteniendo éxitos del 100% a las tres semanas de realizada, en modelos de laboratorio. Nakayama(11) reportó la realización de 15 colgajos libres con esta técnica, otras publicaciones (12-15) asocian esta técnica combinada con adhesivos tisulares para disminuir los tiempos quirúrgicos.

Las ventajas descriptas son menor tiempo operatorio por la menor cantidad de puntos, posibilidad de adaptar cabos de diferente dimensión y menor cantidad de material de sutura en el lumen. La desventaja es que solo puede realizarse cuando la arteria aferente es de menor calibre que la eferente, la situación inversa ha sido imposible de recrear técnicamente. En nuestra serie el índice total de éxito fue de 71,42%, con un tiempo quirúrgico de 42 minutos sensiblemente superior al control. En nuestra experiencia la descartamos como método anastomótico. Tal vez un mejor aprendizaje nos permita la aplicación clínica.

El by pass arterial con injerto de vena, también permite resolver discrepancias.(16) La selección de una vena de diámetro adecuado permite adaptaciones imposibles de resolver con anastomosis término terminales, sobre todo cuando hay ten-

sión sobre la línea de sutura. Las publicaciones al respecto informan un índice mayor de fallo anastomóticos con esta técnica, por enlentecimiento del flujo sanguíneo en el by pass, sin embargo algunos datos son controversiales respecto a este punto.(17)

La desventaja técnica fundamental es la presencia de dos anastomosis en el mismo vaso lo que supone un mayor riesgo para la permeabilidad arterial o venosa.

Otra desventaja es el mayor tiempo quirúrgico que insume, la toma del injerto y las dos anastomosis. En nuestra serie fue de 75 minutos.

El índice de éxito fue de 92,95% comparable a las anastomosis término-lateral y levemente menor a la término-terminal.

## Conclusiones

Consideramos en base a la experiencia realizada que de acuerdo con nuestro nivel de entrenamiento y posibilidades técnicas. Las anastomosis término- terminales son las mas eficientes.

Las técnicas de anastomosis término laterales son una opción válida que debe ser entrenada con mayor esfuerzo y puesta en juego en casos en que la indicación de la anastomosis término terminal es forzada. Encontramos al by pass útil, pero de segunda elección.

Descartamos al procedimiento de anastomosis telescopada hasta no realizar un aprendizaje adecuado de la técnica.

No encontramos una técnica apta y eficiente para todas las situaciones por lo que lo ideal es adecuarse a cada caso clínico.

## Bibliografía

1. David Soutar . Microvascular Surgery and free Tissue transfer 1993 Little Brown Company 2-7.
2. Bschorer R . Fibrin sealing and histometrical changes in conventional sutured microvascular anastomoses.J Craniomaxillofac Surg 1993 Jul; 21(5) : 192-8
3. Bschorer R . Fibrin sealing and histometrical changes in conventional sutured microvascular anastomoses.J Craniomaxillofac Surg 1993 Jul; 21(5) : 192-8 Reali UM Y col.. Experimental diode laser – assisted micro vascular anastomosis. J Reconstru. Microsurg; 1993 May; 9 (3): 203-10.
4. Reali UM Y col... Experimental diode laser – assisted micro vascular anastomosis. J Reconstru. Microsurg; 1993 May; 9 (3): 203-10.
5. Padubiri An y col. Fibrin glue assisted end to side anastomosis of rat femoral vessels :Comparison With conventional suture methods.
6. Ahn CY y col.Analysis of suturing techniques in the micro vascular anastomosis of vessels of unequal diameter.Ann. Plast.Surg. 1994 May; 32(5) :469-73.
7. Dissa J, Cordeiro P Simplifying microvascular head and neck reconstruction: a rational approach to donor site selection. Ann Plast Surg 2001 Oct., 47 (4): 385-9
8. H. Lopez Mojardin .et al. Techniques for management of size discrepancy in microvascular anastomosis. Microsurgery 2000 . 20:162-166
9. Adams WP, y col Patency of different arterial and venous end to side micro anastomosis techniques in a rat model. Plast. Recon. Surg. 2000 Jan ; 105 (1) ; 156-61
10. Yoleri L. Different venous end to side micro anastomosis techniques comparative study in new rat model. Ann Plast Surg 2002 Apr; 48 ( 4) :410-4.
11. Lauritzen CG. The sleeve anastomosis revisited. Ann Plast Surg 1984 Aug;13(2):145-9
12. Zhang L y col. A new Technique For microvascular sleeve anastomosis. Microsurgery 1991; 12(5):321-5
13. Ling Zhang, M. Moskowitz. New four stitch sleeve anastomoses: An experimental study in rats with reports of clinical use . Microsurgery 1997. 17:291-294.
14. Lopez Salcedo y col. Discrepancy micro vascular sleeve anastomosis in size discrepancy vessels. Microsurgery 2000. 20:173-175.
15. Desmukh R. y col. A simple cuff suture technique for micro vascular anastomosis . J reconstr. Microsurg 1992;8: 491-494
16. Nakayama Y y col. Is the sleeve anastomosis a risky Technique? Br. J. Plast. Surg. 1987; 40:288-294.
17. Harris JR y col. Effect of diameter of microvascular interposition vein graft on vessel patency and free flap survival in the rat model J Otolaryngol 1999 jun; 28(3): 152-7
18. Ryan A Anastomosis of vessels of unequal diameter using an interpositional vein graft. Plats RECON Surg 1988; 81:414.



# Habilitación, acreditación y categorización de establecimientos asistenciales

Dr. Patricio F. Jacovella \*

\* Sub Director Carrera de Especialista. Unidad Académica Clínicas. UBA

## 1. Diagnóstico de situación

En un mundo moderno, donde el bombardeo de información sobre estética y belleza es a menudo tan confuso, se ofrecen tratamientos que muchas veces no cuentan con el respaldo científico pertinente.

Los criterios de elección del cirujano y del sanatorio o consultorio, pasan por la preferencia de los pacientes, quienes muchas veces actúan impulsivamente ante el deseo inmediato de cambiar, sin reparar en una adecuada meditación acerca del lugar donde se practicará la cirugía.

Muchos casos de operaciones con anestesia general, efectuadas en un simple consultorio sin la complejidad necesaria, con mala seguridad ambiental y personal paramédico inadecuado, demuestran que existe escaso control por parte de las autoridades sanitarias.(8,9)

Este diagnóstico de situación, sugiere divulgar conceptos fundamentales acerca de los requisitos que deben reunir los establecimientos asistenciales para la práctica de la cirugía plástica.

## 2. Conceptos fundamentales

### 2.1. Habilitación

Es un procedimiento de autorización legal, que deben tramitar obligatoriamente todos los establecimientos de salud, ante la autoridad sanitaria correspondiente (nacional, provincial o municipal) para poder prestar servicios al público. Se efectúa por única vez al iniciar las actividades y los criterios de evaluación se basan en aspectos edilicios generales y de bioseguridad.(5)

Junto con la habilitación se tramitan las condiciones de seguridad, que están referidas a dispositivos contra incendios, accesibilidad y señalización, entre otros ítems, según el nivel de complejidad.

### 2.2. Acreditación

Acreditar (del latín *credere* = creer, dar fe) significa evaluar. La acreditación de establecimientos de salud se lleva a cabo mediante la evaluación detallada de varios ítems que incluyen habilitación, normas de seguridad, categorización y acreditación propiamente dicha.(2)

Desde el punto de vista internacional, se define como un procedimiento integral de evaluación de la calidad ya que contempla además de los aspectos de equipamiento técnico, los recursos humanos así como la satisfacción de los pacientes atendidos.

En la Argentina, el Instituto Técnico para la Acreditación de Establecimientos de Salud (I.T.A.E.S.), es el organismo encargado de acreditar los establecimientos de salud. Se trata de una entidad civil, sin fines de lucro, que funciona desde 1993. (2, 3)

Asimismo, este organismo edita el "Manual de Acreditación de Establecimientos de Salud", obra que contiene cuarenta estándares básicos de calidad de atención. Este método de acreditación, ha sido encarado por más de treinta países de todo el mundo, como manera de alentar el mejoramiento continuo de los establecimientos asistenciales.(2, 3)

Es conveniente aclarar que el pedido de acreditación es voluntario desde el punto de vista científico; la habilitación en cambio es una obligación legal.

### 2.3 Categorización

Es la clasificación de los establecimientos asistenciales según la complejidad de servicios que planifican prestar. Históricamente es sabido que los primeros cirujanos fueron los barberos y por consiguiente los primeros quirófanos fueron las barberías.(5)

Recién durante el reinado de Luis XVI en Francia, la Academia de Ciencias de París especificó las condiciones que debía reunir una sala de operaciones: embalsosada,



con buena luz, con puertas anchas y condiciones seguras. A partir de la segunda mitad del siglo XIX, la sala de operaciones toma protagonismo y se configura como un local con características propias. Por último, en 1946, el Servicio Federal de Salud de los Estados Unidos inicia la moderna arquitectura quirúrgica. Desde entonces, con los avances tecnológicos en materia médica, no se concibe que se efectúen operaciones en cualquier lugar.

Al respecto, Cafasso (5) en su relato "Seguridad en el quirófano", define algunos conceptos importantes.

Se define como bloque o grupo quirúrgico al conjunto de locales físicos relacionados con las intervenciones quirúrgicas. Estas áreas tienen límites estrictos con entradas y salidas perfectamente determinadas. Los citados locales deben cumplimentar condiciones de limpieza y asepsia más estrictas que el resto de áreas del establecimiento asistencial.

Las condiciones ambientales del quirófano o de los quirófanos deben permitir un correcto acondicionamiento en aspectos físicos (techo, pisos, paredes), climáticos (aire acondicionado frío / calor, humedad ambiente), de infraestructura (instalación eléctrica con disyuntor, dispositivos contra incendios, agua corriente) y de recolección de residuos y materiales descartables.

