

REVISTA ARGENTINA DE CITUSÍA PLÁSTICA Publicación de la Sociedad Argentina de Cirugía Plástica, Estética y Reparadora







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

Comité de Redacción

Director: Dr. Antonio Aldo Mottura

Editora: Dra. Martha Mogliani

Secretarios de Redacción:

Dr. Héctor Marino (h)

Dr. Oscar Daniel Adamo Nicolini

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 Inchaurraga (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

69	Editorial
71	Herida grave de mano
77	El colgajo temporal. Su disección en la parálisis facial
81	Cultivo de piel, queratinocitos: resultado estéti- co comparado con piel expandida en un caso de fasceitis necrotizante
84	Enfoque reconstructivo en las ablaciones mediofaciales
88	Responsabilidad del anestesista
93	Noticias Sacper
96	Actividades Filiales
100	Para pensar
101	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. 2005-2006

Comisión Directiva

Presidente

Dr. Antonio Aldo Mottura

Vice-Presidente

Dr. Guillermo Flahertv

Secretario General

Dr. Héctor Salvador Marino (h)

Pro-Secretario

Dr. Guillermo Daniel Vázquez

Dr. Francisco Jorge Famá

Pro-Tesorero Dr. Carlos Emilio Sereday

Secretario de Actas Dr. Jorge José Díaz García

Director de Publicaciones

Dr. Oscar Daniel Adamo Nicolini

Sub-Director de Publicaciones

Dr. Juan Carlos Rodríguez

Vocales Titulares

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

Dr. Jorge Rubén Ferreyra

Vocales Suplentes Dr. Pedro Horacio Bistoletti

Dr. Sergio Mario Korzin

Dr. Ernesto Adrián Moretti

Dr. Jorge Walter Canestri

Presidente Anterior

Dr. Jorge Alberto Buquet

Comisiones y Comités año 2005

Comisión de Docencia e Investigación

Coord.: Dr. Oscar Zimman Dr. Omar Ventura

Dr. Héctor Lanza

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

Comisión Educación Médica Continua

Coord.: Dr. Raúl Fernández

Humble

Dr. Enrique Gagliardi

Dr. Ricardo Losardo

Dr. Manuel Viñal

Video

Dr. Justo La Torre Vizcarra

Estudio de Examen Unico a M.T.

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

Comisión Informática

Dr. Marcos Salazar

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

Relación con Filiales

Dr. Víctor Oscar Vassaro

Historia de la SACPER

Coord.: Dr. Fortunato Benaím 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:

Dra. Angélica Nagahama

Secretaria:

Dra. M. Pilar Sánchez

Tesorero:

Dr. Francisco Famá

Secretaria de Relaciones Públicas: Dra. Paulina Iwanyk

Representantes Regionales:

Buenos Aires: Dr. Rubén Aufgang La Plata: Dr. Carlos Perroni Mar del Plata: Dr. Mario Magrini Noreste: Dr. Dante Masedo Tucumán: Dr. Miguel Corbella Rosario: Dr. Carlos Boggione

Mendoza: a resolver a la brevedad

Capítulos año 2005 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



ARGENTINA

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- 3º (1060) Capital Federal Tei: 4816-3757/ 0346- Fax: 4816-0342 Presidente: Dra. Martha O. Mogliani Vicepresidente: Dr. Luis Ginesin Secretario General: Dr. Héctor T. Leoni

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 Gutiérrrez 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 Fel/Fax: (0341) 421-0120 Presidente: Dr. Guillermo Siemienczuk Vice-presidente: Dr. Ernesto Moretti Scretario appenda Dr. Carlos Zaulla 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 Diaz García Secretario: Dra. Iris Hebe Blanco

Sociedad de Cirugía Plástica de Mar del Plata Güemes 2968 P.A. (7600) – Mar del Plata - Argentina TE: (0223) 486-2068 Fax: (0223) 486-2068 E-mail: sacpermardelplata@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

Fama-Éxito-Prestigio

Qué lleva a nuestros colegas a transgredir la ética y la moral?

Voy a exponer lo que pienso y siento, tal vez no sea la verdad o puede resultar "tradicional" o "antiguo" lo que aquí digo, pero cuando he tratado de conocer el pensamiento y el sentir de la actitud de los transgresores, sólo recibí como respuestas, vaguedades sin sentido, mentiras, justificaciones adolescentes de rebeldía, notando en todos ellos "algo" en común que los iguala, la ambición por conseguir o mantener sólo cosas materiales. Esto no es malo, si no fuera porque lo quieren en corto tiempo y sin reparar en nada, un gran egocentrismo (yo soy, yo hago, a mí no me importa), "el otro" en nuestro caso, el paciente, es un medio para conseguir lo que quieren.

No están integrados, no sienten pertenencia, aunque sean miembros de sociedades científicas. Estas les exigirían revalidar sus "conocimientos" con pares o iguales, porque sólo pueden mostrar su "saber" con personas que no conocen e ignoran las eventuales, complicaciones y los resultados de lo que realizan.

Sólo les interesa la **fama**, diríamos "que la fama de los más famosos, se adscribe siempre algo de la miopía e ignorancia de sus admiradores". En realidad qué es la fama? Sino un juicio ajeno a nosotros y que es parte de la visión que tienen los otros de lo que somos.

Mi visión es que muchos colegas "famosos" pasan por la vida buscando "salvarse" a cualquier costo y caiga quien caiga, devotos del ascenso social y económico, que hacen un verdadero culto del trepar, siempre tratando de igualar hacia abajo, haciendo comentarios despreciativos, desmereciendo y subestimando a los que se resisten a la trasgresión por principios éticos .

Pensemos cuántas veces la fama es la suma de malentendidos que se juntan alrededor de un hombre, porque sólo los mediocres sienten la necesidad de ser famosos, observados y admirados constantemente Estuve buscando una definición de la palabra **éxito** y encontré sólo esto:

Resultado feliz de un negocio, actuación, etc. Cosa muy conseguida y apreciada-Resultado. Yo agregaría que el éxito es fácil de conseguir, lo difícil es merecerlo.

Analicemos la primera parte de la definición: **"resultado feliz de un negocio, actuación, etc."** En el tema que estamos tratando, que es el de los colegas que trasgreden las normas del comportamiento ético, ¡Vaya que es una buena definición!, porque ellos sólo buscan a través de la imagen gráfica o televisiva una respuesta instantánea, más emotiva que racional del lector o del televidente, que impide a los mismos la reflexión sobre lo que se está ofreciendo.

El desprevenido futuro paciente ve con gran asombro que hasta los problemas más graves son resueltos en el espacio de un corto tiempo televisivo, donde todo transcurre con felicidad, exitosamente, sin dolor ni complicaciones, gracias a la "genialidad" de los actores que probablemente no podrían demostrar toda esta "sapiencia" en los lugares académicos, que es allí donde se debe de mostrar, pero éstos no son negocio, ni dan "lustre" masivo. La imagen televisiva es todo lo contrario, por medio de ella se puede obtener éxito en el negocio que es lo único que les interesa, sometiendo a los pacientes a la degradación, haciendo públicas sus falencias y deformidades, violentando su intimidad, con una falta total de respeto y ética, con la idea de que el fin justifica los medios, e intentan falazmente hacernos creer que se pueden obtener buenos fines valiéndose de malos medios. Podríamos decir que estos colegas son muy sensibles a sus propias necesidades y singularmente insensibles a los sufrimientos de los demás.

El **prestigio** es buena fama, el que tienen los que podemos llamar maestros en el arte de enseñar y vivir, porque la palabra maestro significa modelo, incluye un concepto de valor, lo bueno. Prestigioso es el que es respetado por lo que dice, pero mucho más por su actitud, su mano conductora, son los que a través de su propia existencia nos educan, nos enseñan, dejan huellas, maestros son los que no tienen debilitamiento de sus



ideales y que siguen aspirando transmitir sabiduría.

Es maestro y prestigioso el que es capaz de dar frutos, de recoger lo sembrado, de formar filiaciones y lazos de verdad, respeto y pertenencia. En nuestro tiempo vivir dentro de los valores éticos es vivir constantemente entre conflictos de elección.

Los médicos de todas las épocas han sido no sólo técnicos en el oficio de sanar, sino también personas a quienes se confían las vidas y las almas, son seres que se supone han estudiado guiados por una gran vocación de servicio y que han jurado defender la vida.

Nuestra profesión médica a lo largo de la historia ha tenido períodos tortuosos, en los que ha habido médicos que se sometieron a formas variadas y malignas de poder político y económico, defraudando a los que confiaron en ellos. Nuestra especialidad está pasando por un período de mercantilismo y vanalización, que a corto tiempo hará que pierda su categoría de ciencia, para transformarse en episodios televisivos de bajísimo nivel científico y ético.

Los que sentimos y actuamos diferente somos los que debemos oponernos a esto, porque nuestra especialidad no puede ser enjuiciada por la conducta de algunos trasgresores.

M.O.M.

Herida grave de mano

Dres. Martín Colombo, Rafael Durán, Marcelo Gómez Barreto, C. Alejandra Peláez

Resumen

Las heridas graves de mano representan grandes retos para la reparación de la función. Las lesiones incluyen hueso, tejidos blandos, vasos, nervios, tendones, en diferentes grados de gravedad.

La complejidad de la reconstrucción se debe adecuar a cada paciente. La gran variedad de colgajos de cobertura para los defectos de manos no tendrán buen resultado si la reparación osteotendinosa no es la adecuada. La rehabilitación temprana con la ayuda de férulas determina el resultado final.

Palabras clave: mano, interóseo posterior

Summary

Multilating hand injuries represent challenging reconstructive scenarios for restoration of function, these multiestructural injuries include destruction of bones, soft tissues, tendons, vessels, at various degrees.

The complexity of hand reconstruction must adjust it to each patient, the wide variety of flaps for coverage of hand defects, that can be done, would be useless, if an inadequate reparation of osseotendinous framework. Early postoperative rehabilitation in association with splints will help in the final result.

Introducción

Las heridas graves de mano son una patología habitualmente asociada a una población económicamente activa. Son más frecuentes en pacientes masculinos dentro de la franja etaria de 20 a 60 años, que realizan tareas manuales, y en general corresponden a accidentes laborales.

Su adecuada resolución tiene implicancias en la forma en que se reinserten los pacientes a sus tareas habituales, con las consecuencias económicas que esto le signifique a él y a su familia, así como a sus empleadores. Es por esto que el traumatismo grave de mano es un reto, cuyo fin es restablecer la función y estética de la mano lo más adecuadamente posible para que el paciente se reinserte laboral y socialmente, lo antes posible y con la menor secuela.

Presentamos en este trabajo un protocolo de manejo para esta patología, en el que se preconiza el tratamiento temprano y en forma multidisciplinaria, y un caso clínico que lo ejemplifica.

Protocolo

1) Evaluación inicial: Siempre es realizada por un médico con formación en cirugía de mano.

