



REVISTA ARGENTINA DE
Cirugía Plástica

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

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

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 Inchaurreaga (Cirujano Maestro)

Dr. Raúl Laguine (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: revistaargcirplas@fibertel.com.ar

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

Sumario

- 112 Editorial
-
- 114 Manejo quirúrgico y sistematización de tratamiento en secuelas de fracturas orbitomales
-
- 124 Tratamiento de las fracturas nasales en agudo
-
- 129 Lipoabdominoplastia. Técnica Saldanha
-
- 135 Necrosis cutánea en 30% de la superficie corporal (SCT) en recién nacido pretérmino. Presentación de caso
-
- 142 Optimizando el bolsillo subglandular en implantes mamarios : utilización del plano subfasial
-
- 146 Pedagogía Médica
-
- 149 Actividades Científicas SACPER
-
- 151 Actividades Científicas Filiales
-
- 154 Obituario

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 Flaherty

Secretario General

Dr. Héctor Salvador Marino (h)

Pro-Secretario

Dr. Guillermo Daniel Vázquez

Tesorero

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 Ginesin
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 Vinal

Video

Dr. Justo La Torre Vizcarra
Asistentes: Dr. Sergio Polichela,
Dr. Ernesto Trainé
Dr. Marcos Salazar

Estudio de Examen

Único a M.T.

Coord.: Dr. Guillermo Flaherty -
Dr. Ricardo Yohena

Comisión Informática

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

Relación con Filiales

Dr. Víctor Oscar Vassaro

Historia de la SACPER

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

Comité de Recertificación

Presidente: Dr. Julio Cianflone
Secretario: Dr. Jorge Herrera
Vocales: Dr. Horacio García Igarza
Dra. Martha Mogliani
Dr. Ernesto Moretti
Rep. de Comisión Directiva:
Dr. Héctor Marino

Parlamentario

Dr. Héctor Marino (h)

Centro de Referencia y Contrarreferencia para el Tratamiento de Fisuras Labioalveolopalatinas

Directora General:

Dra. Susana Ruiz

Coordinadora General:

Dra. Martha Mogliani

Coordinadora Científica:

Dra. Angélica Nagahama

Secretaría:

Dra. M. Pilar Sánchez

Tesorero:

Dr. Francisco Famá

Secretaría de Relaciones

Públicas: Dra. Paulina Iwanyk

Representantes Regionales:

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

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



REVISTA ARGENTINA DE

Cirugía Plástica

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

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

Sociedades Filiales Años 2004-2005

Sociedad de Cirugía Plástica de Buenos Aires

Av. Santa Fe 1611- 3° (1060) Capital Federal
Tel: 4816-3757/ 0346- Fax: 4816-0342
Presidente: 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 Gutiérrez
Secretario General: Dr. Roberto Benedetto

Sociedad de Cirugía Plástica de La Plata

Calle 50 - N°374 - (1900) La Plata
Tel./Fax: (0221) 422-5111
Presidente: Dr. Jorge Walter Canestri
Vicepresidente: Dr. Roberto Lamonega
Secretario: Dr. Néstor Vincent

Sociedad de Cirugía Plástica de Rosario

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

Sociedad de Cirugía Plástica del Nordeste

Junín 1712 (3400) Corrientes
Tel/Fax: 437700
Presidente: Dr. Walter Britos Romeo
Vicepresidente: Dr. Jorge Díaz García
Secretario: Dra. Iris Hebe Blanco

Sociedad de Cirugía Plástica de Mar del Plata

Guemes 2968 P.A. (7600) - Mar del Plata - Argentina
TE: (0223) 486-2068 Fax: (0223) 486-2068 E-mail: 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 Ángel Corbella
Vicepresidente: Dr. Hugo Mayer
Secretario: Dr. Roberto Serrano



Editorial

Ética y Cirugía Plástica

(Conferencia presentada el 15 de junio de 2005, en la IV Jornada Universitaria de Cirugía Plástica de la UCA)

Cuando el Prof. Dr. Gagliardi me invitó a dar una conferencia sobre Ética en Medicina, pensé que era lo mismo que hablar sobre ética en Cirugía Plástica o ética en la vida cotidiana de cada uno de nosotros. Una persona coherente no puede practicar conductas opuestas sino dejaría de ser coherente.