En cuanto a recursos técnicos específicos, los equipos de esterilización e instrumental quirúrgico deben ser de buena calidad y adecuados al nivel de prestaciones médicas. Asimismo el personal de quirófano debe contar con la idoneidad acorde a las funciones que cumple. (6,9)

De conformidad con estos conceptos, no es posible imaginar en el mundo moderno, que un quirófano sea seguro si no cumple con estos preceptos.

### 3. Cirugía ambulatoria

Desde la década de 1960 y más intensamente desde 1970, algunas cirugías que tradicionalmente se efectuaban con internación, pasaron a ser efectuadas en forma ambulatoria.(7)

Se define como cirugía ambulatoria, a la que una vez efectuada, permite el alta del paciente en el mismo día de la intervención.

El ámbito de la cirugía plástica es especialmente conveniente para la cirugía ambulatoria por las siguientes ventajas:

- 1) Reducción de costos para el paciente
- 2) Mayor satisfacción de los pacientes, al poder regresar a su casa el mismo día de la cirugía.
- 3) Atención más personalizada en un ambiente más distendido y diferente del clásico hospital general o sanatorio que atiende diferentes enfermedades importantes.

4) Rehabilitación más rápida, debido al ambiente familiar afectivo.

La cirugía plástica con fines estéticos es, dentro de las especialidades quirúrgicas, una de las que más puede ser practicada en forma ambulatoria. Debido a que en general los pacientes no padecen de graves enfermedades y que en la mayoría de los casos sólo se requieren como cuidados posoperatorios el reposo en cama y la administración de alimentos, analgésicos y antibióticos, la internación se hace innecesaria desde el punto de vista médico, siendo reservada para aquellos casos en que la cirugía por su envergadura, haga conveniente un seguimiento más estricto de la evolución.

A manera de ejemplo, en el Hospital de Clínicas de la Ciudad de Buenos Aires, aproximadamente el 80% de las intervenciones de cirugía plástica se realizan en forma ambulatoria.(7)

Es decir, que según el tipo de operación y la anestesia elegida, la cirugía ambulatoria es una excelente opción por las ventajas señaladas.

Con respecto a los recursos físicos, se hace imprescindible tener en cuenta que un quirófano destinado a cirugía ambulatoria debe cumplir con requisitos en los que respecta a la circulación, ambientación y esterilización.

Una unidad de cirugía ambulatoria es por definición un edificio estructurado para un tratamiento quirúrgico programado, donde los pacientes arriban y se retiran el mismo día.

Si bien las habitaciones de internación no son estrictamente necesarias, es conveniente que existan áreas de recuperación y habitaciones de reposo, con servicios confortables para los pacientes y sus acompañantes. El proceso de planeamiento y diseño de estos ambientes requiere la concurrencia de personal especializado. No cualquier ambiente es útil para este tipo de tratamiento.

### 4. Aspectos éticos

Muchos profesionales del arte de curar, obtienen logros indiscutibles en su especialidad, a tal punto que llegan a sentirse encumbrados por sus éxitos.

Sin lugar a dudas, la obtención de antecedentes, títulos y honores es importante como satisfacción personal y como justo reconocimiento ante los pares y ante la sociedad.

Lamentablemente también, en muchos casos, esa fama llega a obnubilar y confundir a ciertos médicos, cayendo en una supuesta infalibilidad.

En algunos casos, existe discrepancia entre un profesional conocido por sus méritos científicos y otro promocionado a través de diferentes medios ajenos al ambiente médico.

Así, aparecen algunos cirujanos plásticos, que acostumbrados al elogio permanente de la prensa, pierden de vista los aspectos éticos y hasta confunden los límites de los princi-



pios científicos, efectuando cualquier operación en cualquier lugar. Descalifican las posibilidades de riesgo y consideran que lo más importante son sus manos, más allá del establecimiento asistencial donde efectúan sus intervenciones. Guiados internamente por un sistema de creencias de verdades absolutas en sus mentes,(1) sobre valoran sus verdaderas posibilidades y se embarcan en situaciones difíciles, prometiendo soluciones mágicas, creyendo que las podrán brindar, aunque la infraestructura del lugar para la práctica, carezca de la complejidad necesaria.(10,11)

## 5. Aspectos jurídicos

Es interesante recurrir a la jurisprudencia argentina, relacionada con demandas referidas al establecimiento asistencial elegido para intervenciones quirúrgicas en general, que encuentran ejemplos para prevenir errores en cirugía plástica. (4,6,9)

Algunos fallos permiten ilustrar sobre el tema:

1) " *Es responsable del delito de homicidio culposo el médico que realizó dos operaciones quirúrgicas en un ámbito físico precario, no habilitado como quirófano, bajo deplorables condiciones de asepsia y sin un equipo mínimo de colaboradores, ya que dichas condiciones fueron causa eficiente de las infecciones y posterior muerte de la víctima, no obstante tal configuración el hecho que tales infecciones no fuesen evidentes, pues lo que un médico debe evitar es que ellas se instalen o cobre virulencia mortal. Tampoco obsta a la calificación la delegación del seguimiento de la evolución del paciente luego de la intervención, ya que dicha delegación le estaba vedada en virtud de su posición de garante de la situación en que ubicó a la paciente*"

C.N.Crim.Sala I (Correc.) R., D. T. (Correc. 3,sec.62) c 42.214 S. J.H. 30/04/93

2) "A los efectos de la responsabilidad, la prueba de la culpa del médico es indispensable, pues además de implicar la responsabilidad personal, contiene la demostración del incumplimiento de la obligación del sanatorio, clínica y obra social entre otros, de prestar asistencia adecuada. Ello así, pues tales entes deben responder por la diligencia puesta por el profesional del que se valen para cumplir tal prestación adecuadamente."

CN Civ., Sala F, febrero 5, 1998.- M.A.N. c. F., E. S., La Ley, 1998-E,96

3) "En base a la normativa de la ley 22.269 ( Adla, XL-C,2541 ), la obra social frente a sus afiliados tiene una obligación accesoria tácita de seguridad por la eficacia del

*servicio de salud. Confluye su responsabilidad con la del ente prestatario o no haber tenido la infraestructura necesaria, o de haberla tenido, por la falta de control de su funcionamiento y eficacia debiendo la estructura operativa de la Obra Social controlar la prestación brindada en los estándares mínimos y necesarios."*

CN Fed. Civil y Com.,Sala III,septiembre 22, 1995.- C., E.N. c. C. M.S.A. y otro, La Ley, 1997-D, 836 ( 39.639-S )

4) "La responsabilidad médica sólo puede surgir de la adecuada valoración del reproche de la conducta profesional en orden a la previsibilidad de sus consecuencias, si se tiene en cuenta la creciente complejidad y extensión de la aparatología de que se sirve la medicina moderna, que normalmente es propiedad de establecimientos asistenciales y cuyo correcto funcionamiento constituye una premisa para el profesional que hace uso de ella."

CS, febrero 13, 1996.- P. H. R., La ley, 1997-B, 789 ( 39.312-S )

5) "Como las obligaciones del médico y del sanatorio son concurrentes, el paciente tiene dos acciones que puede ejercer independientemente contra uno y otro, sin estar obligado a demandar a ambos conjuntamente "

CN Civ., Sala F, abril 4, 1995.- O., M.A. c. S. N. S. A.. La Ley, 1887-B,202

6) *Incurren en una omisión al deber de cuidado legalmente impuesto, los médicos que no extremaron el deber de prudencia al evaluar los riesgos que pudieran pesar sobre la paciente a la que sometieron a una cirugía de mediana complejidad en un consultorio, y al producirse una reacción alérgica no contaron con la tecnología y recursos terapéuticos para auxiliarla debidamente, causando su muerte."*

CN Crim .y Correc., Sala VII, febrero 11,1991.- S. C. La Ley, 1992-B, 82, con nota de José Luis Puricelli.

## 6. Corolario

Las medidas de prevención deben tener fundamento lógico y el lugar de elección para una intervención quirúrgica debe seguir los principios básicos de la medicina. Todo especialista, junto al médico anestesiólogo, deberá elegir establecimientos asistenciales aptos para la cirugía según el nivel de complejidad. Existen muy buenas clínicas dotadas de todos los elementos de bioseguridad necesarios, que cumplen con los requisitos exigidos por la autoridad sanitaria correspondiente, sin llegar a una complejidad exagerada e innecesaria.



## Bibliografía

---

1. Antognazza, E. J.: Qué hacer con la vida. Beas. Buenos Aires, 1996.
2. Arce, H.: Acreditación hospitalaria. Revista Enfasis Salud. Año 5, número 1, página 36. Buenos Aires, mayo de 1999.
3. Arce, H.; Azar, A.; García Díaz, C.; Loyola, L. et al. :Evaluación de la calidad de atención médica, a propósito del decreto 1424/97. Boletín del Consejo de Certificación de Profesionales Médicos. Año 4, número 12. Buenos Aires, 1998.
4. Bustamante Alsina, J: Responsabilidad civil en caso de pluriparticipación profesional en acto médico. La Ley T 1983 B, 314
5. Cafasso, J. C.: Seguridad en el quirófano. ( Relato oficial del Congreso Argentino de Cirugía de 1992) Revista Argentina de Cirugía, (número extraordinario):79,1992
6. Darritchon L M: Responsabilidad civil de las entidades prestadoras de servicios médicos. La Ley T. 1989 A, 176.
7. Ferraina, P. A.: Cirugía ambulatoria.(Relato oficial del congreso Argentino de Cirugía de 1991) Revista Argentina de Cirugía, número extraordinario:1, 1991.
8. Hurtado Hoyo, E.: Responsabilidad legal del equipo quirúrgico. Revista de la Asociación Médica Argentina, 107 (4):25, 1994.
9. Martínez Marull, A.: Responsabilidad ética y jurídica de las instituciones. (Relato oficial del congreso Argentino de Cirugía de 1988) Revista Argentina de Cirugía, número extraordinario:57, 1988.
10. Sanguinetti, F.: Responsabilidad ética y jurídica del cirujano (Relato oficial del congreso Argentino de Cirugía de 1988) Revista Argentina de Cirugía, número extraordinario: 1, 1988.
11. Sapisochin, E.: El acto quirúrgico. Consideraciones medico legales. Revista de la Asociación Médica Argentina, 109:34.