Tras un traumatismo grave de mano, existen una gran variedad de factores que deben ser analizados para determinar el tratamiento, entre ellos ser encuentran (1):

- Relacionados al paciente: edad, estado general, ocupación, comorbilidad.
- Etiología de la lesión: amputación, quemadura, aplastamiento, etc.
- Dominancia de mano.
- Localización de la lesión.
- Estructuras afectadas: vasos, nervios, tendones, hueso.
- Presencia de infección o contaminación de la herida.
- Calidad de tejido alrededor de la lesión.
- 2) Desbridamiento: Este primer paso es crucial en la evolución de la herida. Su objetivo es lograr una herida con tejidos vitales que estén en condiciones de seguir un proceso de cicatrización normal, esto se consigue realizando una buena limpieza quirúrgica. Deben explorarse los tejidos en forma detallada, esto requiere un buen conocimiento anatómico. Los tejidos desvitalizados deben resecarse en su totalidad, debiendo hacerse con márgenes de seguridad simulando una resección oncológica.
- **3) Estabilización de las fracturas:** El método que se utilice debe obtener una osteosíntesis sólida que permita la movilidad precoz y disminuya las rigideces



Herida grave de mano

articulares (clavijas, tornillos placas, tutores externos). Si existen importantes pérdidas óseas, la osteosíntesis se acompaña de iniertos óseos.

- **4) Revascularización:** En forma directa o con injertos de vena, se realizan con técnica microquirúrgica, con lupas o microscopio.
- **5) Reparación de estructuras:** Tendones y nervios pueden ser reparados de forma primaria con o sin injertos. Si la herida estuviera muy contaminada y es posible que requiera un injerto, se planea para un segundo tiempo quirúrgico.
- **6) Coberturas cutáneas:** Existe un amplio abanico de posibilidades, desde el cierre primario, hasta el empleo de colgajos locales, regionales o a distancia, libres o pediculados. Creemos en la vital importancia de aportar tejidos de buena calidad, como son los vascularizados que permiten una rápida cicatrización, con tejidos que conserven sus propiedades de elasticidad y que permitan una adecuada excursión tendinosa y buena movilidad articular.
- **7) Rehabilitación:** En forma temprana y por un servicio especializado en rehabilitación de mano, que también pueda ofrecer la confección de férulas y terapia ocupacional.

En este trabajo en particular se presenta la cobertura de una herida grave de mano con colgajo interóseo posterior.

Angrigiani y Zancolli describieron el colgajo interóseo posterior a flujo reverso en 1985. (3,4)

Este colgajo fasciocutáneo tiene la ventaja de que puede ser diseñado de diferentes formas y dimensiones, conserva arterias principales del antebrazo, se realiza en un solo tiempo quirúrgico, a diferencia del colgajo radial, cubital e inguinal respectivamente.

Su desventaja es que deja una cicatriz inestética en un área visible.

Anatomía vascular

El colgajo está nutrido por perforantes septocutáneas de la arteria interóesa posterior, rama del tronco común de las interóseas, algunas veces es rama directa de la cubital; esta arteria emerge en el tercio posterior del antebrazo.

La arteria interósea posterior corre en un septo facial entre el extensor ulnar del carpo y el extensor del quinto dedo; distalmente se une con la interósea anterior, formando una anastomosis distal inmediatamente proximal a la articulación radiocubital distal. (5,6,7,8,)

Caso clínico

Paciente de sexo masculino de 24 años de edad con aplastamiento de mano derecha no dominante, provocado por una máguina inyectora de plástico.

El paciente fue atendido inicialmente en otro Servicio de Emergencia y fue derivado a nuestro Servicio. Al examen presentaba (Foto 1).

- Herida en cara dorsal y radial de muñeca suturada en forma inadecuada, que se extendía a cara palmar de antebrazo y al retirarse los puntos evidenciaban una pérdida de sustancia de 10 X 7 cm.
- 2) Anestesia cara dorsal de pulgar e índice.

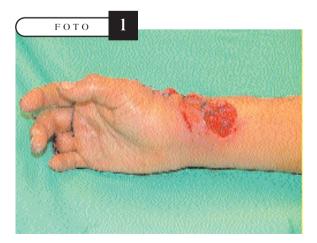


FOTO 1. HERIDA CARA DORSAL Y RADIAL



FOTO 2. FRACTURA CONMINUTA DEL PRIMER METACARPIO Y DESTRUCCIÓN DEL TRAPECIO. FRACTURA TRANSVERSA EN DEDO MEDIO. DEDO ANULAR AMPUTADO A NIVEL DE FALANGE PROXIMAL



Herida grave de mano



FOTO 3. PÉRDIDA COMPLETA DE LA DIÁFISIS DEL PRIMER METACARPIO. PÉRDIDA COMPLETA DEL TRAPECIO POR ESTALLIDO. SECCIÓN COMPLETA DEL TENDÓN DEL ABDUCTOR LARGO, EXTENSOR CORTO Y EXTENSOR LARGO DEL PULGAR

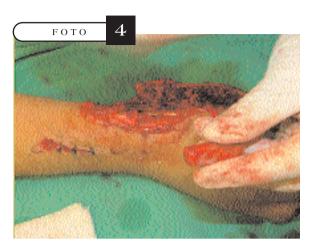


FOTO 4. COLOCACIÓN DE PLACAS Y TORNILLOS.

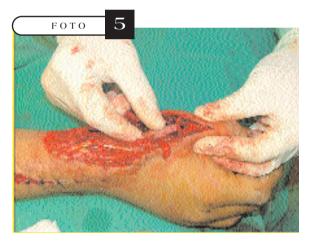


Foto 5. Colocación de injerto óseo.

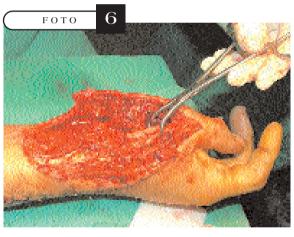


FOTO 6. FIJACIÓN INJERTO.

- 3) Sección tendinosa del abductor largo, extensor corto y largo del pulgar.
- 4) Osteosíntesis de falange media del tercer dedo, con claviia.
- 5) Amputación de falange media y distal del cuarto dedo.
- 6) Integridad vascular de todas las estructuras.

Las radiografías mostraban (Foto 2):

Pulgar: fractura conminuta del primer metacarpiano. Trapecio: destrucción total.

Dedo medio: fractura transversa medio diafisiaria de la falange proximal.

Dedo anular: amputado a nivel de falange proximal.

Frente a este caso se decide el siguiente plan quirúrgico:

Primer tiempo quirúrgico

Bajo anestesia regional y con manguito de isquemia se realiza exploración y desbridamiento, encontrándose (Foto 3):

- Pérdida completa de la diáfisis del primer metacarpiano, conservando sólo la base y la cabeza del mismo.
- Pérdida completa del trapecio por estallido.
- Sección completa del tendón del abductor largo, extensor corto y extensor largo del pulgar.

Herida grave de mano

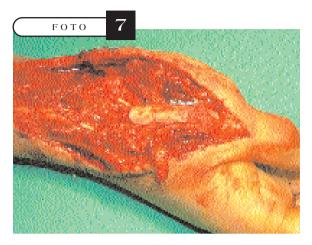


FOTO 7. COLOCACIÓN DE PLACAS Y TORNILLOS. FIJANDO EL INJERTO.

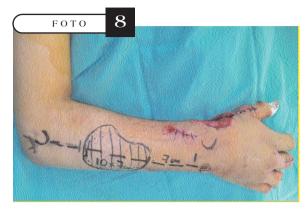


FOTO 8. COLGAJO INTERÓSEO POSTERIOR MARCACIÓN.



FOTO 9. COLGAJO FASCIOCUTÁNEO.



FOTO 10. COLGAJO FASCIOCUTÁNEO, COLOCADO

Se decide primero realizar la reducción y osteosíntesis de las fracturas.

Para la reconstrucción del primer metacarpiano se realiza un injerto tricortical de cresta ilíaca, que es modelado adecuadamente y fijado con placas y tornillos a la cabeza y base del primer metacarpiano (Fotos 4,5,6 y 7).

Para restablecer la articulación carpo metacarpiana, se interpone entre el injerto de cresta y el escafoides un ovillo hecho con el tendón accesorio del abductor (artroplastia de interposición).

Posteriormente se realiza tenorafia de forma directa del extensor largo del pulgar y se realiza transferencia del extensor corto al abductor largo, para restablecer esta importante función. Se decidió esto, ya que se había perdido un importante fragmento del abductor, conservándose casi todo el extensor corto.

En cuanto al tercer dedo se retira el material previamente utilizado y se realiza la osteosíntesis cerrada y fijación externa de falange proximal, mediante dos clavijas de Khisner.

Tras haber realizado la reparación ósea y tendinosa, queda un gran defecto cutáneo que deja tendones y hueso expuestos. Se planea su cobertura en un segundo tiempo quirúrgico.



Herida grave de mano

Segundo tiempo quirúrgico

Se decide cubrir el defecto con un colgajo interóseo posterior (Foto 8).

Técnica quirúrgica: El codo es flexionado en ángulo recto, la articulación de la muñeca y epicóndilo lateral son marcados en la piel; una línea que une estos puntos determina el eje por donde corre el pedículo vascular y se ubica en la unión del tercio medio con el distal de esta línea previamente marcada.

Se diseña el defecto a cubrir que en este caso es de 10 \times 7 cm.

La incisión se realiza de distal a proximal, y se va identificando el septo intermuscular (extensor lunar del carpo-

extensor del quito dedo) que contiene el pedículo. Una vez levantado el colgajo fasciocutáneo es rotado para cubrir el defecto, suturado y se deja un drenaje laminar (Fotos 9 y 10).

La zona dadora es cubierta con un injerto de piel parcial, tomado de la cara anterior del muslo.

Rehabilitación

Al tercer día posquirúrgico se inicia la fisioterapia, con la ayuda de valvas termomaleables que permiten la adecuada posición del pulgar, además se realiza movimientos pasivos y activos, que permiten la adecuada y pronta recuperación del paciente (Fotos 11,12 y 13).



Foto 11. Posoperatorio.

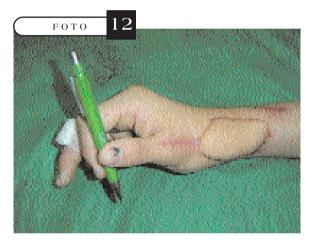


Foto 12. Posoperatorio.

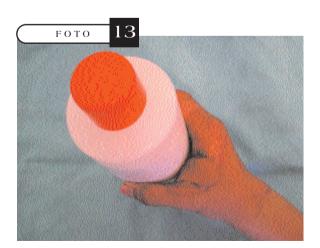


Foto 13. Posoperatorio.

Herida grave de mano

Resultados

Siguiendo este protocolo de manejo, y como lo demuestra este caso, obtuvimos resultados altamente satisfactorios, en cuanto a la restauración de la función, la cobertura cutánea, la rehabilitación y la pronta reinserción del paciente a su vida laboral y social.

Conclusiones

Presentamos un caso de una herida grave de mano, que fue tratado siguiendo un protocolo de manejo que incluye un adecuado desbridamiento, osteosíntesis de las fracturas, reparación de otras estructuras, transferencia de tejido vascularizados y rehabilitación temprana, lográndose así recuperar la función "ad integrum". Siguiendo estos lineamientos, no sólo se logra recuperar la función y la estética, sino también reincorporar al pa-

ciente a su vida cotidiana tanto laboral como social.