Creo que sobre ética es mucho lo que se ha escrito. Podemos encontrar definiciones de ética desde lo racional a lo religioso, desde el autoritarismo al humanismo y al relativismo moral de nuestra época. Por eso comenzaremos esta conferencia con una frase, y después quiero hacer un ejercicio de análisis con ustedes. La frase dice así: "Cuando el hombre ya no encuentre placer en su trabajo o trabaje sólo para alcanzar sus placeres lo antes posible y de cualquier modo, entonces seguramente será casualidad que no se convierta en delincuente".

Me he preguntado, les pregunto: No es cierto que cada uno de nosotros eligió esta hermosa profesión que tiene sus raíces en lo más profundo del hombre con una gran dimensión vocacional y coincidirán conmigo que es una de las fuentes más profundas de satisfacción espiritual que tenemos.

Cuando nosotros perdemos el deseo de curar, no sólo el cuerpo sino también el sufrimiento psíquico, que no es otra cosa que el sufrimiento del alma, cuando dejamos de acompañar, comprender, respetar a nuestro prójimo manejándonos con indiferencia, cuando no nos comprometemos con la curación armónica de un ser doliente que acude a nosotros, estamos faltando a nuestro juramento. Pero algo tan importante como esto es que estamos faltando a un sentimiento muy profundo, como la solidaridad, el bien común que nos impulsó a estudiar y a elegir esta profesión.

Cuando nos deshumanizamos y el paciente se transforma en el enfermo de la "de la cama 3" y que no sabemos su nombre, cómo es su familia y no nos interesamos por su angustia y su lucha por sobrevivir, estamos traicionando nuestra esencia de seres humanos, estamos traicionando nuestras más profundas convicciones como la fe, la caridad, el respeto, el amor y, producimos en nuestro paciente la depresión, la desesperanza, la soledad, lo abandonamos con sus dudas e inseguridades.

Los pacientes en todos los tiempos han buscado en el médico no solo al técnico en el arte de curar, sino también a la persona a cuyo cuidado le confiaron sus vidas y sus almas. Personas que se supone han estudiado guiadas por una poderosa vocación de servicio y que juraron defender la vida. Si nosotros dotamos a nuestra profesión de un enfoque científico, de dedicación, esfuerzo, alegría en el servicio de un sentido trascendente de servir y "hacerse cargo" y aprendemos a escuchar al otro y sentirnos solamente intermediarios y no protagonistas en la curación, sólo actuando de esta manera podremos llamarnos MÉDICOS con mayúsculas.

En estos tiempos de cambios, del relativismo moral, donde todo es cuestionado, donde permanentemente se trata de modificar actitudes y valores. Donde todo es relativo y la norma es "mientras a mí no me toque" y "salvarse a costa de todo". Esto, más que relativismo moral, es en realidad indiferencia. Indiferencia por la sabiduría, por el conocimiento, por lo profundo, por el otro; frivolidad, superficialidad.

Alguna vez nos hemos preguntado qué es lo que nos diferencia a nosotros los humanos del resto del género animal? La solidaridad, el juego, el respeto, la supervivencia. Todo eso lo tienen los animales que interactúan en manadas. Lo que realmente nos diferencia es la creatividad, la fantasía, la ilusión, el soñar, trascender las fronteras de nuestro cuerpo material hacia algo tan etéreo como es el sentimiento del amor hacia nosotros y hacia los demás. El querer al otro, no por lo que nos pueda dar, sino por lo que es en sí mismo. Nos hace diferentes el compromiso no sólo para con nosotros mismos sino también para con los demás, el no huir de las responsabilidades porque las posibilidades de conductas que tenemos son innumerables, hasta podemos abstenernos de actuar, podemos actuar también con cientificismo frío o sensitivo. Tengamos en cuenta que las acciones que realizamos son transitivas, trascienden de nosotros para influir en otros. Por eso debemos tener conciencia



de nuestros actos y conocer la finalidad y las consecuencias de los mismos. Sólo el ser humano tiene la posibilidad de hacer que un acto sea edificante o no, honesto, moral o no y este accionar, tanto en la vida personal como profesional de cada uno de nosotros, irá perfilando y esculpiendo su personalidad y su estatura moral. El éxito no es real y es efímero, porque sólo existe a partir de la mirada de los otros; muchas veces depende más de la ignorancia de los otros que del propio valer. En cambio el "prestigio" sólo se da entre pares y se consigue no sólo con el saber sino también con el hacer. Prestigioso es el que deja huellas que invitan a transitarlas tanto en la vida profesional con el accionar íntimo y personal