## 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)

### ❖ Campañas Solidarias

El Centro de Referencia y Contrarreferencia para la Atención de Niños con Fisuras Labio Alvéolo Palatinas, durante el año 2004, realizó dos campañas al interior del país continuando el programa quirúrgico y educativo, con el objeto de dejar formados equipos multidisciplinarios locales.

Se concurrió a la provincia de San Miguel de Tucumán del 21 al 24 de octubre donde se operaron a 11 niños y se brindaron conferencias. Concurrieron a esta provincia los Dres. Rubén Aufgang, Mirta Moreno, Carlos Perroni, la Flga. Silvia Juri, la odontóloga Lidia Pínola y la Anest. Silvia Nievas, el Dr. Rodolfo Rojas asistió coordinando al grupo. A su vez se controló a los niños operados en campañas anteriores.

La segunda campaña se llevó a cabo en Santiago del Estero del 5 al 8 de noviembre de ese año. Se operaron a 28 niños. Concurrieron a la misma los Dres. Paulina Iwanyk, Carlos Perroni, Ernesto Traine, Sergio Polichela, Adriana Pérez, Osvaldo Bacigalup y Silvana Goyanes.

En el mes de diciembre se recibió un subsidio del Ministerio de Salud Pública de la Nación que permitió al Centro de Referencia, efectuar la devolución a la SACPER, del préstamo solicitado para la realización de las campañas antes mencionadas, quedando en el Centro de Referencia, un saldo remanente que será utilizado para financiar, en parte, las campañas previstas para el año 2005.

El Centro de Referencia organiza las Primeras Jornadas Nacionales Interdisciplinarias de Fisuras Labio Alvéolo Palatinas, que serán realizadas los días 11 y 12 de marzo de 2005 en el Aula Santa Cecilia de la U.C.A. Para estas Jornadas se recibió el apoyo de diferentes Sociedades, de Fonoaudiólogos, Odontólogos, Cirujanos Infantiles, Pediatras, etc.; abordándose esta problemática con un enfoque de equipos multidisciplinarios, que serán los participantes de mesas redondas, en foros de discusión multidisciplinarios.

❖ **Iº Jornadas Nacionales Interdisciplinarias de Figuras 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)



❖ **Curso Superior de Especialización en Cirugía Plástica (SACPER - AMA).**

Duración: Trienal

**1º y 2º año:** Materias cuatrimestrales

Quemaduras y sus secuelas, cirugía maxilofacial, cirugía plástica de miembros y manos, cirugía estética, cirugía plástica oncológica, cirugía plástica infantil

**3º Año:** Rotación anual. Por subespecialidad a elección.

**Actividad teórica:** Asociación Médica Argentina: martes 21 hs.

**Actividad práctica:** Hospital de Quemados - Fundación Benaim (C.E.P.A.Q.) - Hospital Alemán - Hospital de Rehabilitación Psicofísica - Hospital Interzonal Evita (Ex-Araoz Alfaro) - Hospital Británico Bs. As. - Hospital de Niños Gutiérrez - Hospital Nacional de Pediatría Garrahan - Hospital Municipal de Oncología - Hospital Tornú - Hospital Durand - Hospital Fernández

**Certificado otorgado:** Especialista en Cirugía Plástica y Reparadora

**Cierre de inscripción:** 31 de mayo

**Comienzo de clases:** 1º de julio

**Informes e Inscripción:** Av. Santa Fe 1611 - Tel.: 4816-3757/ 0346.

[sacper@cirplastica.org.ar](mailto:sacper@cirplastica.org.ar) / [www.sacper.com.ar](http://www.sacper.com.ar)



## Sociedad de Cirugía Plástica de Buenos Aires

- ❖ Asamblea Ordinaria: 22/03/05
- ❖ Cambio de Autoridades: 19/04/05
- ❖ Siglo XXI



## Sociedad de Cirugía Plástica de La Plata

- ❖ III Curso Internacional. Cirugía Estética y Reparadora de los Párpados y de la Orbita. 4 de junio de 2005. Jockey Club Multiespacios- Salón Dorado (Avenida 7 N° 834 e/ 48 y 49, Ciudad de La Plata).  
Invitados extranjeros: Dra. Lucía Vera Cardim (Brasil), Dr. Alberto Irigaray (Uruguay) y Dr. Sergio Lessa (Brasil) junto a destacados profesionales de nuestro país.

### Organigrama de la Sociedad:

#### Agosto

- Miércoles 25, 20.30 hs.  
Conferencia: Dr. Eduardo Gonzalez:  
Tema: "Oncocirugía mamaria y reconstrucción"

#### Septiembre

- Miércoles 22, 20.30 hs.  
Reunión Conjunta con SACPER

#### Octubre

- Lunes 18, 20.30 hs.  
Reunión Conjunta con Sociedades Filiales de la Sociedad Médica de La Plata  
Miércoles 27, 20.30 hs.  
Conferencia: Dr. Federico Zapata  
Tema: "Rinoplastias Primarias y Secundarias con técnica abierta y Perfiloplastias"  
Viernes 29  
Reunión Conjunta con Sociedad de Mendoza: a confirmar en la ciudad de Mendoza.

#### Noviembre

- Miércoles 24, 20.30 hs.  
Presentación de trabajos libres y para optar a miembro titular

#### 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



## Sociedad de Cirugía Plástica de Rosario

- ❖ Reuniones científicas: Comienzan en el mes de marzo. Los segundos lunes de cada mes en el Círculo Médico, donde participan invitados de la Sociedad Argentina de Cirugía Plástica y de sus filiales.

- ❖ III Meeting Internacional de Cirugía Estética. Octubre 2005. Participarán invitados extranjeros, nacionales y locales.





# Curso superior de especialización en Cirugía Plástica - SACPER. 25 años de historia

Ricardo J. Losardo(\*) - Andrés N. Dimópulos(\*\*)

\* Director del Curso

\*\* Secretario General del Curso

Presentado como póster en el XXXII Congreso Argentino de Cirugía Plástica (Mendoza, 14-17 de agosto de 2002)

Dirección del primer autor:

Lavalle 1844 - 5° 30' - (C1051ABB) Buenos Aires - Tel / Fax: 4372-4604

Email: rlosardo@infovia.com.ar

## Resumen

*Se realiza una reseña histórica del curso de mayor prestigio que dicta la SACPER, con motivo de cumplirse 25 años de su existencia ininterrumpida. Se enumeran los servicios hospitalarios donde se cursa, docentes y alumnos con las promociones de egresados, los reglamentos y sus modificaciones.*

La Sociedad Argentina de Cirugía Plástica, creada en 1952, tiene entre sus objetivos enseñar la especialidad y formar cirujanos plásticos competentes y responsables, capaces de ejercer con los más altos valores éticos y morales esta noble ciencia y arte.

Fue en 1977 cuando la Comisión Directiva de la Sociedad Argentina de Cirugía Plástica, presidida por el Dr. Néstor Maquieira, creó el "Curso de Especialización en Cirugía Plástica", para la formación de cirujanos plásticos, con una duración de 3 años, estructurado en 6 materias o rotaciones semestrales, que se llevaba a cabo en Servicios de Cirugía Plástica reconocidos, actuando sus jefes como docentes encargados de la enseñanza.

Las materias eran: Cirugía Plástica de las Quemaduras (Q), Cirugía Plástica Infantil (I), Cirugía Plástica de las Extremidades (M), Cirugía Maxilofacial (MxF), Cirugía Plástica Oncológica (O) y Cirugía Estética (E).

Los Servicios donde se realizaron dichas materias y los docentes encargados fueron: Hospital Municipal de Quemados (Dr. Carlos Otero), Hospital Municipal de Niños Ricardo Gutiérrez (Dr. Oscar Mallo), Policlínico Mariano Castex (Dr. Néstor Maquieira), Policlínico Araoz Alfaro (Dr. Flavio Sturla), Hospital Municipal de Oncología Marie Curie (Dr. Enrique Gandolfo) y Hospital Municipal Ignacio Pirovano (Dr. Raúl Fernández Humble).

Se designó Presidente de Honor del Curso al cirujano maestro Dr. Ernesto Malbec y un Comité de Docencia in-

tegrado por los Dres. Paulino Morales, Pedro Sarkissian, Martín Saubidet y José Spera.

El curso se inició así el 1° de julio de 1977, con los tres primeros alumnos.

En 1978 se designó como primer Director del Curso al Dr. Paulino Morales y comenzó su segundo año de vida, con otros tres nuevos alumnos ingresados.

En 1980 egresó el primer alumno, el Dr. Norberto Morales, a quien se entregó el 7 de abril de 1981, su diploma en la Sesión Pública Solemne de la Sociedad Argentina de Cirugía Plástica.

En 1981 la Comisión Directiva de la Sociedad Argentina de Cirugía Plástica presidida por el Dr. Raúl Laguinge, decidió aumentar el número de vacantes de 3 a 4 por año (Cuadro 1) y se creó el reglamento con 14 artículos, que es el que se utiliza actualmente con leves modificaciones.

En 1995 la Comisión Directiva de la Sociedad Argentina de Cirugía Plástica presidida por el Dr. Raúl Fernández Humble, decidió aumentar los requisitos de ingreso referido a los años previos de cirugía u ortopedia, de 2 a 3 años (Cuadro 2). Asimismo, se decidió que el Curso que hasta entonces era gratuito, a partir de esa fecha sea arancelado.