Bibliografía

- Goetz A., Giess Ler, MD. Soft tissue coverage in devastating hand injuries, Hand Clin. 2003; 19:63-71.
- Joseph Mc Carthy. Cirugía Plástica La Mano, Tomo I Cap.8 197-207 principios generales del manejo de las heridas, Cap. 9 208-226. Incisiones locales circunscritas con colgajos. Editorial Panamericana S.A. Dr. Jorge Frydman. Marcelo T de Alvear 2145 - Bs. As. Argentina 1952.
- 3. Angrigiani C, Zancolli. Posterior interoseous island forearm flap: experience with 80 consecutive cases. Plast. Reconstr. Surg. 1993;92:285.
- Angrigani C. Posterior interosseus artery reverse forearm flap. J. Hand Surg. (Br) 1998;13:130.
- Alain C. Masquelet "posterior interoseus flap" En: An Altlas of Flaps in Limb Reconstruccion. Editor Martin Dunitz. Ed. The Livery House, London, 1995:72-77.
- 6. Balakrishran MS; Sampath K. Reverse flow posterior interoseus artery flap revisted. Past. Reconst. Surg. Jun 2003, Vol 11. N° 7, 2364-2369.
- Handy A. El-Khatib Md. Tendofascial island flap based on distal perforators of the radial artery: Anatomical and clinical approach. Plast. Recosntr. Surg. Vol 113 N° 2; 545-549.



El colgajo temporal. Su disección en la parálisis facial

Dr. Justo La Torre Vizcarra *
Trabajo presentado en XXXIV Congreso Argentino de Cirugía Plástica 2004

* Jefe del Servicio de Cirugía Plástica del Hospital Tornú

Resumen

Se describen detalles técnicos que permiten solucionar las desventajas que habitualmente se le atribuyen a este colgajo como un recurso útil para la corrección de la desviación de la comisura labial en la secuela de una parálisis facial periférica

Summary

Technical details are described that allow to solve the disadvantages that habitually are attributed to him to this colgajo like a useful resource for the correction of the deviation of the labial comisura in the sequel of a peripheral face paralysis.

Introducción

Es por todos conocido que el colgajo temporal en la cirugía de la secuela de una parálisis facial periférica, es un recurso aceptable como método dinámico, para la corrección de la desviación de la comisura labial, pero se le realizan algunas observaciones, que este trabajo pretende atenuar con algunos detalles técnicos propuestos como solución de acuerdo a la experiencia personal.

Materiales y método

La anatomía del músculo temporal en abanico nos describe una porción central de mayor textura muscular y una periférica de predominio aponeurótico, así como unas fibras musculares con direcciones casi verticales por delante y algo horizontales por detrás; recubierto de una fascia o aponeurosis gruesa y resistente que va desde la línea temporal superior hasta el arco zigomático, donde se divide en dos hojas entre las cuales se sitúa un

tejido adiposo en su parte inferior importante como reparo para la disección que describiremos.

La rica irrigación (Fotos 1 y 2) dependiente de la arteria temporal superficial por un lado con sus ramos superficiales para la aponeurosis, la rama temporal media para la cara profunda y las ramas temporales profundas dependientes de la arteria maxilar interna por otro lado, nos tranquiliza aún más para proponer esta suerte de "fileteado" del músculo

Al practicarse la disección de un segmento del músculo temporal en todo su espesor y transponerlo en su totalidad hacia la comisura labial se plantean principalmente tres críticas:

- Longitud inadecuada del colgajo
- Depresión marcada de la fosa temporal
- Aumento excesivo de la región zigomático malar

Para la longitud inadecuada seguimos la propuesta de Baker y Conley, quienes en 1979 describen su experiencia en más de 100 casos de transposición de colgajo temporal, tomando como límite superior unos dos centímetros por arriba de la cresta temporal incluyendo el pericráneo (Fotos 3 y 4). En términos prácticos nosotros tomamos una distancia mínima de 10 cm desde la arcada zigomática, lo que sin duda permite el alcance tanto del canto interno del ojo como de la comisura labial o por delante del s. n. q. (Fotos 5 y 6).

La depresión marcada de la fosa temporal se produce por el desalojo de la totalidad del músculo temporal de su lugar de origen y esto a su vez genera el tercer problema de aumento excesivo de la región zigomático malar por el grosor del colgajo transpuesto. Nosotros proponemos "el afinamiento transversal del colgajo" (Fotos 7 y 8), es decir la creación de un plano o "fileteado" paralelo al plano mayor del mús-



El colgajo temporal. Su disección en la parálisis facial

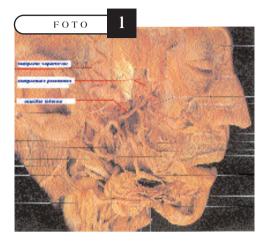


FOTO 1. ARTICULACIÓN TEMPORAL SUPERFICIAL

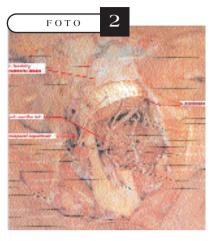


FOTO 2. ARTICULACIÓN MAXILAR INTERNA

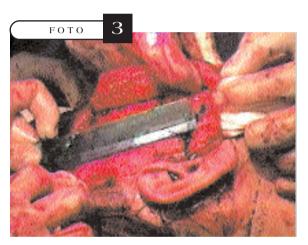


FOTO 3. DISTANCIA ARC. ZIG. A DISTAL 10 CM

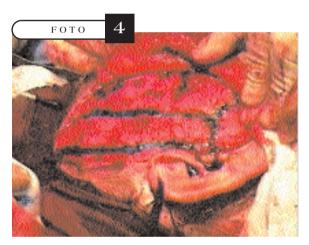


FOTO 4. MARCACIÓN DEL COLGAJO

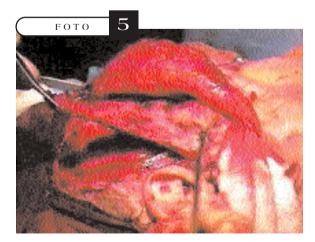


FOTO 5. TOMA COMPLETA DEL COLGAJO

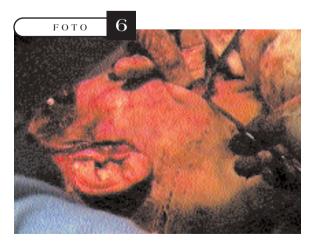


FOTO 6. PRUEBA DE LONGITUD ADECUADA



El colgajo temporal. Su disección en la parálisis facial



FOTO 7. AFINAMIENTO TRANSVERSAL



FOTO 9. PORCIÓN "CORTA" PROFUNDA EN LODGE



FOTO 11. SUTURA A PLANO DE REMANENTE



Foto 13. Preoperatorio



FOTO 8. CREACIÓN DEL PLANO



FOTO 10. PORCIÓN "LARGA" MIOAPONEURÓTICA



FOTO 12. FIJACIÓN EN COMISURA



Foto 14. Posoperatorio



El colgajo temporal. Su disección en la parálisis facial

culo desde su base hacia distal, lo que nos va dejar una porción corta profunda muscular (Foto 9) que quedará alojada en fosa temporal y una porción larga músculo aponeurótica (Foto 10) que preservará la longitud adecuada y sus características vitales ideales para su transposición y posterior fijación a la distancia deseada. El remanente muscular profundo se sutura a plano fijándolo por delante y detrás al mismo músculo no transpuesto (Fotos 11 y 12).

Comentarios

Estos detalles técnicos permiten solucionar en gran medida las principales críticas de esta opción quirúrgica desde el punto de vista estético y funcional (Fotos 13 y 14).

Estamos concientes de que se trata de una forma más de solucionar este difícil problema, y no se nos escapa que los colgajos a distancia con anastomosis micro neurovasculares están a la vanguardia en el tratamiento de estas secuelas, pero éstas no están exentas de eventuales complicaciones como asimismo del requerimiento de una infraestructura mayor para su realización que lamentablemente aún hoy se hace dificultosa en los medios públicos sumado a un alto grado de entrenamiento para su ejecución.

Por ello seguimos considerando útil, viable y con cierto relativo mayor margen de seguridad la aplicación de estos recursos.

Conclusiones

Para nosotros resulta práctico proponer estos recursos técnicos para la resolución de estos problemas. Los pacientes generalmente son de una edad mayor con un prolongado estado de parálisis y no muy dispuestos a grandes cirugías para su corrección.

Creemos que es una cirugía sencilla con escaso margen de complicaciones y conservación de sus alcances en el tiempo si se lo instruye al paciente para aprender a contraer el músculo con la practica de la "mordida" y estimulación kinésica.

Bibliografía

- Urwald O, Nasser T, Sandre J, Merol JC, Schmidt P, Chays A, Legros M. Lips reanimation with temporalis myoplasty technique Ann Otolaryngol Chir Cervicofac. 2003 Dec;120(6):349-54
- Estellés JE, Carrasco M, López C, Arroyo M, Ferrer M J, López R. Colgajo miofacial del músculo temporal: presentación de casos clínicos/Myofacial flat of the temporal muscle: presentation of a clinical cases. Acta Otorrinolaringol. Cir. Cabeza y Cuello. 2001;29(3):129-133.
- Estellés JE, Carrasco M, Amorós LI, Brotons S, Seijas T, López R. Colgajo miofascial del temporal/Temporal myofacial flan. Acta Otorrinolaringol. Cir. Cabeza y Cuello. 2002;30(1):9-11.
- Kornecki F, Silvera F, Vicente M. El colgajo del músculo temporal y su aplicación en la cirugía maxilofacial / The temporal muscle flap and its application in maxillofacial surgery. Odontoestomatol. 1994;5(5):4-8, 10-3.
- Noa Sánchez A, Azcue Bilbao M, Santos Silva. Reconstrucción inmediata de la cavidad orbitaria mediante colgajo miofacial del temporal/Inmediate reconstruction of the orbital cavity by means of myofacial fleshy tissues of the temporal Rev. Hosp. Psiquiátr. La Habana. 1991;32(2):585-8.
- 6. Calderón O, Wilfrido Arriagada J, Psillakis J. Colgajo osteomuscular pediculiza-

- do de tabla externa de cráneo para la reparación de defectos maxilo-faciales: estudio anatómico y dos casos clínicos Rev. Chil. Cir.1986;38(2):143-8.
- Frey M MD, Giovanoli P MD, Tzou Chieh-Han J MD, Kropf Nina MD, Friedl S. Dynamic reconstruction of eye closure by muscle transposition or functional muscle transplantation in facial palsy. Plastic & Reconstructive Surgery. 2004;114(4):865-875.
- 8. Schick B, Draf W, Schauss F. Augmentation of the temporal fossa with lonos bone cement HNO. 1996 Aug;44(8):467-70
- Schick B, Schauss F, Draf W, Constantinidis J. Possible indications for temporalis muscle flaps in plastic-reconstructive surgery of the head and neck Laryngorhinootologie. 1997 Apr;76(4):235-40.
- Labbe D. Lengthening of temporalis myoplasty and reanimation of lips. Technical notes Ann. Chir. Plast. Esthet. 1997 Feb;42(1):44-7.
- Schauss F, Schick B, Draf W. Regional muscle flap-plasty and adjuvant measures for rehabilitation of the paralyzed face. Laryngorhinootologie.1998 Oct;77(10):576-81.
- 12. Labbe D, Huault M. Lengthening temporalis myoplasty and lip reanimation. Plast Reconstr Surg. 2000 Apr;105(4):1289-97; discussion 1298.