Es muy necesario tener en cuenta que cuando creamos y estemos seguros que hemos llegado al final de lo que deberíamos saber, sólo estaremos en el principio de lo que debemos sentir, porque el paciente no es una región o un pedazo de cuerpo enfermo, sino que es un todo con vivencias, sentimientos, fracasos, éxitos y a partir de reconocer éstos, tal vez podamos comenzar a recuperar nuevamente la confianza y la magia que siempre fue la aureola de nuestra profesión. No nos olvidemos que a veces podemos curar, calmar casi siempre y consolar... siempre.

Jóvenes colegas que llegaron a esta casa ya con una instrucción médica impartida en diferentes lugares y algunos, en diferentes países. Aquí reciben la formación en la especialidad, pero la formación ética y moral dependerá más de ustedes que de sus maestros, pues esto es algo progresivo; adquirir estatura moral exige perseverancia, pequeñas victorias sobre uno mismo, esfuerzo diario en el estudio y el trabajo, un servicio de "dar" y un defecto que vencer día a día porque no son las grandes hazañas las que lo logran., sino el cotidiano ejercicio de vivir sin dañar.

Colegas: Vivir la vida significa compromiso, cambio, decidir. La decisión es lo que hace la diferencia entre ser indiferente por el sufrimiento, en verdad débil, individualista, indefinido, buscando el éxito a cualquier precio, siendo en su interior nada más que un mediocre; o se puede decidir ser honesto con decisión a pregonar y hacer el bien porque se reconoce la diferencia entre lo que está bien o mal, ganando día a día el respeto y la altura moral que sólo tienen los que son fuertes de espíritu y han logrado vencer la tentación del ego.

Quiero finalizar esta conferencia con una pequeña historia: El personaje es un multimillonario con muy pocos escrúpulos que vivía en su palacio llamado Xanadú, rodeado de grandes colecciones, de las cosas más hermosas y caras del mundo, tenía muchísimos asistentes y sirvientes que usaba para su provecho tratándolos con total abuso. Viejo y enfermo al final de su vida se paseaba por los salones de su palacio lleno de cosas preciosas y de espejos que le devolvían su solitaria imagen. Cuando muere lo hace pronunciando una palabra que nadie podía entender su significado.

Sus asistentes comenzaron a investigar y con gran sorpresa descubrieron que esa palabra era el nombre que tenía un trineo con el cual jugaba cuando era niño, momentos en los cuales vivió rodeado de afecto, amor y compañía. Esas eran todas las cosas que no pudo comprar con su dinero. Cuántas veces por ambición sacrificamos algo tan valioso como la amistad y el respeto de nuestros semejantes y colegas.

Yo tengo una conclusión para esta historia, cada uno de ustedes tendrá la suya, y yo la quiero compartir con ustedes: pienso que el amor que se compra es sólo una mentira, que la lealtad que se compra es sólo servilismo, que el respeto que se compra es sólo miedo. Cada uno de ustedes tendrá una conclusión para esta historia.

A partir de ahora, dispongamos de unos segundos de introspección para elaborar lo que significa una pequeña palabra de tres sílabas: "ética" sin haber leído una definición filosófica.

Creo que estarán de acuerdo conmigo que la síntesis sería "trata de hacer al otro lo que pretendes que hagan contigo".

O también podemos decir: "Haz las cosas de tal manera que construyas un mundo en el que quieres vivir".

M.O.M.



Manejo quirúrgico y sistematización de tratamiento en secuelas de fracturas orbitomalares

Autor: Dr. Claudio N. Saladino

Coautores: Dres. Eduardo Gallo y Manuel Viñal

Trabajo a Premio Senior XXXIV Congreso Argentino de Cirugía Plástica

División Cirugía Plástica y Reconstructiva Hospital Gral. de Agudos "J. M. Ramos Mejía"