En 1995 el Ministerio de Educación, Ciencia y Tecnología y el Ministerio de Salud Pública de la Nación, le otorgaron reconocimiento oficial y validez nacional a su certificado.

En 1997 y continuando el Curso con la dirección del Dr. Paulino Morales, los Servicios donde se realizaban las materias y los docentes encargados eran: Hospital Municipal de Quemados (Dr. Víctor Nacif Cabrera), Hospital Municipal de Niños Ricardo Gutiérrez (Dra. Susana Ruiz), Instituto de Rehabilitación del Lisiado (Dr. Ricardo Yoheña), Hospital General de Agudos José María Ramos Mejía (Dr. Manuel Viñal), Hospital Municipal de Oncología



Marie Curie (Dr. Ricardo Losardo) y Hospital General de Agudos Enrique Tornú (Dr. Enrique Gagliardi).

En 1998 la Comisión Directiva de la Sociedad Argentina de Cirugía Plástica presidida por el Dr. Manuel Vinal, decidió cambiar el sistema de elección del Director del Curso (Cuadro 3) y darle además al mandato una duración determinada, en tres años (Cuadro 4). Hasta esa fecha era propuesto, elegido y designado por la Comisión Directiva de la Sociedad. A partir de entonces sería primero propuesto por la Comisión Directiva, luego elegido por la Asamblea y finalmente designado por la Comisión Directiva.

Así en 1998 en la Asamblea General de la Sociedad Argentina de Cirugía Plástica, se designó por primera vez bajo este sistema de elección, al nuevo Director del Curso, el Dr. Daniel Absi, por un período de tres años (1999-2002).

En el 2002 en la Asamblea General de la Sociedad Argentina de Cirugía Plástica presidida por el Dr. Juan Albertengo, se designó como nuevo Director del Curso, al Dr. Ricardo Losardo, por un período de tres años (2002-2005).

En el 2002 la Comisión Directiva de la Sociedad Argentina de Cirugía Plástica, presidida por el Dr. Osvaldo Cudemo, estudió modificaciones y ampliaciones del reglamento vigente (el reglamento fue redactado en 1981 y tuvo modificaciones en 1995 y en 1998). El Comité de Docencia del Curso realizó un anteproyecto que fue elevado a la Comisión Directiva para su estudio y aprobación. Al momento de la redacción de este trabajo se encuentra en estudio. Este anteproyecto de 60 artículos contiene al reglamento original de 14 artículos y contempla todos los aspectos académicos del Curso. Además se ha implementado una prueba piloto de cursada con características distintas a la tradicional, que se acerca a la necesidad de los tiempos actuales y a la vocación de cada alumno. Dentro de este marco se prevé articular el Curso que se dicta en Buenos Aires con otras ciudades del país y del extranjero, ampliando las posibilidades formativas de los alumnos.

A modo de reseña destacamos que en el Curso, desde su inicio hasta la actualidad, han participado 15 hospitales, donde han funcionado las seis Cátedras (Cuadro 5). En ellas han actuado 34 docentes (Cuadro 6).

Este Curso Superior ha tenido gran aceptación entre los estudiantes, como lo demuestra la gran cantidad de inscriptos. Sin embargo, los requisitos exigidos y las pruebas de selección han determinado que el número de ingresantes sea menor (62% de los inscrip-

tos). También las estadísticas demuestran que no todos los ingresantes finalizan el Curso (55% de los cursistas), debido a las exigencias que impone una cursada prolongada (3 años), una asistencia intensa (80% de presentismo) y numerosas evaluaciones (un total de 6) (Cuadro 7).

Por otra parte, desde su inicio hasta la actualidad, han egresado 52 cirujanos plásticos, entre ellos hubo 4 extranjeros (dos españoles, un ecuatoriano y un panameño) (Cuadros 8, 9 y 10).

Este Curso Superior con una trayectoria de 25 años de existencia es la expresión de máxima jerarquía de educación de la Sociedad Argentina de Cirugía Plástica, ocupando un espacio destacado entre las carreras de especialización en cirugía plástica.

#### Cuadro 1: Cupo de vacantes por año.

**1977-1980:** 3 vacantes  
**1981-2001:** 4 vacantes

#### Cuadro 2: Requisitos para ingresar.

**Dos años previos de cirugía:** 1977-1994  
**Tres años previos de cirugía:** 1995-actual

#### Cuadro 3: Sistema de elección del director del curso.

**1977-1998:** a propuesta y votación de Comisión Directiva  
**1998-actualidad:** a propuesta de Comisión Directiva y por votación de Asamblea

#### Cuadro 4: Duración del director del curso.

**1977-1998:** sin determinar  
**1998-actualidad:** período de tres años



**Cuadro 5: Hospitales y Cátedras  
(en estos 25 años).**

**Hospitales Municipales**

- Q - Quemados (1977 - continúa)
- Q - Fernández (Servicio Quemados) (1994)
- M - Rehabilitación del Lisiado (1996 - continúa)
- I - Gutiérrez (1977 - continúa)
- MxF - Fernández (Servicio Maxilofacial) (1996)
- MxF - Ramos Mejía (1997 / 2000)
- O - Mme. Curie (1977 - continúa)
- O - Fernández (Servicio Plástica) (1983 / 85) (2002- continúa)
- E - Pirovano (1977 / 86)
- E - Durand (1989) (2002 - continúa)
- E - Tornú (1994 - continúa)

**Hospitales Nacionales:**

- I - MxF - Garrahan (1989 / 90) (2002 - continúa)

**Hospitales Provinciales:**

- MxF - Araoz-Alfaro (1977 / 95) (2002 - continúa)
- M - Castex (1977 / 87)

**Hospitales de Colectividades:**

- MxF - Británico (2001 - continúa)
- Q- Alemán (2002 - continúa)

**Hospitales de Fuerzas Armadas:**

- M - Naval (1991 - continúa)

**Entidades Privadas:**

- Q - Fundación del Quemado (1989 / 90) (2002 - continúa)

**Cuadro 6: Docentes de Cátedras**

(por orden alfabético en estos 25 años).

(Q) F. Benaim - E. Bertolotto - V. Bertone - V. Nacif Cabrera - C. Otero - G. Prezzavento - I. Sica.

(M) N. Maquieira - F. Olivero Vila - R. Yohena.

(MxF) J. Belmont - J. Buquet - J. Chavanne - F. Errea - O. Guarino - F. Sturla - O. Ventura - M. Viñal.

(I) R. Aufgang - P. Dogliotti - O. Mallo - S. Ruiz.

(O) E. Gandolfo - H. La Ruffa - R. Losardo - R. Toledo Ríos.

(E) U. de Santis - A. Dimópulos - R. Fernández Humble - E. Gagliardi - H. García Igarza - J. Herrera J. La Torre - J. Patané.

**Cuadro 7: Condiciones de los alumnos  
1977-2002.**

Inscriptos: 152  
Ingresantes: 94  
Egresan: 52  
Cursando: 7

**Cuadro 8: Egresados por nacionalidad.**

Egresados: 52  
Argentinos: 48  
Extranjeros: 4  
(2 Españoles - 1 Ecuatoriano - 1 Panameño)

**Cuadro 9: Egresados por año.**

1981	1	1
1982	2/3	2
1983	4/6	3
1984	7/9	3
1985	10/13	4
1986	14/18	5
1987	19	1
1988	20/21	1
1989	22/23	2
1990	----	
1991	----	
1992	24/27	4
1993	28/30	3
1994	31	1
1995	32/35	4
1996	36/37	2
1997	38/41	4
1998	42/43	2
1999	44/46	3
2000	----	
2001	47/49	3
2002	50/52	3



**Cuadro 10: Promociones de egresados.**

**1980**

Morales, Norberto Rodolfo

**1982**

Moguillansky, Alberto  
Polisky, Juan Gustavo

**1983**

Bigeschi, Alfredo Ricardo  
Plazzotta, Silvano Luis  
Premat, Reinaldo Héctor

**1984**

Rodríguez, Jorge Ignacio  
Soria, José Héctor  
Tagliapietra, Juan Carlos

**1985**

González, René Aramis  
Kasanowicz, Mario Gerardo  
Prodán, Nora  
Werkcaig, Carlos Alberto

**1987**

Lo Tartaro, José

**1988**

Guijarro Arias, Patricio (Ecuador)  
Risuleo, Mónica

**1989**

Moreno, Mirta Susana  
Yamaguchi, Bernardo

**1992**

Garay, Guillermo Eduardo  
La Torre Vizcarra, Justo  
Oddone, Liliana Noemí  
Sokolowicz, Daniel Gerardo

**1993**

Cantalapiedra, Alejandro (España)  
De Luca, Guillermo

**1994**

Peña, Claudia

**1995**

Cesa, Silvia Beatriz  
Davedere, Ana María  
Ornth, Adriana Noemí  
Riolfi, María Luisa

**1996**

Peralta, Braulio Jesús  
Rocchi, Mirta Graciela

**1997**

Bisquert, Edgardo  
David, Francisco José  
Marcos, Fernando Alberto  
Toledo, Gustavo

**1998**

Genoni, Jorge Daniel  
Pérez, Marisa Claudia

**1999**

Safranchik, Mario Gustavo  
Tolaba, Raúl Teodoro  
Wainstein, Bernardo

**2001**

Adad, Horacio  
Borrás, Darío Gustavo  
Stambulsky, Marcelo

**2002**

Bastidas, Mónica Cecilia  
Dorr, Julio César  
Reyes Cortez, Rolando

Aclaración: los datos fueron recogidos de diversas fuentes: libro del Curso, libro de actas y de asambleas de la SACPER e información directa de alumnos y docentes



# Lección de despedida académica\*

Leonardo P. A. Barletta\*\*

\* Despedida Académica del Dr. L.P.A. Barletta, Salón de Actos del Hospital de Niños. "Sor María Ludovica", La Plata, 25 de noviembre de 1999.