Cultivo de piel, queratinocitos: resultado estético comparado con piel expandida en un caso de fasceitis necrotizante

Dres. Susana Ruiz*, Rubén Aufgang**, Lucrecia Villanueva***

Resumen

Se presenta la experiencia de colocación de cultivo de queratinocitos en un caso de fasceitis necrotizante.

Introducción

Cuando colocamos un injerto de piel, el prendimiento del injerto depende de la vascularización del lecho receptor y de la fijación del injerto. La contracción del injerto depende del lecho receptor y la propia contractibilidad del injerto, tanto mayor cuanto más fino es. (1) La piel expandida (mesh graft) es la piel obtenida a través de un medio mecánico, que a mayor tamaño de las incisiones permite obtener un promedio de expansión de la piel mayor, así como, con menor área dadora, cubrir más superficie receptora y tolerar lechos no perfectos.

Conociendo la contracción del lecho receptor y la epitelización se reconocerá la desventaja estética de la piel expandida, así como del cultivo de queratinocitos. El cultivo de queratinocitos sufre contracción, por lo tanto tie-



FOTO 1. FASCEITIS NECROTIZANTE. DORSO

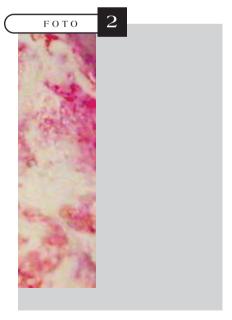


FOTO 2. FLANCO

^{*}Jefa de División "A" de Cirugía del Hospital de Niños "Ricardo Gutiérrez" y Jefa de Hospital Privado de Niños.

^{**} Jefe del Servicio de Cirugía Plástica del Hospital de Niños "Ricardo Gutiérrez".

^{***} Cursista de posgrado de la Unidad Académica UBA-Argerich-Niños 2004.



Cultivo de piel, queratinocitos: resultado estético comparado con piel expandida en un caso de fasceitis necrotizante



FOTO 3. ZONA CUBIERTA CON PIEL EXPANDIDA Y CULTIVO DE QUERATINOCITOS.
POSOPERATORIO.



Foto 4. Posoperatorio alejado, 3 años.



Foto 5. Posoperatorio alejado, 3 años

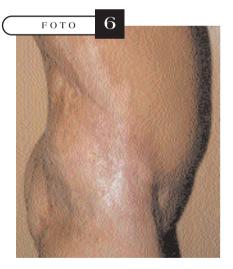


Foto 6. Posoperatorio alejado, 3 años

ne retracción. El cultivo de queratinocitos produce una capa de epitelio sin dermis, por lo cual la calidad de la superficie estética del injerto depende del grosor e integridad del epitelio.

En este caso, RA,(2) de sexo femenino y 8 meses de edad, que sufrió perdida de región lateral y posterior de

tórax, flanco, glúteo, más región inguinal derecha, a consecuencia de fasceítis necrotizante (3) (Fotos 1, 2 y 3), se utilizó piel expandida más cultivo de queratinocitos,(4) para disponer de menor área de toma y subsecuentemente menor secuela estética, comparando sus resultados a los 3 años.



Cultivo de piel, queratinocitos: resultado estético comparado con piel expandida en un caso de fasceitis necrotizante

Materiales y método

Datos técnicos: tres láminas biodegradables de 10 x 10 cm y 0,02 mm de espesor que contienen HYAFF (ácido hialurónico 100% esterificado con alcohol bencílico) con microperforaciones que permiten la migración y proliferación de los queratinocitos obtenidos a partir de una biopsia de piel de espesor medio de aproximadamente 2 cm². Las láminas contienen queratinocitos ba-

sales en preconfluencia cultivados en laboratorio in vitro durante 14 días (Laserskin) (Fotos 4, 5 y 6).

Conclusiones

El cultivo de queratinocitos dio mejor resultado estético que la piel expandida. Funcionalmente ambos no sufrieron complicaciones.

Bibliografía

- Georgia DE. Plastic, maxillofacial and reconstructive surgery. Georgia GS, Riefkohl R, Scott Levin L, editors - 3rd. ed. Williams & Wilkins. Baltimore: 1997.
- Ruiz S, Aufgang RR, de La Torre K, (et al). Fasceítis necrotizante: un tratamiento alternativo. Revista del Hospital de Niños de Buenos Aires. 2001;43(192):97-101
- Ruiz S, Aufgang RR, de La Torre K, (et al). Fasceítis necrotizante: comunicación de un caso tratado con cultivo autólogo de queratinocitos. Revista Argentina de Cirugía Plástica. 2000;6(1):14-17.
- Verna G, Pedrale R, Fava F, (et al). Necrotizing fasciitis: A case report. Riv. Ital. Chir. Plástica – Clin. Exp. P.S. 2001;33:113-116.
- 5. Fang P, Engrav LH, Gibran NS, (et al). Dermatome Setting for Autografts to Cover Integral. Journal of Born Care & Rehabilitation. 2002;23:327-332.
- Masahiro KO, Taya M. Development of culture techniques of keratinocytes for skin graft production. Adv. Biochem. Eng. Biotechnol. 2004;91:135-69.
- Huang YC, Wang T, Sun SJ, Lin FH. Cultured keratinocytes and dermal fibroblasts on a double-layer scaffold with bi-medium culture system. Biomed. Sci. Instrum. 2003;39:500-5.
- Nanchahal J, Dover R, Otto WR. Allogeneic skin substitutes applied to burns patients. Burns 2002; May; 28 (3): 254-7.
- Muhd Fakhruddin BH, Aminuddin BS, Mazlyzam AL, (et al). The effects of age on monolayer culture of human keratinocytes for future use in skin engineering. Med. J. Malaysia. 2004 May;59 Suppl B:182-3.
- Chi-Sing Chu, McNaus AT, Matylevich NP, (et al). Integra as a dermal replacement in a meshed composite skin graft in a rat model: A one-step operative

- procedure. The Journal of Trauma Injury, Infection, and Critical Care. 2002;52:122-129.
- Ehrlich, HP. Understanding experimental biology of skin equivalent: from laboratory to clinical use in patients with burns and chronic wounds. Am. J. Surg. 2004; May: 187 (5A): 29S-33S.
- Counter, CM; Press, W; Compton, CC. Telomere shortening in cultured autografts of patients with burns. 2003, Apr 19; 361 (9366): 1316-7.
- 13. Qaryoute ,; Mirdad I, Hamail Aa. Usage of auto graft and allograft skin in treatment of burns in childrens. Burns. 2001; Sep; 27 (6): 599-602.
- Kremer M, Lang E, Berger AC. Evaluation of dermal-epidermal skin equivalents of human keratinocytes in a collagen-gycosaminoglycan matrix. Br. Plas. Surg. 2000 Sep; 53 (6): 459-65.
- Harriger MD, Supp AP, Swope VB, Boyce ST. Reduced engraftment and wound closure of cryopreserved cultured skin substitutes grafted to athymicmice. Cryobiology. 1997; Sep; 35 (2): 132-42.
- Young SW, Kim DS, Cho HJ, (et al). Cellular senescence induced loss of stem cell proportion in the skin in vitro. J. Dermatol. Sci. 2004 Aug;35(2):113-23.
- Grossman N, Slovik Y, Bodner L. Effect of donor age on cultivation of human oral mucosal keratinocytes. Arch. Gerontol. Geriatr. 2004 Mar-Apr;38(1):114-22.
- Funayama E, Chodon T, Oyama A, (et al). Keratinocytes promote proliferation and inhibit apoptosis of the underlying fibroblasts: an important role in the pathogenesis of keloid. J. Invest. Dermatol. 2003 Dec;121(6):1326-31.



Enfoque reconstructivo en las ablaciones mediofaciales

Dr. Omar Darío Ventura Dr. Gaspar Marcello

Hospital Interzonal de Agudos "Evita". Universidad del Salvador. Buenos Aires - Argentina oventura @intramed net ar

Resumen

La cirugía continúa siendo el tratamiento primario de la mayoría de los tumores de cabeza y cuello. Estas ablaciones en la región medio facial provocan defectos funcionales y estéticos significativos.

Es posible hacer una evaluación prospectiva de la ablación para la reparación posoncológica inmediata, a través de una cuidadosa consideración del cuadro clínico presente, que incluya incisiones de abordaje, y estructuras que serán resecadas. En nuestra experiencia comprobamos que el uso racional de colgajos de vecindad múltiples (existiendo disponibilidad) y en un marco de planeamiento secuencial, es la primera y principal opción de las técnicas reconstructivas a emplear.

Summary

Surgery continues to be the primary treatment of most head and neck tumors. Resections in the middle facial region provoke significant functional and esthetic defects. Through detailed consideration of the current clinical picture which includes approach incisions, and of the structures to be resected, it is possible to make a prospective assessment of the ablation for immediate postoncological repair. In our experience, we verified that the rational use of multiple neighbouring flaps (if available) within the framework of sequential planning is the first and main option among reconstructive techniques.

Introducción

La cirugía continúa siendo el tratamiento primario de la mayoría de los tumores de cabeza y cuello. La tasa de curación en los tumores incipientes es alta, pero los mal tratados inicialmente y en estado avanzado, se asocian a grandes ablaciones y a un mal pronóstico.

Estas ablaciones en la región medio facial incluyen muchas

veces el maxilar superior, el paladar, el cigoma, la órbita, nariz, globo ocular, párpados, etc.; provocando defectos funcionales y estéticos significativos.

La alimentación y el lenguaje pueden presentar problemas, y es posible el desarrollo de fístulas oroantrales, oronasales e incompetencia velofaríngea. La resección del piso de la órbita y el ligamento de Lockwood provoca la pérdida del soporte orbitario con enoftalmía, diplopía, distopía del contenido orbitario, etc.

Metodología

La jerarquía reparadora en los defectos medio faciales, es dictada por el tamaño del mismo, en especial por el grado de compromiso del hueso maxilar superior.

Para clasificar los defectos ablativos en función a una planificación reconstructiva, podemos considerar cuatro parámetros.

- 1. Pérdidas de partes blandas.
- 2. Extensión de la resección ósea.
- 3. Tamaño del defecto del paladar.
- 4. Magnitud del daño del soporte orbitario.
- 5. Pérdida del globo ocular.

En la maxilectomía total, con globo ocular sano, y piso y sostén dañados, los objetivos perseguidos consisten en separar la cavidad oral de la nasal, brindar un conveniente soporte al contenido orbitario y una cobertura funcional del ojo en reemplazo de los párpados afectados. Para lograr lo primero hemos utilizado usualmente el músculo temporal, practicando una osteotomía en la pared externa de la órbita y desplegando esta masa muscular plana como una canastilla de contención y tabicamiento.