Resumen

Sin duda alguna, el momento ideal para el tratamiento de una fractura del complejo orbitario es el inicial. En los últimos años la cirugía orbitaria ha experimentado un importante avance debido al conocimiento anatómico más detallado de la región, el desarrollo de diagnóstico por imágenes más precisos y sistemas de osteosíntesis más sofisticados que permiten obtener resultados cada vez más predecibles. Aquellos pacientes traumatizados que no acceden a una atención temprana y oportuna entran dentro del grupo de secuelas de fracturas. De acuerdo al tiempo de evolución y grado de secuela resultante hemos propuesto el siguiente algoritmo de tratamiento. A partir de las 3 semanas del accidente y hasta aproximadamente 2 meses, es factible llevar a cabo la refractura de los trazos afectados con la posterior reducción anatómica y osteosíntesis. Pasado dicho plazo se proponen diversas alternativas de tratamiento. Cirugía de camuflaje ya sea con implantes aloplásticos o con autoinjertos óseos. En el caso de secuelas de tipo funcional se pueden tratar con autoinjertos óseos o bien con osteotomías correctivas, obteniéndose resultados más predecibles con estas últimas. Se realiza un breve reseña anatómica de la región, así como detalles de técnica quirúrgica e indicaciones para cada procedimiento.

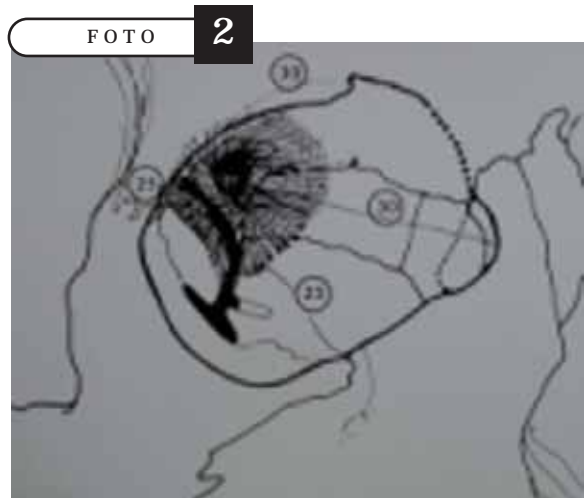
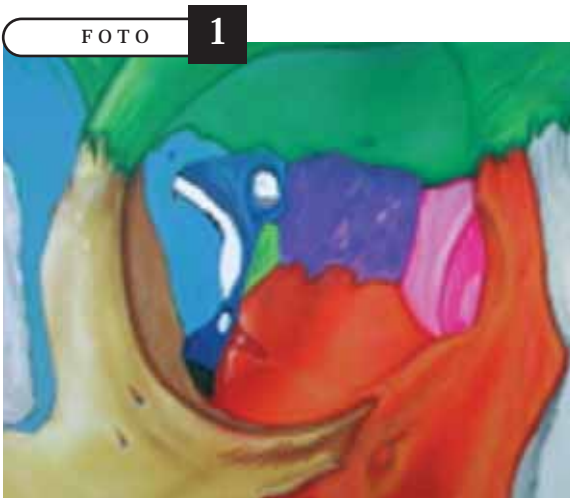
Summary

Initial days after an orbital fracture, constitutes undoubtedly, the ideal moment for its treatment. In recent years, orbital surgery experienced an important development thanks to a more accurate knowledge of the anatomy of

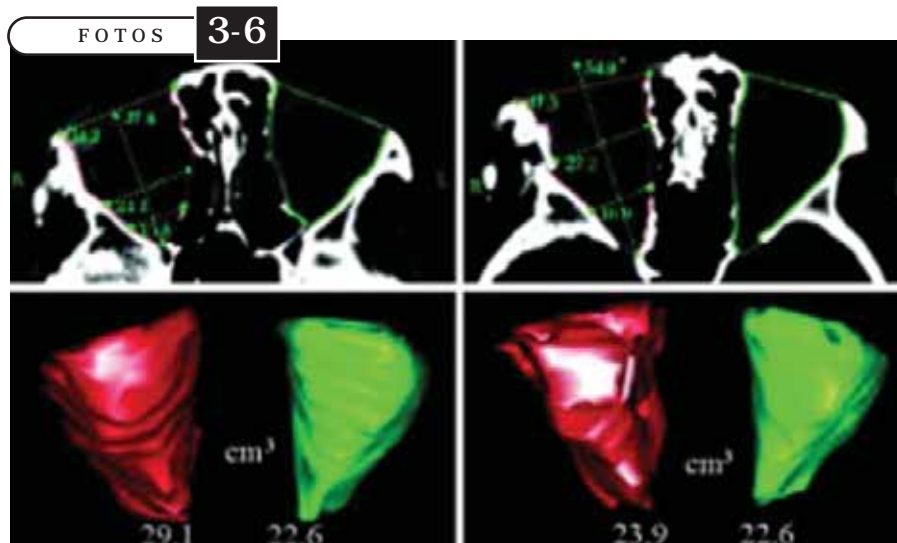
the region, to more precision in CT scan diagnosis and to sophisticated systems of osteosynthesis, which allow more predictable results. Those patients who don't have an early attention are comprised in the group of trauma seculae. According to the evolution and degree of severity, we proposed the following scheme of treatment. After 3 weeks after the accident, and up to 2 months, it is possible to perform a new fracture where the existing ones were, followed by anatomic reduction and rigid fixation. After that period, different alternatives of treatment are proposed, such as camouflage surgery with bone grafts or with alloplastic materials. When the seculae affects function, bone grafts or corrective osteotomies are preferred, obtaining better results with the osteotomies. A detail of the orbital anatomy and surgical techniques are explained for each procedure.