\*\* Profesor Titular de la Cátedra Libre de Posgrado de Cirugía Plástica de la Facultad de Ciencias Médicas de la Universidad Nacional de La Plata

Publicado en la revista Quirón Vol. 31 NO 1, marzo de 2000

Agradezco la presencia de todos ustedes, junto con mi esposa Marina, quien fue el aliento y acicate permanentes no sólo en mi quehacer profesional, sino también en toda la vida que compartimos con amor, fe y esperanza. Igualmente, comparten este para mí privilegiado momento mis hijos, nietos, familiares y amigos entrañables.

Mi reconocimiento y paternal afecto al equipo de colaboradores docentes en la Cátedra: doctores Enrique Cavilla, Carlos Perroni, Adriana Rodríguez, Julio Cianflone, Omar Ventura, Luis Barba, Emma Ardenghi (en genética) y a todos los médicos que participaron y participan en los cursos trienales de esta Cátedra de Cirugía Plástica en la que volcamos nuestras inquietudes, prodigándonos en las tareas específicas y cultivando la amistad. Asimismo mi agradecimiento a los colegas que se nuclearon junto a mí en el Servicio de Cirugía del Profesor Federico Christmann.

Hoy, vuestra compañía concitada por entrañables discípulos, seguidores, colaboradores, y más que eso, amigos, a la hora de tomar la decisión de retirarme de la actividad académica, la siento y valoro como un reconocimiento a la labor docente realizada y en estos últimos diez años en el posgrado, que abracé con fervor escolar en nuestra querida Facultad de Ciencias Médicas de la Universidad Nacional de la Plata.

Confieso que no me resulta fácil disertar en este acto, para mí de personal trascendencia pues me impone un serio compromiso con ustedes y conmigo mismo. Porque quien como yo ha profesado en esta Facultad de Medicina, de prestigiosos y célebres maestros con quienes me formé, cumpliendo el rol protagónico de docente, tanto en el pre como en el posgrado, hoy al final de un largo camino debe pasar la antorcha a sus legatarios, los nuevos atletas en esta carrera profesional de cambios vertiginosos, progreso arrollador y sorprendentes conocimientos. Esa antorcha más que un recuerdo es la pasión por la cirugía volcada luego en especial a la Cirugía

Plástica y la docencia universitaria, que transmito por haber seguido paso a paso la paradigmática personalidad del Profesor Federico Christmann, quien rodeado de selectos colaboradores plasmó su escuela de cirugía aún vigente, en la que me formé junto a tantos distinguidos condiscípulos. Formar es la etapa más importante de la educación, y Christmann estaba dotado para ello, brindando su apoyo y estímulo, llegado el momento en que sus discípulos nos íbamos diferenciando según las especialidades quirúrgicas escogidas. Gratamente cumplo con el pacto hipocrático, honrando la memoria del insigne maestro.

Pensé entonces para esta ocasión, dictar mi última lección académica situándonos en el umbral del tercer milenio, conviviendo los últimos momentos del siglo que fenece en la espera del año 2000, buscando en mi mente para esta especial circunstancia un argumento valedero, extraído del haz de recuerdos y vivencias atesorados a lo largo de una vida en este siglo. El saeculum es la medida del tiempo histórico, que como el tiempo vital debe concebirse sin el "arcaísmo" del que habló el filósofo español Julián Marías, vale decir sin la tentación de fijar, hablar del pasado como presente.(1)

Dice un aforismo en la fachada del Archivo Nacional en Washington, "The past is only prologue", "Tan sólo prólogo es el pasado".

Hoy, el presente es este siglo. Siempre me sentí inmerso en los problemas de esta centuria. Lo que se hizo, lo que queda por hacer, conocer y descubrir de la vida. Siglo XX de los dos aspectos, el optimista de las glorias del revolucionario, fabuloso progreso científico-tecnológico, y el pesimista de la violencia, drogas, pobreza y tantos otros males. Tal la metáfora de las dos caras del mitológico Jano que José Alberto Mainetti, nuestro distinguido amigo (médico-filósofo platense) refiere en uno de sus libros.

Siguiendo aquella idea de Julián Marías del arcaísmo y esta otra del Jano bifronte, me propuse entonces ser lo menos "arcaizante" posible y hacer que mi balanza ima-



ginaria se incline por la cara buena y positiva, conservando la esperanza en la Caja de Pandora finisecular y proyectarme al futuro.

Siendo parte típica de la lección de despedida académica la pieza testamentaria que abarca la actividad docente de una larga trayectoria, dedicaré la primera parte de mi exposición a la memoria autobiográfica de la Cirugía Plástica. En tanto yo "filo-filósofo", amigo de los amigos de la sabiduría, como observador reflexivo de mi oficio y la general experiencia de la vida incorporo luego a la memoria académica una conciencia de humanidad, como un mensaje arrojado al mar en la botella que siempre arribará a la playa. "La medicina -la más humana de las ciencias y la más científica de las humanidades-" (E. Pellegrino) tiene para ello un acendrado privilegio en la crisis actual de la civilización, como puente entre el humanismo y la ciencia-tecnología, de lo abstracto y lo concreto, del conocimiento y del bienestar, campo de confluencia entre el estudio científico y el de los valores del hombre, razón de ser que hoy asume la bioética, ética de la vida, en la esperanza finisecular de cara al tercer milenio.

He aquí una breve memoria de mi carrera, mis anhelos y desvelos, que giran en torno a la Cirugía Plástica:

Habiendo cursado una importante etapa de formación pasando por la clínica y cirugía general, tomé la decisión con firmeza y vocación de dedicarme a la Cirugía Plástica, quizá sustentada por mi temprana afición por el arte y en especial las artes plásticas, y de la música como dilectante activo en la adolescencia, como nos sucede a tantos de nosotros. De tal manera llegué a organizar en el Servicio y Cátedra del Profesor Christmann, con su beneplácito y apoyo, la actividad propia de la especialidad, que yo ya estudiaba y aprendía con el Dr. Héctor Marino de la escuela de los hermanos Finochietto. Marino fue una figura de prestigio internacional y con él nos formamos muchos médicos argentinos (Jorge Nicklison, José Viñas, Marcelo O'Connor, Eduardo Zancoli, Jaime Fairman, Fortunato Benaim, Erdulfo Appiani y otros) y extranjeros. Marino poseía una rica cultura general, fue el primer cirujano plástico Miembro de la Academia Argentina de Cirugía y ocupó la presidencia de la misma, siendo también el primero en representar la especialidad al ser designado Miembro Titular de la Academia Nacional de Medicina de Buenos Aires. Tuve el honor, como discípulo, de ser invitado por él a trabajar en la Fundación Williams junto con Fortunato Benaim para investigar experimentalmente trasplantes de piel, pero luego de aceptar tuve que desistir por obligaciones contraídas aquí en La Plata.

Así nace la Cirugía Plástica en nuestra ciudad en el Pa-

bellón de Cirugía y Clínica Médica del ex Policlínico, hoy Hospital Interzonal General de Agudos "General San Martín". Ocupé el cargo de primer cirujano plástico en esta ciudad capital. Desde entonces la especialidad va creciendo y adquiriendo prestigio, colaborando en Servicios de Cirugía, Ortopedia, Odontología, Dermatología y Maternidad. De este modo me desempeñé como el primer cirujano plástico en los hospitales Italiano, Español, Ricardo Gutiérrez, de Niños Sor María Ludovica, actuando como consultor del Hospital Noel Sbarra, del Servicio de Neurocirugía del Profesor Julio Lyonnet en el Hospital Melchor Romero, y del Hospital Naval. Trabajé abarcando la amplia gama de la reparación, reconstrucción y estética de múltiple y diversa casuística.

Voy a referirles ahora dos episodios que fueron anhelos, sueños realizados, pues recordarlos me trae la satisfacción de las vivencias actuales. Eran entonces momentos en los que se necesitaba apoyo, con deseos de hacer mejor las cosas. El tratamiento de pacientes quemados era una lucha encarnizada contra los molinos de viento, una verdadera "quijotada". Nos urgía contar con los recursos y modernas dependencias adecuadas para la asistencia inter y multidisciplinaria de alta complejidad para la "enfermedad quemadura". Fui el primero en bregar por un lugar donde instalar la unidad, pero vivíamos tiempos de dificultades políticas. El sitio pensado era el que ocupaba la obsoleto, arrumbada y en desuso cocina del Hospital San Martín. Pasó el tiempo y se concretó la idea, instalándose en ese lugar el bien equipado actual Pabellón de Cirugía Plástica y Quemados, que fue inaugurado por el distinguido amigo Mauro Daroda. Ese día, emocionado y en silencio, sin arrogarme merecimiento alguno, tuve la sensación de un anhelo cumplido. Re-cordé por un instante "El poder de la plegaria", de Alexis Carrel, y formulé entonces mis mejores votos.

De la misma manera, otro anhelo y sueño hecho realidad fue la aspiración de que se contara con un servicio de Cirugía Plástica en el Hospital de Niños Sor María Ludovica. Cuando se concreta, asume el Dr. Enrique Cavilla y hoy a cargo del Dr. Carlos Perroni. Desde tiempos del Profesor Santiago Gorostiague, jefe de cirugía infantil, y también de los sucesores, fui el primer cirujano plástico y consultor, e introduje nuevas técnicas y estrategias quirúrgicas en la especialidad. En esa época ya bregaba por la creación de un centro referencial multi-disciplinario para el tratamiento del fisurado labio-naso-palatino. Con el tiempo llega a estructurarlo y dirigirlo el Dr. Rodolfo Rojas como primer presidente.

Aquellos eran para mí momentos de esperanza y proyectos para modernizar y actualizar, aprovechando lo aprendido aquí, en viajes de estudios y visitas a hospitales en el extranjero, con ganas de palpar el progreso y leer en el gran libro del mundo.