Muchas veces es necesaria la exenteración orbitaria debido a un compromiso tumoral de las estructuras que rodean al globo ocular o al propio ojo. Cuando esto sucede la reparación estará dirigida a lograr una superficialización de la cuenca orbitaria remanente, restablecer el contorno fa-



Enfoque reconstructivo en las ablaciones mediofaciales

cial, y limitar el irreparable daño estético de la zona afectada. La bibliografía en general adopta una tendencia al uso de transferencias masivas y colgajos micro vasculares. En nuestra experiencia comprobamos que el uso racional de colgajos de vecindad múltiples (existiendo disponibilidad) y en un marco de planeamiento secuencial, es la primera y principal opción. El manejo inteligente de los colgajos locales faciales, generan una potencialización reparadora, a través de la sumatoria de superficies y la diversidad de movimientos, que admiten la cobertura en distintos planos en el espacio, conformando una reconstrucción tridimensional,



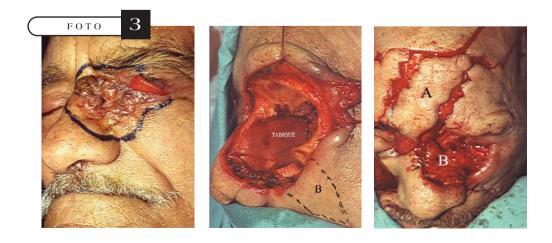
FOTO 1: EXENTERACIÓN ORBITARIA CON RESECCIÓN DE PARED NASAL. A, COLGAJO CERVICOFACIAL DE ROTACIÓN Y AVANCE QUE RECLUTA TEJIDO EN ZONAS LAXAS DEL CUELLO B, COLGAJO NASO GENIANO EN GOZNE PARA FORMAR LA PARED NASAL. C, COLGAJO MUSCULAR TEMPORAL POS OPERATORIO A 2 MESES Y A 10 AÑOS



Enfoque reconstructivo en las ablaciones mediofaciales



FOTO 2:EXENTERACIÓN ORBITARIA. A, COLGAJO DE AVANCE DE MEJILLA. B, COLGAJO MEDIOFRONTAL. C, COLGAJO TEMPORAL QUE PASA POR OSTEOTOMÍA DE PARED EXTERNA DE ÓRBITA Y REBORDE.





Enfoque reconstructivo en las ablaciones mediofaciales

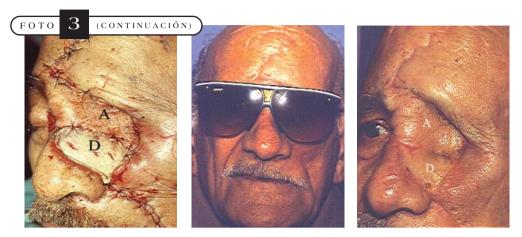


FOTO 3: DEFECTO DE LA ABLACIÓN, CAVIDAD ÚNICA NASAL, SENO Y ÓRBITA. A, COLGAJO MEDIOFRONTAL, CON BORDES ESCALONADOS PARA MEJORAR EL CIERRE CUTÁNEO. C, COLGAJO NASOGENIANO VOLCADO PARA PARED NASAL. C, COLGAJO TEMPORAL TRANSFERIDO A ÓRBITA. D, INJERTO SOBRE COLGAJO "B". POS OPERATORIO AL EJADO DISIMILIANDO LA SECLIFIA CON UNA SIMPLE GAPA.

Consideraciones y conclusiones

En el estudio analítico del problema se considerará :

- 1. Describir la deformidad o disfunción.
- 2. Identificar las causas responsables de la ablación, (quirúrgicas, cicatrizales, tumorales).
- 3. Delinear el ideal alcanzable, es decir el objetivo imaginado.
- 4. Definir un plan secuencial, donde los pasos quirúrgicos estén claros.
- 5. Transmitir al paciente lo inferido como resultado.

En la optimización del uso de los colgajos faciales para la formulación de un planeamiento secuencia debemos:

- 1. Conocer la anatomía local.
- Comprender las técnicas básicas y principios generales que gobiernan la movilización de los tejidos. (Col gajos e injertos)

- 3. Entender la biomecánica de la piel, es decir las propiedades visco elásticas, que permiten la relajación por deslizamiento y distensión de los tegumentos.
- 4. Definir las funciones perdidas.
- 5. Inferir resultados posibles y eventuales secuelas.
- 6. Estudiar la simetría facial, para no generar disbalances de volúmenes e inestéticos.

Es posible hacer una evaluación prospectiva de la ablación para la reconstrucción posoncológica inmediata. Hacer esto exige una cuidadosa consideración del cuadro clínico presente, que incluya incisiones de abordaje, y estructuras que serán resecadas.

Diferir la definición de una planificación hasta que se origine el defecto, refleja mal criterio o inexperiencia. Tal vez ambas cosas.

Para los cirujanos que asisten a estos desafortunados pacientes, se les plantea un desafío reconstructivo formidable.

Bibliografía

- Mark O Wells y Edward A. Luce. Reconstrucción de los defectos mediofacialesdespués de la resección quirúrgica de tumores malignos. Clínicas de Cirugía Plástica, volumen 22, num. 1, pag 79-89, enero de 1995
- McGregor I, Reid W. The use of the temporal flap in the primary repair of fullthickness defects of cheek. Plast Reconst. Surgery, Vol 45, pag. 326-329, 1970
- 3. Juri J, Juri C. Advancement and rotation of a large cervicofacial flap for cheek repairs. Plast reconst. Surgery, num 64, pag. 692-696, 1979.
- Edward A. Luce. Análisis de la deformidad compleja posextirpación. Clínica de Cirugía Plástica, vol. 22, num. 1 pag. 1-8, 1995



SECCION

MEDICO LEGAL

Responsabilidad del anestesista

Dr. Francisco Jorge Famá

Introducción

La responsabilidad médica es la obligación que tienen los profesionales que ejercen la medicina de asumir las consecuencias derivadas de su actuación profesional.

Cuando abordamos el tema de la responsabilidad civil del médico, no podemos dejar de tener presente que la habilitación de los títulos profesionales crea siempre una presunción de capacidad en su poseedor.

El criterio para determinar dónde comienza y dónde termina la responsabilidad penal médica, no debe ser ni excesivamente liberal, ni extremadamente severa. Lo primero llevaría a consagrar prácticamente la impunidad, lo cual sería un grave peligro para el enfermo. Lo segundo implicaría hacer imposible el ejercicio de la medicina. El anestesiólogo es un profesional especializado; no obstante, posee conocimientos esenciales para el ejercicio de la medicina. Ejercita una de las ramas en la que se divide la ciencia médica, por lo tanto su accionar se encuentra regido por la ley 17.132, la cual regula el ejercicio de la medicina en nuestro país. La doctrina y la jurisprudencia es casi unánime al considerar que se desempeña como médico autónomo, con obligaciones y responsabilidades propias.

La anestesia

La anestesia es la capacidad de provocar y mantener un estado anormal en el paciente, haciéndole perder farmacológicamente la conciencia, produciéndole la insensibilidad parcial o total, paralizando su respiración espontánea, manipulando su estado circulatorio, colocándolo en una situación que muchas personas asimilan a la de la muerte, o bien, la anestesia provoca únicamente insensibilidad en una determinada región, como es el caso de la anestesia troncular, epidural o local, por citar algunos ejemplos.

Antes de 1846 se contaba con algunos medios para intentar aliviar el dolor quirúrgico, que en realidad se ha-

bían empleado desde tiempos remotos. Brindaba cierto consuelo sustancias como el alcohol, el hachís, y derivados del opio, tomados por vía oral. En ocasiones se empleaban métodos físicos para producir analgesia, como el cubrir una extremidad con hielo o producir isquemia con un torniquete. La pérdida del conocimiento causada por un golpe en la cabeza o por estrangulación, ofrecía cierto alivio del dolor, aunque a un costo muy alto. Sin embargo, el método más usual para lograr un campo quirúrgico relativamente tranquilo era, simplemente, sujetar al paciente por la fuerza. No debe asombrar que la intervención quirúrgica se considerara como un último recurso.

Funciones del anestesista

Dentro de las funciones del anestesista se destacan las siguientes:

- aplica procedimientos especiales para suprimir los efectos indeseables (ansiedad, dolor, actividad refleja, etc.) que los métodos terapéuticos o diagnósticos pudieran acarrear al paciente;
- aplica fármacos para obtener amnesia, analgesia, hipnosis, relajación muscular y atenuación de los reflejos nerviosos perjudiciales para el normal desenvolvimiento de las funciones vitales durante el acto guirúrgico;
- preserva la función biológica normal influenciada o alterada por factores endógenos o exógenos al organismo, distintos a la enfermedad, pero característicos de los procedimientos diagnósticos o terapéuticos que se realizan en el enfermo, o propios de la misma actividad desarrollada por el anestesiólogo;
- reduce el impacto que la acción conjunta del anestesiólogo y la de los otros especialistas puede tener sobre la función orgánica alterada por la enfermedad;
- las funciones del anestesista están encaminadas no a diagnosticar, tratar o prevenir una enfermedad, sino



Responsabilidad del anestesista

en tal caso a posibilitar que otros especialistas la combatan, de modo tal que la actividad de este profesional se circunscribe más que nada a la participación en el tratamiento quirúrgico junto con otros médicos. Aunque existen situaciones en que el anestesista puede actuar como terapeuta, como en el caso del tratamiento del dolor crónico o del mal epiléptico por citar dos ejemplos.

Situaciones riesgosas para el paciente con las que se enfrenta continuamente el anestesiólogo

El anestesiólogo administra en forma personal y en un período de tiempo muy breve mayor cantidad de drogas que cualquier otro médico, con el agravante de que bajo el estado de anestesia es más difícil reconocer una reacción anormal de una normal.

Ningún otro médico se enfrenta tan frecuentemente, en forma directa y personal, con cuadros de hipotensión arterial, así como resolver en forma directa y personal, la parálisis de la respiración inducida intencionalmente o no.

Necesariamente produce situaciones favorables para la inestabilización y obstrucción de la vía aérea superior. Es una de las pocas especialidades donde se utilizan tantas drogas con alta potencialidad letal intrínseca.

Se debe tener en cuenta que el anestesista tiene la responsabilidad de resolver situaciones vinculadas con la actividad de otros profesionales (cirujanos, especialistas de diagnóstico por imágenes, etc.).

Los anestesiólogos disponen de muy poco tiempo para la toma de decisiones críticas, y esta situación no sólo es producto de condiciones de emergencia, sino se observa también en las condiciones normales de su accionar profesional.

En pocas especialidades es imperativo diferenciar con tanta premura una reacción normal y esperada a una droga o a contingencias asociadas con la operación y la anestesia, de una reacción inesperada o de una situación anormal.

En la anestesiología, la presencia permanente y personal del médico durante todo el procedimiento al que está sometido el paciente, es esencial para el normal desarrollo de dicho procedimiento.

Hay que recordar que debe asimilar, analizar y procesar en forma permanente y en un breve período de tiempo tanta densidad de datos e información sobre las condiciones y la evolución del paciente y volcarlas en la ficha anestésica. Para la seguridad de su accionar, pocas especialidades médicas dependen tanto del correcto funcionamiento de una gran variedad de equipos mecánicos, de aparatos electrónicos, de las condiciones del material de consumo y del conocimiento de principios físicos o de fenómenos químicos, farmacológicos o fisiológicos.