Introducción

En la última década el campo de la cirugía orbitaria ha experimentado un progreso significativo. Este avance se ha dado a través de tres áreas. Por una parte existe un conocimiento más detallado de la arquitectura, fisiología y anatomía aplicada de la órbita. Por otra parte, el diagnóstico clínico de las diversas patologías se ha beneficiado enormemente con el desarrollo de la tomografía computada y de mejores sistemas de osteosíntesis. Esto ha conducido a obtener mejores resultados, no solo funcionales sino estéticos. De esta manera, lesiones severas, que en el pasado no hubiesen sido posible reparar satisfactoriamente, son tratadas con resultados más que aceptables, previniendo secuelas graves



FOTOS 1 Y 2. ESQUEMA DE CONSTITUCIÓN DE LA ÓRBITA: SE OBSERVAN LOS SECTORES INFEROLATERALES (CIGOMÁTICO EN MARRÓN), SUPRAORBITARIO (EN VERDE) Y NASOETMOIDAL (ROJO). RELACIONES Y DISTANCIA DE LOS REBORDOS ORBITARIOS AL FORÁMEN ÓPTICO. ESTÁN REPRESENTADAS LAS DISTANCIAS DE DISECCIÓN SEGURA EN CADA SECTOR. (ZIDE. SURGICAL ANATOMY OF THE ORBIT).



FOTOS 3-6. DETALLE TOMOGRÁFICO CON RECONSTRUCCIÓN TRIDIMENSIONAL Y CÁLCULO DE VOLÚMENES ORBITARIOS. EN LA IMAGEN DE LA IZQUIERDA SE OBSERVA COMO VARIACIONES EN EL EJE DE LA PARED LATERAL Y MEDIAL DE LA ÓRBITA INFLUYEN EN EL VOLUMEN ORBITARIO Y POR CONSIGUIENTE EN LA POSICIÓN DEL GLOBO OCULAR

como el enoftalmos postraumático.

El momento ideal de tratamiento de estas lesiones es el inicial, procediendo de manera estandarizada a un abordaje completo, reducción anatómica, osteosíntesis y reposición de tejidos blandos. Este esquema es aplicable hasta las tres semanas según consenso internacional, disminuyendo el tiempo en niños y adolescentes en quienes se observa consolidación más temprana.

Todos los autores hacen hincapié en el tratamiento precoz

dentro de los 21 días; sin embargo, son pocas las referencias escritas que se hacen del manejo de aquellos traumatismos que han sobrepasado dicho plazo y que no entran dentro de las secuelas alejadas de fracturas orbitarias.

Consideraciones anatómicas:

La órbita desde el punto de vista quirúrgico, puede ser conceptualizada como una pirámide de base anterior.