Ingresé a la Academia Argentina de Cirugía -de la que soy Miembro Emérito, como así también Emérito de la Asociación Argentina de Cirugía. Fui promotor, fundador y primer presidente de un período de la Sociedad de Cirugía Plástica de La Plata, presidente por un período y Miembro Honorario de la Sociedad Argentina de Cirugía Plástica, Miembro Honorario de la Sociedad de Cirugía Plástica del Uruguay y de la Federación Iberoamericana, presidente de la Sociedad de Cirugía (C. General) de La Plata, integrante del Tribunal de Honor de la Sociedad Médica de La Plata; cumplí la carrera docente en nuestra Facultad, fui profesor Adjunto por concurso de la Cátedra de Cirugía del profesor Dr. Arturo Wilks (a quien reemplacé por licencia), cirujano maestro de la Sociedad de Cirugía Plástica de La Plata, y en igual jerarquía de la Sociedad Argentina de Cirugía Plástica. De muchos otros aspectos da cuenta mi currículum vitae.

Hasta aquí brevemente mi memoria profesional y académica. Pero a ésta quiero acompañar la visión humana de la Cirugía Plástica, articulando su pasado, presente y futuro, y describiendo la tradición, el cambio y el desafío para la especialidad del futuro. Épocas remotas de la antigüedad dan testimonio de las raíces empíricas de la evolucionada especialidad actual. Documentos como el papiro de EBERS en Egipto, 2000 años a. C., lo registrado de Celsus, el libro de Suhruta titulado "Ayurveda" de los archivos sagrados hindúes, el libro de Branca (renacentista italiano, 1442), son éstas algunas de las pruebas fehacientes de descripciones y prácticas de métodos quirúrgicos correctivos y hasta intentos de injertos de tejidos vivos. Sería aquí imposible una síntesis del curso histórico, pero sí debemos destacar que Gasparo Tagliacozzi (de Boloña, 1545-1599) fue el primero que profesa como verdadero precursor de la Cirugía Plástica, Época considerada de la diferenciación de la especialidad.

Luego de un largo período que atestiguan las prácticas quirúrgicas básicas de la especialidad, el primer impulso como jalón importante, es la modernización que sobreviene con la revolución industrial en Inglaterra (siglos XVIII y especialmente en el siglo XIX), la cual inicia el desarrollo tecnológico, la gran producción y consumo, acontecimiento muy significativo del progreso social de la civilización y cambio del modo de vida; época victoriana de la Cirugía Plástica, según la vehemente feminista Naomi Wolf, de la mujer sometida al mito de la belleza, y a la domesticidad hogareña, unas de las cosas que ella combatía.

***"La estética es la ciencia de lo bello o filosofía del arte"***

**Baumgarten**

***"La excelsa misión del cirujano plástico es encontrar el orden en el desorden, la proporción y la armonía"***

Otros impulsos importantes se suceden posteriormente a raíz de las dos guerras mundiales, principalmente de la segunda, por la gran demanda de trabajo quirúrgico consecuencia del uso de armas de mayor energía cinética. Se producen evidentes avances y surgen destacados especialistas. Algunas de las figuras máximas fueron Sir Harold Gillies (se lo llamó el "rey" de la cirugía reconstructiva) y Archivald McIndoe, ambos de Inglaterra; Arthur Barsky en reconstrucción y Sterling Bunnell en cirugía de la mano de los EE.UU., Marc Iselin en Francia; Frantisek Burian en Checoslovaquia; Héctor Marino y Lelio Zeno en la Argentina, por nombrar unos pocos.

En los últimos cuarenta años, con los sucesivos aportes de las ciencias y tecnologías, el avance es enorme y en esta última década, asombroso.

Otros factores socioculturales entran a jugar en el incremento y evolución de la Cirugía Plástica, como la economía, la bioingeniería, el complejo industrial, los medios de comunicación, el auge y privilegio de la imagen.(2) Históricamente, la Cirugía Plástica se ocupa de la corrección quirúrgica de los defectos físicos, y en condiciones similares de la estética, cuyo fundamento es crear belleza.(3) En cuanto a este aspecto cabe hacer una diferencia con sentido crítico, entre las denominaciones cirugía plástica estética y cirugía cosmética.

La cosmética apunta a la belleza, también desde la antigüedad, con la diferencia -a nuestro juicio, y de otros- en el sentido de realzar la apariencia física. Es decir, por un lado la Cirugía Plástica que involucra la estética, y por otro la cosmética, disciplina ésta que maneja métodos menos cruentos y no invasivos. Somos conscientes de que en medicina es discutible establecer a veces límites tajantes en el carácter de las prácticas y su denominación, polisemántica con frecuencia esta última. Por ejemplo, "cosmética" es sabido proviene de kósmos (mundo), en el sentido de un todo ordenado y bello, según los griegos.

Nuestro criterio de marcar la diferencia se basa en la lógica, la evidencia médica y científica, y en el manejo téc-

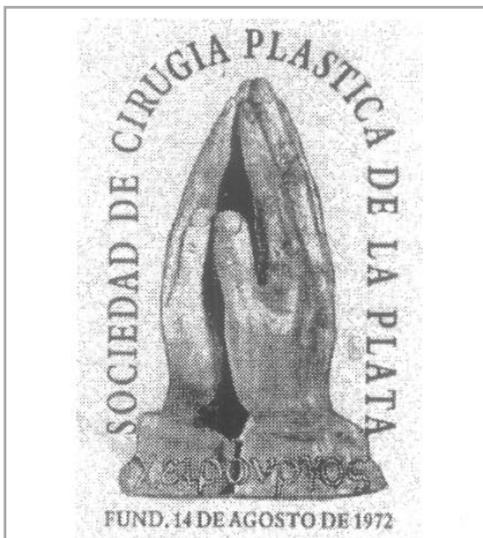


nico-quirúrgico propio del cirujano plástico. Personalmente con muchos otros, no compartimos la expresión cosmetic surgery adoptada especialmente en los EE.UU., porque alienta posibles abusos de la especialidad. Quizá la introducción de tratamientos de renovada tecnología en el preoperatorio y posoperatorio complementarios, puedan confundir los términos.

Mario González Ulloa fue un famoso cirujano plástico mejicano, que da a conocer en 1966 un enérgico manifiesto con la primera protesta contra la denominación cosmetic surgery, afirmando que la cosmética no connota el nivel técnico-quirúrgico, artístico y principios filosóficos de nuestra profesión. Señalar esta diferencia no es menospreciarla. Datos históricos confirman que el propio genial Galeno (130-200 d.C.) no la desdenaba en la prescripción de su medicina, al igual que otros clásicos. La Cirugía Plástica es la especialidad de más acelerado y prodigioso crecimiento en el mundo occidental durante las últimas décadas, y entre nosotros, como fuera siempre mi anhelo, está hoy justamente representada dentro de las actividades curriculares y programáticas académicas en nuestra Facultad, jerarquizada en todos los aspectos y atributos, por su carácter antropoplástico, definición, filosofía y campo de acción; y al igual que a las demás especialidades le incumbe velar por la salud física, espiritual y calidad de vida del ser humano.

***Sólo existe un templo en el mundo  
y es el cuerpo humano.  
Nada más sagrado que esta elevada forma.***

***Novalis, Friedrich von Hardenberg  
(1772-1801).***



Esta sentencia, que nos enseñó José Alberto Mainetti en unas memorables jornadas de la especialidad en La Plata, bajo mi presidencia, me sugiere un profundo respeto por la noble materia de nuestro arte, la sacralidad del cuerpo. La repito siempre junto al concepto de "antropoplástica" con el que Mainetti caracterizó a la especialidad, una "cirugía de la persona, de honda trascendencia psicosocial".

Esta imagen de las manos de Durero tiene tres motivos. Uno es la creación, durante mi presidencia de la Sociedad Argentina de Cirugía Plástica, del capítulo de Cirugía de la Mano. Otro es la iniciación junto con el Dr. Julio Lyonnet, en La Plata, de la cirugía de la mano en el Servicio de Christmann. Y, además, porque encontré en esta reproducción de las manos de Durero (genial artista plástico alemán del siglo XVI) talladas en madera de olivo, el símbolo de nuestro quehacer, razón por la cual la elegí como emblema cuando fui presidente de la Sociedad de Cirugía Plástica de La Plata. En la base dice en griego "cirujanos", que significa "quienes obran con las manos".

Para dar cuenta de su auténtico sentido arriesgué esta interpretación: la mano, instrumento consumado, preciado de la creación (instrumento de los instrumentos, la llamó Aristóteles), vincula el intelecto y el pensamiento con el medio y la acción. Es intérprete entre el mundo de las ideas y el de las formas. Representa la exteriorización activa del espíritu, la inteligencia visible según los clásicos. Miguel Ángel pinta, en el techo de la Capilla Sixtina, al Creador dando a Adán la vida, vida que transmite en el gesto informador (que da forma) de su dedo índice. En nuestro caso la actitud de plegaria de las manos de Durero simboliza el gesto ritual del cirujano aguardando iniciar el acto quirúrgico y su liturgia del cuerpo.

***Cirugía Plástica significa  
aptitud creativa,  
imaginación, inventiva,  
ejercitación permanente  
cimentada sobre conocimientos  
médicos fundamentales,  
enriquecidos en la continua  
búsqueda informativa,  
con la mente abierta a lo nuevo  
y a la investigación,  
dentro de un marco moral y bioético.***

***Leonardo P. A. Barletta***



Este pensamiento tiene incentivo en lo científico, profesional y moral.