Todo esto hace de la anestesiología una profesión "vulnerable" a las complicaciones de los pacientes, por lo tanto el anestesista debe responder con frecuencia por sus actos.

Responsabilidades

La responsabilidad médica es culposa, y debe diferenciársela de otros hechos que, si bien transcurren y son consecuencia de la actividad profesional, no deben ser incluidos bajo el concepto de responsabilidad. Estos son: la iatrogenia, los delitos dolosos (aborto criminal, eutanasia, ayuda al suicidio, abandono de persona) y el estado de necesidad.

Los elementos constitutivos de la responsabilidad médica son los siguientes:

- autor
- acto médico
- elemento subjetivo (impericia, imprudencia, negligencia e inobservancia)
- elemento objetivo
- relación de causalidad directa

El encuadramiento jurídico de la responsabilidad médica tiene dos aspectos:

- Aspecto penal: en el cual la conducta médica sancionable debe ser típica o sea que debe estar configurada en el Código Penal. Las penas recaen sobre las personas. Este tipo de responsabilidad es subjetiva, debiéndose demostrar la relación directa o nexo de causalidad entre el accionar médico y el daño. Las sanciones están establecidas en los artículos 84 y 94 del Código Penal y abarcan tanto la prisión como la inhabilitación.
- Aspecto civil: de comprobarse la culpa, el resarcimiento es económico. El resarcimiento civil surge de la comprobación que existe entre el agente y el resultado dañoso producido independientemente de si el médico actuó con impericia, negligencia, imprudencia o inobservancia. Como la sentencia es no vinculante, el médico puede haber sido hallado culpable en su juicio penal y no culpable en el civil o viceversa.

La ley 17.132, que establece las normas para el ejercicio



Responsabilidad del anestesista

de la medicina, odontología y actividades de colaboración, en el artículo 22 hace referencia no solo al modo de empleo de las anestesias generales, sino también a que ante el incumplimiento de este precepto, el anestesista, el jefe del equipo quirúrgico, el director del establecimiento y la entidad asistencial serán responsables. La distinción entre responsabilidades surge con claridad de un fallo de la Cámara Civil, en el que se sostuvo que "discurre en una gravísima negligencia el médico anestesista al ausentarse de la sala de operaciones para efectuar llamadas telefónicas antes de la finalización del acto quirúrgico, produciéndose en el interín una pérdida de oxígeno incontrolada del aparato de anestesia que causa la destrucción completa de la masa cerebral de la paciente, falleciendo ésta, meses más tarde. Es, asimismo, responsable el cirujano jefe que no debió admitir que el sistema de oxigenación hubiere quedado sin control por el retiro del anestesista. Concurren, pues, en el caso el desperfecto de la cosa y su desatención por quienes debían estar pendientes de todos los aspectos que rodean al acto operatorio (artículos 1109 y 1113, Códiao Civil)".

Es necesario tener en cuenta que el acto anestésico no se circunscribe exclusivamente al momento en que la intervención quirúrgica se efectúa. Un anestesista puede ser tan responsable en la etapa preoperatoria, como en la intraoperatoria o la posoperatoria. Su prudencia y diligencia deben evidenciarse en cualquiera de estas etapas.

Hay exámenes previos que son obligatorios y sin los cuales no se pueden comenzar una anestesia. Si éstos no han sido efectuados y, como consecuencia de eso, se produce una afección en la salud de la persona, el anestesista cargará con la responsabilidad. Este punto está dentro del artículo 1109 del Código Civil y corresponde no sólo por la antijuridicidad de la conducta del facultativo, sino también por la culpabilidad, consistiendo esta última en la omisión de la conducta exigible.

Existe en nuestros Tribunales un antecedente de condena al anestesista por la muerte de un menor que había sido sometido a una intervención traumatológica, sin antes realizarle los controles pertinentes para comprobar el estado de ayuno. Entre otros considerandos se sostuvo: "es el médico anestesista el que debe realizar el examen clínico exhaustivo necesario para administrar la anestesia" (por más que el traumatólogo haya adelantado la pregunta a la madre sobre la ocupación del estómago).

El anestesista debe elegir el procedimiento para insensibilizar al paciente, lo que hará previa revisación del mismo y de sus antecedentes de salud; asimismo debe ocuparse a posteriori de la total recuperación de los sentidos, lo que se realiza una vez terminada la intervención. A ello se suma la necesidad de que este profesional realice un exhaustivo control del estado de los materiales, máquinas, etcétera, con anterioridad al acto quirúrgico.

Trabajo en equipo

En este caso de pluriparticipación médica, es necesario establecer los alcances y límites de una eventual responsabilidad civil de los partícipes, pues no es poco frecuente que ante un daño que merezca reparación se le atribuya la responsabilidad al jefe del equipo médico.

La definición de equipo médico nos permite vislumbrar las dos posibilidades que se pueden presentar: que el cirujano jefe deba responder por el actuar de sus subordinados, o que deba responder por el actuar de un profesional del equipo con autonomía científica, como lo es el anestesista.

En el primer caso, el cirujano jefe deberá responder por el hecho ajeno, por del dependiente. Esta responsabilidad es concebida como una responsabilidad objetiva; asimismo, se trata de una responsabilidad indirecta.

Distinta es la responsabilidad del jefe cirujano por el hecho de un profesional de su equipo que posee autonomía científica y técnica, como en el caso del anestesista. Las opiniones fluctúan desde quienes afirman que "la aparición de especialistas con autonomía, como los anestesistas, hace que la responsabilidad se fragmente, se haga personal, porque cada uno de ellos es quien conoce bien su especialidad", hasta quienes sostienen que "el cirujano asume ante el paciente toda la responsabilidad, y que debe estar capacitado para dirigir e incluso controlar a sus colaboradores; debe ser un poco anestesista, reanimador y biólogo". Existen, asimismo, posturas intermedias.

De este modo se plantean dos grandes cuestiones: por un lado, la existencia de la autonomía técnica y científica del anestesista, y por otro, la relación de dependencia o no que existe entre este especialista y el jefe cirujano.

La doctrina reconoce la existencia de una plena autonomía científica y técnica del anestesista, sentando sobre esta premisa el principio de las responsabilidades independientes. Sin embargo, sostienen que si bien el anestesista no depende del cirujano jefe, éste tiene un deber de dirección y vigilancia sobre todos los miembros del equipo. De tal modo que si bien cada partícipe del equipo "responde por su propio hecho contractual y directamente el cirujano jefe podrá coparticipar la responsabilidad con un profesional del equipo con autonomía cien-



Responsabilidad del anestesista

tífica, si aquél incurre en culpa en cuanto concierne a sus funciones directamente y a la vigilancia en relación del equipo".

Sostiene Mosset Iturraspe que la responsabilidad que pesa sobre el cirujano jefe del equipo, cuando tuvo oportunidad de controlar y supervisar al anestesista, guarda fundamento en el principio de división del trabajo. Por su parte Ghersi, sin negar la autonomía científica del anestesista, centra su postura en las dependencias que existe entre este especialista y el cirujano jefe. Así como sostiene que "el hecho de que el anestesista posea autonomía científica, es decir que su quehacer escape al control científico del jefe de equipo quirúrgico, no lo exime a éste de responsabilidad porque existe entre ambos una relación de dependencia".

Se ha sostenido que es necesario diferenciar el caso en que el cirujano jefe sea responsable por la actividad científica del anestesista, de aquella situación en la que la responsabilidad deriva de una obligación de resultado incumplida, independiente del quehacer, como por ejemplo, la violación de la obligación de permanencia en la sala de operaciones cuando la obligación era justamente la permanencia.

Propone Urrutia limitar la responsabilidad del jefe cirujano, sosteniendo que cuando se haya acreditado la intervención y culpa de profesionales con autonomía científica y técnica, como el anestesista, la responsabilidad no puede extenderse solidariamente al jefe cirujano. Por su parte, la doctrina francesa sostiene que el cirujano es el único responsable en un acto quirúrgico, es la única persona con autoridad a cargo de la sala de operaciones, y que el anestesista sería una parte integrante en la intervención quirúrgica. Esta posición fue reiterada por los tribunales franceses en numerosos pronunciamientos judiciales.

En lo que respecta a nuestros tribunales de justicia, existen antecedentes en los cuales será consagrado el principio de la responsabilidad independiente, cuando concurren profesionales con autonomía científica y técnica, pero sin desconocer que el cirujano coparticipa de la responsabilidad con el anestesista si pudo o debió vigilar el acto de éste. Se ha sostenido que "si bien no compete al cirujano la tarea de oxigenación del paciente, propia de la función del anestesista, al igual que el control de parámetros vitales, compromete su responsabilidad por ser quien dirige el acto quirúrgico el hecho de haber ad-

vertido trastornos de ventilación, debió llevarlo a suspender el acto quirúrgico hasta que hubiese desaparecido dicha anormalidad. Ello es así, pues aunque el cirujano no estuviera obligado a controlar al anestesista, no puede dejar de estar al tanto de aquellos parámetros que le indicaban el estado general del paciente; máxime si, como en este caso, advirtió sobre las anomalías que constataba sin tener respuesta alguna a sus requerimientos.

Importancia de la ficha de anestesia y de la historia clínica

El efectivo control de las anestesias y la conservación de una adecuada documentación de éstas, hace necesaria la confección de una ficha anestésica que, luego de ser debidamente completada, deberá agregarse a la historia clínica.

Este documento, en el que se consignan los datos personales del paciente, condición o diagnóstico preoperatorio y evolución pos-operatoria, permite un adecuado control en cuanto al tipo de anestesia que se le suministra al paciente. El anestesista deberá asentar allí que, de acuerdo al estado del paciente se le ha suministrado una anestesia general o regional.

Wikinski y Piaggio sostuvieron que: "desde el punto de vista médico legal, la historia clínica es uno de los documentos más importantes que prepara el anestesista para la acreditación de su diligencia, prudencia y pleno conocimiento de las cosas. Ante un accidente anestésico, donde la prueba directa sobre lo que ocurrió que es imposible o extremadamente difícil, la historia clínica puede constituirse en una prueba presuncional de la mayor importancia jurídica".

Conclusión

No existe una legislación especial sobre el anestesista, por lo que para juzgar su actuación es necesario someterse a las normas generales del Código Civil y del Código Penal que se utilizan para el resto de los profesionales. El vacío legislativo se va llenando día a día por la creciente jurisprudencia que se sienta a causa de los juicios por mala praxis.



Responsabilidad del anestesista

Bibliografía

- 1. Lavalle. La página legal. "Revista Argentina de Anestesiología", 1983 Oct-Dic, Vol. 41, nro 4.
- 2. Barrios de Sánchez.La obligación de prudencia y diligencia del anestesiólogo. "Revista Argentina de Anestesiología", Jul-Sep 1985, Vol. 43, nro. 3.
- 3. Urrutia-Urrutia. Responsabilidad del equipo quirúrgico. "Revista Argentina de Cirugía", Dic 1993, Vol. 6, pag 223-226.
- Wikinski-Piaggio. Responsabilidad profesional del anestesiólogo y riesgo anestésico. "Revista Argentina de Anestesiología", 1995, Vol. 53, nro 3, pag 195-204
- Barraza. Historia dínica. Su incidencia en la responsabilidad médico profesional.
 "La Ley", 2000-A, 1171.
- 6. Pereiro. La responsabilidad civil del médico en el derecho argentino. "La Ley",
- Vázquez Ferreyra. Importancia de la historia dínica en la responsabilidad civil médica, "La Ley", 1998-C, 34.