Este modelo puede dividirse en tres secciones (Foto 1). El sector anterior correspondiente al reborde orbitario, la sección media y la posterior que corresponde al cono de la órbita. El reborde orbitario presenta tres secciones correspondientes al malar o cigoma en posición lateral e inferior, el sector supraorbitario en posición superior y lateral y finalmente el nasotmoidal en posición medial. La sección media presenta cuatro divisiones correspondientes al piso, techo y paredes laterales y mediales. Esta sección media está compuesta por hueso fino y delicado. Es importante conocer detalladamente la forma y característica de cada sección a los fines de poder reproducirla en procedimientos reconstructivos. Por último la sección posterior que incluye el foramen óptico está constituida por hueso de mayor densidad, siendo por lo general el límite de los defectos óseos que se observan el curso de una exploración orbitaria por fractura de sus paredes. De esta forma la forma y el volumen de la órbita determinarán la posición del globo ocular. Dado que el volumen orbitario es pequeño (30 a 35 cc), pequeñas variaciones del volumen pueden ocasionar severos desplazamientos del globo ocular (Fotos 3-6).

Materiales y método

Todos los pacientes fueron tratados en la División Cirugía Plástica y Reconstructiva del Hospital "Ramos Mejía", así como también en la práctica privada por los autores. En la mayoría de los casos fue utilizada anestesia general y en algunos sedación.

Todos los casos se valoran en forma preoperatoria, analizando cada región de la órbita en cuanto a posición y simetría. Es importante conocer además el mecanismo del accidente, así como saber si fue realizado en forma previa algún procedimiento reconstructivo. Asimetrías faciales, posición del globo ocular, grado de apertura bucal, así como detalle de la sensibilidad regional son registrados. Es importante la fotografía preoperatoria a fin de consensuar con el paciente los posibles alcances de la cirugía. Todos los pacientes son valorados en forma previa y seguidos en el posoperatorio por un oftalmólogo. En el caso de ser considerado un abordaje intracraneal se realiza una interconsulta previa con neurocirugía. Esta valoración clínica se complementa con estudios prequirúrgicos de rutina, así como diagnóstico por imágenes entre los que se solicitan placas simples (mentonasoplaca, frontonasoplaca, rx. base de cráneo) y tomografías computadas con cortes axiales y coronales y de ser posible con reconstrucción tridimensional, que permite muchas veces ejemplificar a los pacientes el procedimiento a ejecutar.

Según la evolución del traumatismo, la sintomatología presente y el grado de consolidación, nuestro grupo de trabajo ha desarrollado el siguiente algoritmo de tratamiento.

Traumatismos con fracturas de la región orbitaria recientes

En coincidencia con la literatura actual se sigue el esquema de: 1) abordaje amplio, 2) reducción anatómica, 3) osteosíntesis rígida de ser posible, 4) reposición ósea en aquellos casos con conminución importante y reposición o reconstrucción concomitante de partes blandas. Los abordajes generalmente utilizados son el subtarsal, palpebral superior, vestibular superior, a través de los cuales se logra acceso a casi todo el complejo orbitario en la gran mayoría de las fracturas o secuelas de las mismas, pudiendo en algunos casos ser reemplazados o complementados por la vía transconjuntival, el abordaje nasopalpebral, y abordajes coronales o hemiconales en aquellos casos que requieran tratamiento a nivel de techo orbitario, arco cigomático y pared interna de la órbita.

Traumatismos con fracturas orbitarias de más de 21 días de evolución

En aquellos casos que han sobrepasado las tres semanas de evolución hemos constatado un grado importante de consolidación de los trazos fracturarios, a nivel de los cuales las maniobras de reducción habituales pueden muchas veces, ocasionar un daño mayor, pudiendo dejar defectos importantes a nivel del piso o paredes orbitarias (según fuera observado en nuestra experiencia temprana). En estos pacientes hemos encontrado que, a través de un abordaje amplio de todos los trazos y posterior refractura de los mismos, sobre todo a nivel de los arbotantes, se obtiene un grado de movilización similar al que se observa en los estadios iniciales, permitiendo preservar indemnes, en la mayoría de los pacientes, las estructuras del piso y paredes orbitarias. La cirugía se programa y se lleva a cabo de manera similar a la de una fractura convencional. Luego de abordar los distintos trazos, se explora en forma subperióstica, el piso y paredes orbitarias comprometidas y protegiendo las estructuras del globo ocular, se procede a la refractura con escoplos laminares de 4 o 5 mm comenzando en la unión frontomalar y siguiendo con la base del pilar maxiloma-