Vale aquí reconocer el lugar de la bioética, una nueva filosofía que se inscribe en los derechos humanos y la reivindicación de los derechos del paciente, la libertad, la autonomía y la individualidad. La bioética es consecuencia de las tres transformaciones de toda la medicina actual (4): 1) la científico-tecnológica del diagnóstico y de la terapéutica, con su sesgo somatoplástico o antropoplástico, actitud transformadora del hombre; 2) la social de la relación médico-paciente, con el ocaso del paternalismo médico, el deber de considerar los intereses del otro, el auge de la autonomía, la autodeterminación del paciente, vale decir que el paciente es dueño de su cuerpo, y busca la legitimidad personal; y 3) la política de la salud, con la conversión de ésta en un bien social primario de economía expansiva en el mundo actual, la salud como bien de consumo.(5)

Estas transformaciones representan un nuevo estatuto médico-antropológico, una nueva racionalidad normativa de sentido crítico y de principios éticos. Tienen que ver con (a) la enfermedad y la no-enfermedad, (b) con el protagonismo del paciente, los deseos del mismo - "medicina del deseo" - y (c) la justicia sanitaria. Para interpretar estos principios éticos, Mainetti acude a tres narrativas representadas paradigmáticamente por tres figuras protagónicas, dos mitológicas y una literaria: a) Pígalión, el escultor chipriota que esculpe la estatua de la mujer de sus deseos, de la que se enamora y da vida, representando el sentido antropoplástico de la Cirugía Plástica, donde el médico es el Pígalión transformador de la naturaleza y de su propio cuerpo. b) Narciso, el hermoso adolescente, enamorado de su propia imagen reflejada en el agua, manifiesta la autodeterminación del paciente dueño de su cuerpo. y c) Knock o el triunfo de la medicina, comedia de Jules Romains (1920), cuyo personaje central, el Dr. Knock, sostiene que toda la existencia dependiendo de la medicina, representa la medicalización de la vida y del lenguaje (para la sociedad un individuo sano es un alguien insuficientemente explorado).(6, 7)

La bioética es la disciplina normativa de las transformaciones, tan sensibles cuando pasamos a la dimensión estética de la Cirugía Plástica. "La cirugía estética -dice Florence Vinit- nos parece estar en la encrucijada del culto social de un cuerpo-emblema de sí mismo, y de las avanzadas técnicas de modificación empleadas por la medicina actual, medios a los cuales el cuerpo no ofrece casi resistencias. Vuelto sede del progreso biotecnológico siempre en avance y de los imperiosos deseos individuales, el cuerpo tiene necesidad de un centinela. La

reflexión bioética ha nacido de esta preocupación por preservar el cuerpo de las tentaciones sociales y científicas ante las cuales aquél aparecía desprovisto" (8).

De ambas reflexiones se puede inferir el dilema que se le plantea al cirujano para abordar el deseo o sufrimiento de un problema plástico-estético, o el rechazo a nivel quirúrgico de un paciente insatisfecho incansable de someterse al bisturí, o al que necesita otro tipo de atención, que debemos comprender y orientar. Estos razonamientos de Pío XII y de Correa Iturraspe nos llevan a la valoración de igualdad médica de las dos facetas de la Cirugía Plástica, la reparación o reconstrucción, y la estética que connota el deseo de ocuparse de uno mismo, de disponer de su cuerpo, de buscar alivio a un deseo, a un sufrimiento cuya naturaleza y carácter no responde a causa orgánica.

***Como un bien de Dios la belleza física debe ser apreciada y cuidada, sin que ello signifique que la Cirugía Plástica pueda ser exigida y practicada indiscriminadamente.***

***Papa Pío XII  
(en diálogo con cirujanos plásticos)***

***La fealdad cuando preocupa, tiene, como el dolor y la enfermedad, el mismo derecho al tratamiento.***

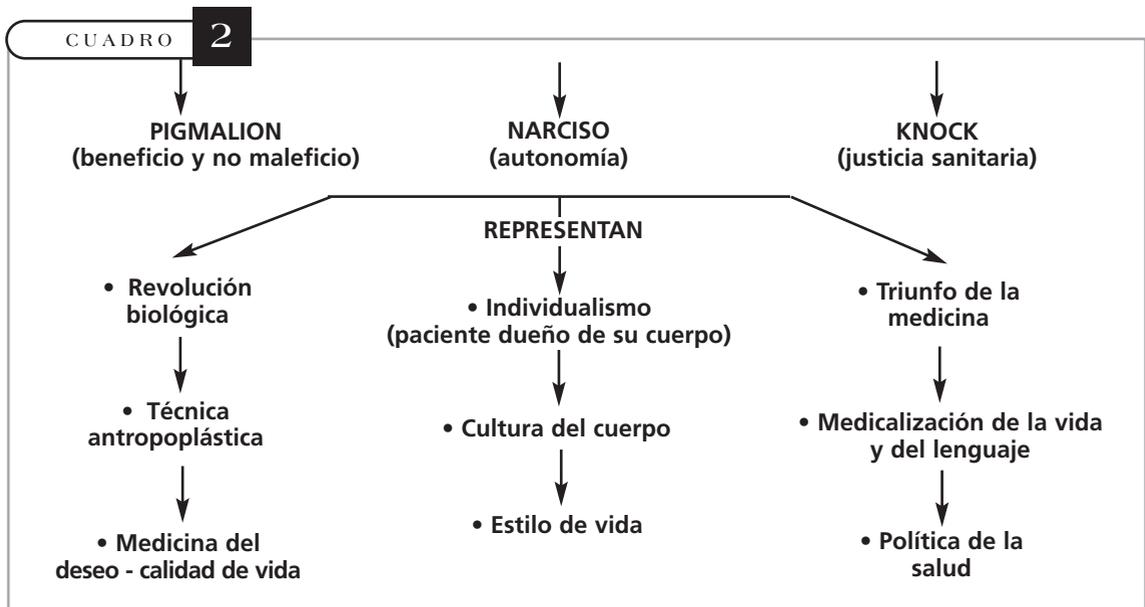
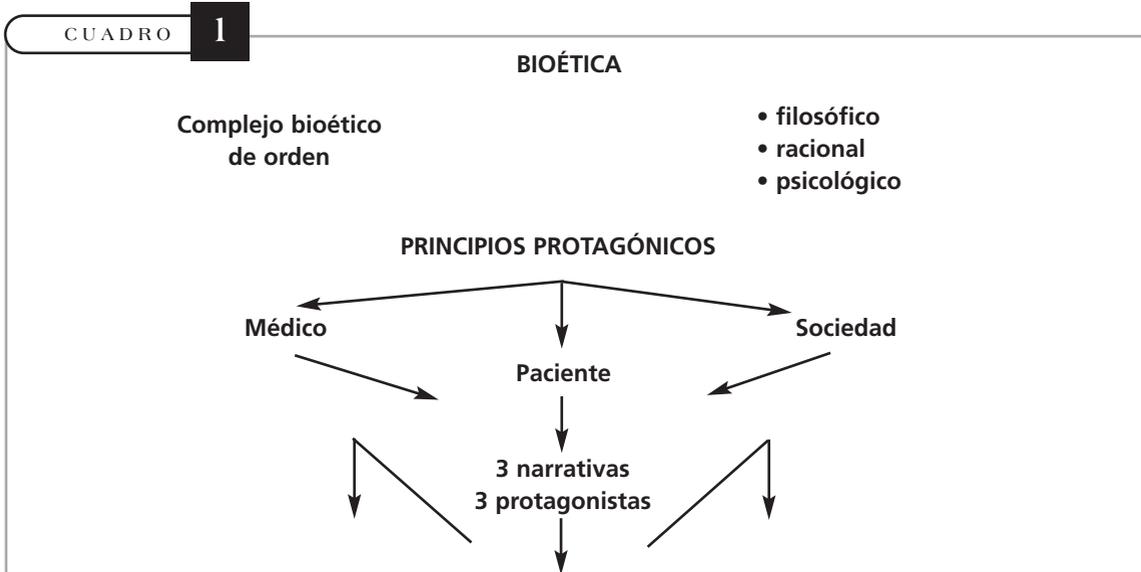
***Miguel Correa Iturraspe;  
Cirujano plástico, Académico***

La medicina de hoy se va alejando de lo estrictamente terapéutico, ya no es solamente el terreno de la enfermedad donde se centraliza la acción médica, ya no se trata sólo de recuperar la salud, sino de preservarla, favorecerla o realizarla.

La Cirugía Plástica manifiesta así también el papel social de la medicina. En esta era de notables avances científicos-tecnológicos, rigurosa formación médica especializada y tecnicismo avanzado, la bioética representa el habeas corpus basado en los principios ya señalados.

***Los mejores médicos seguirán siendo, como siempre, aquellos que mayores esfuerzos hicieron para aprender.***

***Federico Christmann***



En cuanto al futuro de la especialidad, encontrará las puertas abiertas del abarcativo espectro en su esencia reparadora, reconstructiva y estética, atributos fundamentales básicos, que sin tabicamientos se irán incorporando nuevos capítulos, subespecialidades o superespecialidades. Esto significará mayores exigencias, profundización del saber, nuevas habilidades y destrezas en la práctica, responsabilidad en las acciones, y virtuosismo del carácter.

### Mi mensaje

Discurrir sobre la Cirugía Plástica es en cierto modo salirse de ella, para contemplar y comprometerse con la cultura de la que forma parte.

La Cirugía Plástica es expresión paradigmática de la evolución de la medicina como un devenir cada vez más plástico del cuerpo humano, con su función humanizadora antropoplástica y los dilemas morales planteados por las nuevas posibilidades terapéuticas que dan mo-



tivo al deseo. Y ante la omnipotencia de este deseo no soslayar la interrogación ética en nombre de la autonomía individual. Particularmente la Cirugía Plástica estética se inserta en el movimiento más global de apropiación del cuerpo por la medicina, viniendo a abrir posibilidades de acción del individuo sobre sí mismo como jamás en la historia. Es preciso, entonces, tomar conciencia de cómo la medicina del deseo responde a la situación espiritual de la sociedad posmoderna, en la que el cuerpo se torna de una plasticidad casi ilimitada, ofrecida al mejoramiento, penetrando hasta en sus abismos genéticos (la "antropotecnia") o en su aspecto exterior.