ACTIVIDADES CIENTIFICAS

SACPER



Noticias SACPER

Comentario del XXXV Congreso Argentino de Cirugía Plástica y X Congreso de Cirugía Plástica del Cono Sur Americano.

Se llevó a cabo en Buenos Aires, en el Hotel Sheraton Convention Center, entre los días 13 y 16 de abril, el evento anual más importante de la SACPER, presidido por el Dr. Luis Alberto Margaride, y acompañado por su Comité Ejecutivo y Científico.

Fue un éxito, no sólo en concurrencia, con 800 inscriptos, sino además académico, donde se expusieron amplia y variadamente los temas que abarca nuestra especialidad. Se contó con la presencia de invitados extranjeros.

Se organizó un curso pre-congreso dirigido por el Dr. Jorge Herrera, delegado nacional de la Sociedad de Cirugía Plástica del Cono Sur Americano, en el que disertaron cirujanos plásticos que integran esta Sociedad y de toda América Latina.

Se llevaron a cabo:

- Primer Curso Interdisciplinario de Reconstrucción de Miembros
- Actualización en el Tratamiento Quirúrgico de las Quemaduras.
- Curso Básico de Seguridad Láser, con examen final y habilitación para el uso de esta tecnología.
- Mastoplastia de Aumento, Reductora y Reconstructiva.
- Primer Simposio Internacional de Cirugía.
- Reunión de la I.S.A.P.S

Se entregaron los siguientes premios:

Premio Poster a los Dres. Ares de Parga, E; Olivero Vila, F; Moreau, G y Yohena, R. con el título "Ulcera isquiática. Guía visual de tratamiento".

Mención compartida a las presentaciones de los Dres. Abrile, G; Arce, C; Vega L.F. y Luque R. con el título "Mastectomía con reconstrucción inmediata". A los Dres. Augheben, E; Colombo, M. y Biragnet Bubbio, L. con el título "Colgajo Step Lader en la reconstrucción del pulpejo" y a la de los Dres. Cúfaro, A.; Iglesias, J; De

Rosa, F. y Biffis, J con el título "Heridas graves de la cara" **Premio Senior** al Dr. Martín Diego Colombo con el trabajo: "Colgajo sural en isla a pedículo reverso para cobertura del pie equino varo congénito severo (pie bot)" Felicitamos a los organizadores por la dedicación, trabajo y esfuerzo que fue premiado con el éxito que tuvo este Congreso.

Primeras Jornadas Nacionales Interdisciplinarias de Fisuras, Labio, Naso, Alvéolo, Palatinas.

Se llevaron a cabo las Primeras Jornadas Nacionales Interdisciplinarias de Fisuras Labio Naso Alvéolo Palatinas. Se realizaron entre los días 11 y 12 de marzo del 2005, en la sede de la Universidad Católica Argentina, contando con la presencia de 270 inscriptos, integrados por cirujanos plásticos, fonoaudiólogos, odontólogos, genetistas y anestesiólogos. Se expusieron las técnicas empleadas y los resultados obtenidos en cada especialidad, que intervienen en esta patología.

Fueron dos días de intensa labor académica y de camaradería, de conocimiento y contactos con profesionales de diferentes lugares de nuestro país, estableciéndose por medio de estas Jornadas la relación del "Centro de Referencia y Contrarreferencia Nacional" con los distinguidos colegas que manejan esta patología en el interior del país, para juntos poder aunar criterios de tratamiento. Felicito a los organizadores del evento por la convocatoria y el éxito logrado.

Curso Superior de Especialización en Cirugía Plástica

La Sociedad Argentina de Cirugía Plástica, Estética y Reparadora (SACPER) informa que se encuentra abierta la inscripción para el Curso Superior de Especialización (Director: Dr. Ricardo Losardo), trienal, de carácter teóricopráctico. Otorga certificado de especialista. Es requisito para la inscripción ser médico y poseer experiencia quirúrgica (mínimo 3 años).

Cierre de inscripción: 21 de junio. Prueba de selección: 24 de junio Comienzo de clases: 1° de julio

Inscripción: Av. Santa Fé 1611 - 3º Piso - Cap. Fed.



Informes: 4816-0346 / 3757 Email: sacper@sacper.org.ar Web: wwww.sacper.org.ar

Curso Anual de Actualización en Cirugía Plástica 2005

Presidente: Dr. Aldo Mottura **Director:** Dr. Juan José Marra

Coordinador: Dr. Francisco Olivero Vila **Secretario:** Dr. Gustavo Deveaux

Del 10 de mayo hasta el 8 de noviembre

2° y 4° martes de cada mes De 21:00 a 23:00 hs. AMA

Temas

- Cirugía Nasal
- Cirugía Orbito Palpebral
- Cirugía del Contorno Corporal (2 módulos)
- Cirugía Maxilofacial
- Cirugía de Quemados
- Auriculoplastia y Fisurados
- Cirugía de Rejuvenecimiento Facial (2 módulos)
- Cirugía de los Colgajos
- Cirugía Mamaria (2 módulos)
- Cirugía de Reconstrucción de Cabeza y Cuello

Condiciones de inscripción

Miembro de la SACPER	\$150
Miembro de Sociedades Filiales	\$200 -

Inscripciones:

Sociedad Argentina de Cirugía Plástica

Estética y Reparadora Tel: 4816-3757/0342 Fax:4816-0342 www.sacper.org.ar www.cirplastica.org.ar

sacper@cirplastica.org.ar sacper@sacper.org.ar

IV Jornada Universitaria de Cirugía Plástica.

15 de junio de 10:30 hs. a 20:30 hs. Pontificia Universidad Católica Argentina Edificio Santa María de los Buenos Aires. Auditorium San Agustín. Av. Alicia Moreau de Justo y Belgrano - Puerto Madero. Reunión Conjunta SACPER y SCPBA.

Invitados Extranjeros:

Profesor Dr. Mauricio Nava- Milán - Italia. Profesor Dr. John H. Barker Louisville - USA Profesor Dr. Wolfgang Friederich - Hamburgo, Alemania Dr. Jorge Villegas - Santiago de Chile, Chile.

Il Curso Internacional de Cirugía Mamaria

9-10 septiembre 2005

Four Seasons Hotel Buenos Aires.

E-mail: pilarponcedeleon@fibertel.com.ar

Tel/fax: 4567-4481 / 4639-4820





Discurso del Presidente de la SACPER entrante: Dr. Aldo Mottura

Primeramente quiero manifestarles que me siento honrado de estar al frente de esta tan prestigiosa Sociedad. Es el más alto honor al que un cirujano plástico puede aspirar. Quiero también agradecer a quienes confiaron en mí y me trajeron hasta aquí, tarea que tomaré con toda seriedad y espero cumplir con la mayor eficiencia, aunque desde ya veo que no nos va a ser fácil igualar las gestiones de quienes nos precedieron. Pero este grupo de notorios y reconocidos profesionales que conforman esta nueva Comisión Directiva creo que nos asegura una seria gestión.

Por no ser de aquí, pocos conocen mis antecedentes profesionales. Yo nací en Santa Fé y me fui a estudiar Medicina a Córdoba. Allí me quedé y nacieron mis hijos y nietos. De modo que tengo 17 años de santafesino y 42 de cordobés. Años atrás me emocione con los emotivos discursos de Osvaldo Cudemo y Jorge Buquet cuando contaron de sus queridos maestros y de sus pasos por estos hospitales. A mí también me hubiera gustado que mis maestros hubieran sido Marino-Malbec-Viñas-Davis-Maquieira-Benaim o tantos otros cirujanos argentinos prestigiosos y reconocidos. Pero el destino me llevó por otros caminos. Luego de dos años en cirugía general y traumatología, comencé en el Hospital de Niños con el Dr. Begue y el Dr. Pierini. Al poco tiempo gané una beca para especializarme en Alemania donde he estado un año en Cirugía Maxilofacial de la Universidad de Hamburgo, cuatro meses en la Clínica Recth der Isar en Munich, cuatro meses en Servicio de Manos del Hospital de Emergencias de Hamburgo, visité centros de Cirugía Plástica de Stuttgart y Düsseldorf, de Quemados de Ludwishafen, Bochum y Frankfurt. En Inglaterra he estado un mes en East Grinstead, en Londres con David Matheus y en Rotterdam con Van der Maulen. En 1987, en Campinas-Brasil visité durante un mes al Dr. Baroudi y realicé varias visitas a Pitanguy y Ronaldo Pontes. En Estados Unidos he estado tres veces con Tom Rees, dos veces con Robert Singer, tres con Sam Hamra en Dallas, habiendo estado una semana con Ralf Millard y dos veces con Tom Baker en Miami. También, como algunos de los que están aquí presentes, visité al Dr. Juri y al Dr. Davis.

En Córdoba, he sido Jefe del Servicio de Cirugía Plástica del Hospital de Urgencia durante 20 años habiendo estado en los hospitales Aeronáutico y en el Hospital Nacional de Clínicas.

En la Universidad Nacional de Córdoba fui 11 años docente de la Cátedra de Anatomía y 29 años de la Cátedra Patología Quirúrgica. Rendí mi tesis doctoral 1981, sobre el tema "Circulación de la Mama y su Cirugía Estética". Finalicé la Carrera Docente completa en 1983 y obtuve el título de Profesor Adjunto en 1985.

Es un gran honor presidir esta prestigiosa y antigua Sociedad. Es idea de esta próxima Comisión Directiva, continuar la línea y los trabajos comenzados por el Dr. Buquet, seguir estudiando para tratar de lograr un entrenamiento único de la especialidad, vamos a hacer lo posible por aumentar el número de asociados a la SACPER, así como incrementar su prestigio y reconocimiento internacional. Tal como hasta ahora, trataremos de llevar adelante una gestión simple y transparente y que las decisiones sean tomadas por toda la Comisión Directiva y con el asesoramiento permanente de los ex presidentes, consultando con todos los asociados en los temas de interés general

Para poder llevar adelante esta difícil tarea, vamos a necesitar del consejo de todos ustedes.

Estamos abiertos y atentos a todas las sugerencias, ideas o proyectos que puedan beneficiar a esta Sociedad; serán bienvenidos.

Por último, quiero agradecer a mis padres por la educación que me han dado, por haberme inculcado la importancia del aprendizaje y haber insistido en que estudie otros idiomas. A mi mujer e hijos, que han tenido que acomodarse a esta profesión tan exigente, mi mayor reconocimiento y agradecimiento. Sin su ayuda y comprensión, yo no estaría aquí. Esperamos que todo este año, estemos todos juntos en este esfuerzo.

Dr. A. Mottura

ACTIVIDADES CIENTIFICAS

FILIALES



Sociedad de Cirugía Plástica de La Plata

Presidente: Dr. Jorge Canestri - (021) 155085552 o

jcanestri@radar.com.ar

Vicepresidente: Dr. Roberto Lamonega- 0221) 155088421 o lamonega@netverk.com.ar

Secretario: Dr. Néstor Vincent - 021) 151-4403888 o

vincent@elsitio.net

III Curso Internacional Cirugía Estética y Reparadora de los Párpados y de la Orbita

Organiza: Sociedad de Cirugía Plástica de La Plata

Inscripción e informes

Sede:

• Estudio Maril

Tel.: 4567-4481 / 4639-4820 estudiomaril@fibertel.com.ar

• Sociedad de Cirugía Plástica de La Plata

Tel.: 0221-427-3213 info@scirplasticalaplata.org.ar www.scirplasticalaplata.org.ar

Jockey Club Multiespacios

Salón Dorado Avenida 7 N° 834 e/48 y 49 Ciudad de La Plata

Todos aquellos que deseen inscribirse a la brevedad podrán hacerlo los días 14 y 15 de abril en el XXXV Congreso Argentino de Cirugía Plástica que se realizará en el Sheraton Buenos Aires Hotel & Convention Center.

Cronograma de Reuniones:

Lugar y Hora: Sociedad Médica de La Plata: Calle 50 N°374. La Plata - 20.30 horas.

ABRIL

Miércoles 27

Reunión Conjunta con la Sociedad de ORL de La Plata

MAYO

Viernes 6

Asamblea Extraordinaria

Miércoles 18

Revisión de la cirugía de la calvicie: Dr. Oscar Marinacci

JUNIO

Sábado 4

III Curso Internacional. Cirugía estética y reparadora de los párpados

Miércoles 22

Bioplastias y bloqueantes musculares: Dr. Luis Heredia

JULIO

Miércoles 20 ó 27

Presentación de trabajos

AGOSTO

Miércoles 24

Algoritmo en el tratamiento de los siliconomas mamarias. Algoritmo en el tratamiento de las prótesis rotas: Dr. O. Zimman

SEPTIEMBRE

Viernes 16 ó 23

Reunión Conjunta con Filiales de SACPER

OCTUBRE

Miércoles 26

Gluteoplastias de aumento: bases anatómicas. Injertos grasos: Dr. Marcelo Robles

NOVIEMBRE

Miércoles 23

Presentación de trabajos Acto eleccionario

DICIEMBRE

Miércoles 14

Memoria y balance Asamblea Anual Ordinaria Asunción de la nueva CD Cena del Presidente





Sociedad de Cirugía Plástica de Buenos Aires

Presidente: Dra. Martha O. Mogliani **Vicepresidente:** Dr. Luis M. Ginesín **Secretario General:** Dr. Héctor Leoni

Cronograma de actividades.

• Martes 3 de mayo:

Tema central: Rejuvenecimiento facial: Dr. Julio Cianflone

Cirugía transconjuntival: Dr. Eduardo Errea

Roof, Soof: Dr. Francisco Errea Toxina botulínica: Dr. Luis Heredia Láser periorbitrario: Dr. Sergio Korzin

Tema central: Rejuvenecimiento del tercio inferior de cara

Láser: Dr. Sergio Korzin Rellenos: Dr. Luis Heredia Cirugía: Dr. Enrique Gagliardi

Un caso de difícil solución: Siliconoma de cara: Dr. Os-

valdo Cudemo

• Martes 17 de mayo:

Tema central: Reunión Conjunta con Unidades Académicas USAL

Reconstrucción mamaria.

Abdominoplastias.

Contorno corporal.

Presentación de un caso de difícil solución

• Martes 7 de junio:

Tema Central: Consideraciones sobre rinoplastia, a cargo del Servicio de Cirugía Plástica del Hospital Ramos Mejía

Coordinador: Dr. Manuel Viñal

Rinoplastias estéticas:

- Cerrada: Dra. Nora Petralli

- Abierta: Dr. Alberto Abulafia

- Injertos: Dr. Claudio Saladino

Insuficiencia respiratoria: Dr. Darío Roitman

Reconstrucción nasal:

- Reconstrucción: Dr. Walter Servi

- Nariz leporina: Dra. María A. Nagahama

Discusión

Un caso de difícil solución en rinodeformidad: Dr. César Nocito

• Miércoles 15 de junio:

Reunión Conjunta con Unidades Académicas: Universidad Católica Argentina y la Sociedad Argentina de Cirugía Plástica, Estética y Reparadora. Jornada Internacional Universitaria

Director de la Carrera de Cirugía Plástica UCA, Dr. Enri-

que Gagliardi

Presidente SACPER, Dr. Aldo Mottura Presidente SCPBA. Dra. Martha Mogliani

Presidente SCPBA, Dra. Martha Mogliani Salón San Aqustín, UCA. Horario: de 10.30 a 20 horas.

Se otorga certificado. Inscripción sin cargo

Disertantes extranjeros y argentinos.

• Martes 5 de julio:

Tema central: Mamas

- Reconstrucción mamaria: Dr. Enrique Gagliardi
- Diagnóstico por imágenes con prótesis (Mamoton): Académico Dr. Roman Rostagno
- Últimos tratamientos en el cáncer de mama: Dr. Daniel
 Vuoto
- Casos de difícil solución en mamas: Dr. Oscar Zimman

• Martes 2 de agosto:

Reunión Conjunta con la SACPER.

Lifting frontal pre e intrapiloso: Dr. Aldo Mottura Lifting frontal endoscópico: Dr. Francisco Errea Lifting frontal con incisiones reducidas: Dr. Jorge Herrera

• Martes 16 de agosto:

Tema central: Normas vigentes para habilitar locales pa-

ra cirugía ambulatoria: Dr. Florencio Casavilla

Tema central: Aspectos legales en Cirugía Plástica: Dr.

Julio Albamonte y Dr. José Angel Patitó

Un caso de difícil solución.

• Martes 6 de septiembre:

Homenaje a expresidentes

• 12 de septiembre: Fecha límite para presentar trabaios para optar a Premio Anual de la S.C.P.B.A.

• Martes 20 de septiembre:

Cirujanos Plásticos Junior

Temas:

- Fisuras
- Urgencias en Cirugía Plástica
- Cirugía Plástica Oncológica

Fecha límite de presentación de trabajos en la sede de la SCPBA: 1/8/05.

Tiempo de exposición: 5 minutos

Requisitos: Cirujanos Plásticos con hasta 10 años en la especialidad.

Se otorgará una mención especial al mejor trabajo de cada tema

Comisión Evaluadora: Dres. Pedro Dogliotti, Héctor Marino y Ricardo Yohena.

• Martes 4 de octubre: Tema a designar

Martes 1 de noviembre:

Examen a Miembro Titular

Jurado: Dres: Osvaldo Cudemo, Abel Chajchir y Enrique Gagliardi Tiempo límite para postularse: 30 de julio

• Martes 6 de diciembre:



Sesión de Trabajos a Premio

Fecha límite para presentar trabajos a Premio: 12 de septiembre

Jurado: Dres. Víctor Nacif Cabrera, Carlos Reilly, Jorge Herrera y Raúl Fernández Humble

* X Simposio Internacional de Cirugía Plástica

"Siglo XXI", 21 y 22 de octubre de 2005. Marriot Plaza Hotel - Buenos Aires SCPBA Tel.: 4816-3757/0346 Fax. 4816-0342 info@scpba.com.ar www.scpba.com.ar





Sociedad de Cirugía Plástica de Córdoba

Presidente: Dr. Luis Nahas (0351) 469-0075 o

(0351) 460-0544

Vicepresidente: Dr. Miguel Descalzo (0351) 4923067

Secretario: Dr. Marcelo Fuentes



Sociedad de Cirugía Plástica de Mendoza

Presidente: Dr. Luis Sananes (0261)425-1391 o

sananes@lanet.com.ar

Vicepresidente: Dr. Alejandro Gutiérrez (0261) 4224860 o janog@ciudad.com.ar

Secretario: Dr. Roberto Benedetto (0261) 4441317 o

rbenedetto@hotmail.com



Sociedad de Cirugía Plástica del Nordeste

Presidente: Dr. Walter Britos Romeo -

wbritos@infovia.com.ar

Vicepresidente: Dr. Jorge Díaz García -

jorgediazgarcia@arnet.com.ar **Secretario:** Dra. Iris Hebe Blanco - drahebeblanco@yahoo.com.ar



Sociedad de Cirugía Plástica de Mar del Plata

Presidente: Dr. José Luis Tesler - (0223) 4920973

4864242

Vicepresidente: Dr. José Luis Soplan - (0223) 4798447

Secretario: Dr. Gustavo Invierno



Sociedad de Cirugía Plástica de Tucumán

Presidente: Dr. Miguel Corbella -

miguelcorbella@arnet.com.ar o (0381) 4306101 **Vicepresidente:** Dr. Hugo Mayer - (0381) 4221808

Secretario: Dr. Roberto Serrano



Sociedad de Cirugía Plástica de Rosario

Presidente: Dr. Guillermo Siemienczuk -

quillermosie@arnet.com.ar

Vicepresidente: Dr. Ernesto Moretti -

drmoretti@tutopia.com **Secretario:** Dr. Carlos Zavalla

El día 4 de abril, se realizó el cambio de autoridades de la Comisión Directiva, que asumió para el período 2005-2006, y luego el Dr. Manuel Viñal, Jefe de la División Cirugía Plástica del Hospital Ramos Mejía, nos brindó la conferencia "Reconstrucción estética nasal".

23 de mayo:

"Actualización, y manejo del paciente fisurado": Dra. María Angélica Nagahama

"Metodología para presentar un trabajo científico": Dra. Sandra Filiciani

Junio: "Primer Encuentro de Cirugía Plástica y Dermatología"

Se presentaran cuatro conferencias sobre temas de interés mutuo para ambas especialidades, brindadas por dos dermatólogos y dos cirujanos plásticos

Julio:

Reunión dedicada únicamente a todos los materiales de rellenos y toxina botulínica.

Contaremos con la presencia de los Dres. Luis Heredia y Carlos Pestalardo de Buenos Aires y un panel de cirujanos rosarinos, con un Work Shop en el intermedio.



SECCION

PARA PENSAR

Para entretenerse y pensar...

La moral es una ciencia que enseña, no cómo debemos ser felices, sino cómo hemos de ser dignos de la felicidad.

Kant

Actúa de modo que te guste formar parte de un mundo en el que cada uno obraría lo mismo que tú.

Kant

El arte de olvidar puede ser esencial para el arte de vivir.

M.O.M

Sólo los débiles recalcan exageradamente la importancia de no cambiar de opinión.

M.O.M

Los hombres pueden dividirse en tres clases:

- 1. Los que creen ser donjuanes
- 2. Los que creen haberlo sido
- 3. Los que creen haberlo podido ser pero no quisieron

Ortega y Gasset

REGLAMENTO

DE PUBLICACIONES

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

- -Titulo 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 índex Medicus.

4. Cuerpo del trabajo

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

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

- B. Material y 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:

- Articulos 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 Publising, Inc., 1990. Pp. 215-227.
- Capítulos de libros: Dellon AL. "Radical sensory neme entrapment". En: Operative neme repair and reconstruction. Vol. II. Editor: Richard H. Gelber-man. Ed. iB Lippincott Company, Phíladelphia, 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 considera necesario se puede añadir un comentario a la tabla tras el titulo.

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 trabaio.
- -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.