A medida que aumenta la esperanza de vida, tanto más la vida se vuelve valiosa, la vejez rechazada y la muerte ocultada. La demanda de salud constituye una reivindicación del bienestar, de la felicidad; el cuerpo es a la vez un bien de prestigio y objeto de consumo con valor ilimitado, generador de libertades y nuevos derechos, exigiendo diferentes responsabilidades. Esta actitud de valoración del cuerpo está ligada a su vez a los inmensos progresos de la medicina contra la enfermedad, la malformación, la discapacidad congénita y adquirida, el envejecimiento, el dolor, al rechazo del racionalismo -que había terminado por hacer del cuerpo un objeto supernumerario del alma- y a la retaguardia de la religiosidad.

Estamos en la era del cuerpo "liberado" que exige al médico nuevas demandas (Cirugía Plástica y Estética, "derecho al hijo", medicina del deporte, medicina del confort... y mucho más). La Cirugía Plástica estética tiene que ver con el sistema de la belleza y sus mitos sociales, pero también con la manera con que algunos hombres y mujeres lo manipulan, y de ofertas que se hacen en diferentes medios de difusión pública que afectan la profesión y la ética.

Un problema bioético particularmente presente en la Cirugía Plástica Estética, es la licitud moral de las tecnologías de crear belleza -hoy reconocida-, que a diferencia de las terapéuticas de salud tradicionales, apunta a la persona saludable o sin patología que pueda interferirla.

El reto es aprender simultáneamente a atender el sufrimiento de los individuos, saber cuándo no actuar, y criticar y resistir a los sistemas que manipulan ese sufrimiento

o deseo, como asimismo a la intrusión de otras actividades, que sólo podrán controlar organismos de promoción de la salud, pues escapan al control de la deontología profesional.

Nosotros sólo podemos reclamar, proponer y enseñar. Por otro lado, nuestra profesión y nuestra especialidad son parte de la responsabilidad de todos ante un gran desafío educacional y cultural a las puertas del nuevo milenio. Hoy, la educación, además, ejercida para todos y por todos no es una utopía, es la gran protagonista del cambio, pues ella constituye la vida de la cultura como continuidad de la experiencia humana, que recibimos de nuestros antepasados, perfeccionamos los contemporáneos y transmitimos a las generaciones futuras, con la esperanza de que sea inscripta en las precoces páginas en blanco de sus vidas.

La despedida de la docencia oficial implica una convocatoria a la escuela del pasado, del presente y del futuro. No sólo el nostálgico "Decíamos ayer" de Fray Luis de León, sino también el comprometido "Decimos hoy" de los presentes y el esperanzado "Dirán mañana" de nuestros sucesores, gracias a los cuales, seguiré estando.

Estoy en una edad en la que uno inexorablemente tiene que preguntarse por el para qué de su existencia; el para qué he existido, es el interrogante central del insomnio del hombre. Y ustedes con su presencia, con sus personas me han dado una razón para responder a ese para qué: aprender de quienes enseñé, ser cuidado por quienes cuidé es la mayor recompensa.

A mis padres y a mis maestros, a mi esposa y a mis pares, a mis hijos y nietos, y a mis discípulos y seguidores, dedico este testimonio personal de mi vida que es la última lección académica.

***Cultura es todo aquello que el ser humano crea,  
hace y expresa con un fin material o espiritual  
dándole a ello  
la calidad de rendimiento supremo  
del intelecto y del espíritu***

***Leonardo P. A. Barletta***



## Bibliografía

1. Marías, J "La figura del mundo entre dos milenios", La Nación, 26 de setiembre de 1995.
2. Wolf, N. El mito de la belleza (trad. Lucrecia Moreno). Barcelona EMECE Editores, 1991.
3. Châtelet, N. Trompe l'oeil. Voyage au pays de la chirurgie esthétique. Paris, Belfond, 1993.
4. Mainetti, JA. La transformación de la medicina, La Plata, Quirón Editora, 1992
5. Mainetti, JA. Estudios bioéticos, La Plata, Quirón Editora, 1993.
6. Mainetti, JA. Bioética Fundamental. La crisis bio-ética. La Plata, Quirón Editora, 1990.
7. Mainetti, JA. "La medicalización de la vida y del lenguaje". Quirón, 1999, 30/3: 8-14.
8. Vinit, F. "La cirugía estética entre "cuatro causas": promenade éthique autour du lif-ting", en Journal International de Bioéthique, 1998, vol. 9, N04, p. 159-169.



TRAS. JORNADAS  
INTERDISCIPLINARIAS DE  
FISURAS LABIO ALVÉOLO PALATINAS

11 y 12 de Marzo, 2005

Buenos Aires, ARGENTINA

convocan



SACPER  
Sociedad Argentina de Cirugía Plástica  
Estética y Reparadora

FACAF  
Federación Argentina  
de Colegios y Asociaciones  
de Fonoaudiólogos

Sede: UCA, Puerto Madero

Tras Jornadas Nacionales Interdisciplinarias de  
**Fisuras Labio Alveolo Palatinas**

Ofic. de Representación Brasil: TOUR SERVICE  
Rua Visconde de Pirajá 318 / 207 Ipanema - Rio de Janeiro  
tel / fax 21 25230541 - tourservice@toursservice.com.br

OPERADOR COMERCIAL Y TURÍSTICO  
San Martín 793, 12 C. (1004) Buenos Aires - tel (54 11) 4315 2087 - ventas@eventos-corp.com  
www.eventos-corp.com

Eventos Corporativos  **E**





## Para entretenerse y pensar...

Haga coincidir con flechas los nombres de los autores con sus frases respectivas

a) Montesquieu

b) Plutarco

c) J. Swift

d) Anónimo

e) W. Churchill

1) Existen tres tipos de personas, aquellas que se preocupan hasta la muerte, los que trabajan hasta morir y las que se aburren hasta la muerte.

2) La prosperidad hace amistades, y la adversidad las prueba.

3) Feliz el pueblo cuya historia se lee con aburrimiento.

4) Los cazadores atrapan las liebres con los perros, muchos hombres atrapan a los ignorantes con la adulación.

5) La ambición suele llevar a los hombres a ejecutar los menesteres más viles, por eso para trepar, se adopta la misma postura que para arrastrarse.

(1 - e)  
(2 - d)  
(3 - c)  
(4 - b)  
(5 - a)

**Respuestas correctas:**



## Revista Argentina de Cirugía Plástica, Estética y reparadora

La Revista Argentina de Cirugía Plástica es el órgano oficial de la Sociedad Argentina de Cirugía Plástica. Estética y Reparadora, Asociación Civil. La solicitud de publicación de trabajos deberá dirigirse a Revista Argentina de Cirugía Plástica - Comité Editorial, Dra. Martha O. Mogliani; Av. Santa Fe 3401- 17° C (1425) Buenos Aires. Tel: 4823-6139.  
E-mail: mmogliani@intramed.net.ar.

### Consideraciones generales

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

### 1. Preparación de manuscritos

Los trabajos se presentarán tipeados a doble espacio, incluyendo leyendas de figuras, bibliografía y tablas, en papel DIN A4, en una sola cara. Se dejará un margen superior, inferior, derecho e izquierdo de 3 cm. Todos los trabajos se enviarán en español, con resumen en español e inglés, con dos copias. Se acompañará un disco magnético de 3,5 HD, con el texto procesado en Microsoft Word etiquetado con el título del artículo y los nombres de los autores. Las ilustraciones no se incluirán en el disco. Se incluirá foto reciente en color del primer autor (opcional).

### 2. Página inicial

- Título completo del trabajo.
- Lista de los autores, incluyendo nombre, apellidos y grado académico.
- Procedencia/ centro de trabajo de los autores.
- Nombre y dirección del autor con el que se estable-

cerá la correspondencia.

-Pie de página indicando posibles subvenciones o ayudas recibidas para la realización del trabajo

### 3. Resumen del trabajo

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

### 4. Cuerpo del trabajo

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

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

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

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

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

E. Conclusión. Debe ser concisa.

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

## 5. Bibliografía

Las referencias bibliográficas irán numeradas siguiendo el orden de aparición en el texto y serán exclusivas del tema central de la publicación. El estilo de las referencias será el siguiente:

- Artículos de revistas: Letterman GL, Schurter H: Corrección quirúrgica de la ginecomastia. Am. J. Surg. 35: 322, 1969.
- Libros: Bostwick III. "Plastic and reconstructive breast surgery. Vol 1". St. Louis: Quality Medical Publishing, Inc., 1990. Pp. 215-227.
- Capítulos de libros: Dellon AL. "Radical sensory nerve entrapment". En: Operative nerve repair and reconstruction. Vol. II. Editor: Richard H. Gelberman. Ed. JB Lippincott Company, Philadelphia, 1991. Pp 1039-1051.

## 6. Ilustraciones

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

En página aparte, detrás de la bibliografía se listarán las numeraciones y leyendas de las ilustraciones.

## 7. Tablas y gráficos

Se incluirán en hojas separadas, una por página.

A. Tablas: se presentarán sin sombrear y sin líneas interiores verticales ni horizontales. A su pie se explicarán las abreviaturas empleadas. A continuación se dispondrán el número (Tabla 1) y su título. Si se conside-

ra necesario se puede añadir un comentario a la tabla tras el título.

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

Lista de comprobación para los autores

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

## Fotos para publicar en revista

Requisitos que deben reunir las fotos

Deben reunir las siguientes características:

- **Cámara Digital:** Si están tomadas con una cámara digital, la resolución de 72 dpi es suficiente. Deben guardarse en formato Tiff, Eps o JPG (preferentemente de Photoshop), en el modo CMYK.
- **Escaneadas:** Si están escaneadas, deben tener una resolución de 300 dpi en formato Tiff, Eps o JPG (preferentemente de Photoshop), en el modo CMYK.
- **Blanco y negro:** En el caso que las fotos sean en blanco y negro, deben tener también una resolución de 300 dpi, en formato Tiff, Eps o JPG (preferentemente de Photoshop), en el modo Grayscale.