FOTOS

7-13



FOTOS 7-13. PACIENTE CON SECUELA DE FRACTURA ORBITO-CIGOMÁTICO MALAR DE APROXIMADAMENTE 50 DÍAS DEVOLUCIÓN. SE OBSERVA LA IMPORTANTE DEPRESIÓN CIGOMÁTICA PREOPERATORIA. DETALLE INTRAOPERATORIO DE LA REFRACTURA A NIVEL DE LA UNIÓN FRONTOMALAR. RX. POSOPERATORIA MOSTRANDO REDUCCIÓN ANATÓMICA. POSTOPERATORIO A LOS 4 MESES.

lar y reborde orbitario inferior hasta obtener una franca movilización del sector fracturado y poder proceder a la reducción anatómica. Es importante la adecuada liberación de los tejidos blandos a fines de poder obtener una reposición con comodidad. Es frecuente encontrar tejido fibroso característico de los estadios iniciales de la neo-

formación ósea, el cual debe ser resecado a fin de lograr una buena consolidación posterior. Este abordaje amplio requiere una inmovilización con osteosíntesis de todos los trazos a fin de evitar mal posición por rotación de los fragmentos fracturados. Una vez reconstruida la órbita se constata en el intraoperatorio la posición del globo

ocular, así como la movilización del mismo en forma comparativa, a fines de determinar la necesidad o no de complementar el volumen orbitario para prevenir una enoftalmía posoperatoria.

En forma arbitraria, hemos aplicado este esquema de tratamiento en pacientes con traumatismos de hasta aproximadamente 60 días de evolución, encontrando una fácil movilización luego de refracturar los trazos a nivel de arbotantes.

Pasado dicho plazo, consideramos que el grado de consolidación es considerable, no siendo prudente este tipo de procedimiento, a los fines de evitar la morbilidad en la zona. Dependiendo del grado de secuela orbitaria proponemos tres alternativas de tratamiento.

Reconstrucción de secuelas de fracturas orbitarias con implantes aloplásticos

Su uso ha sido extensamente difundido desde hace años, sobre todo por especialidades distintas de la Cirugía Plástica. Materiales como silicona teflón y ácido poliláctico, han sido empleados con diversos resultados. Nuestra indicación es para aquellos pacientes que presentan secuelas cosméticas exclusivamente, es decir alteraciones del esqueleto facial sin alteraciones funcionales (oculares, sensitivas articulares). Este tipo de deformidad es frecuente de ver en aquellas fracturas conminutas o con pérdida de tejidos. En estos casos si bien hemos empleado diversos tipos de materiales, nuestra elección actual es el polietileno de alta densidad (Medpor) por su consistencia y por la posibilidad de



FOTOS 14-18. PACIENTE CON SECUELA ALEJADA DE TRAUMATISMO ORBITARIO. SE OBSERVA DEPRESIÓN Y APLANAMIENTO MALAR IZQUIERDO. RECONSTRUCCIÓN CON IMPLANTE DE MEDPOR DE REBORDE ORBITARIO. POSOPERATORIO ALEJADO A LOS 4 AÑOS.

Reconstrucción de secuelas de traumatismos orbitarios con autoinjertos óseos

En aquellos pacientes, que pasado el momento óptimo de tratamiento, presentan un grado de secuela importante, es factible la reconstrucción con autoinjertos óseos. Estos pueden ser empleados como técnica de camuflaje, de manera similar al uso de implantes previamente descrito,

o bien para tratar secuelas de tipo funcional (enoftalmos, distopia ocular, diplopía). De las alternativas posibles de zonas dadoras (calota, cresta iliaca, costilla, tibia), empleamos las dos primeras con mayor frecuencia por encontrar un alto índice de reabsorción en los injertos costales. De obtención más sencilla y con un aporte de volumen considerable, la cresta presenta el inconveniente de tener un grado de reabsorción proporcional a la cantidad de hueso esponjoso empleado, que hace difícil el cálculo intraopera-

FOTOS

20-25



FOTOS 20-25. PACIENTE CON SECUELA DE FRACTURA DE ORBITA MÁS LATERODESVIACIÓN NASAL. RECONSTRUCCIÓN CON INJERTO DE CALOTA POR APOSICIÓN MAS RINOSEPTUMPLASTIA.



torio de las cantidades a emplear. Esto hace que muchas veces uno deba optar por sobrecorrecciones, haciendo frecuente la presencia de diplopía posoperatoria, quemosis etc. La fuente ideal de hueso a utilizar es la calota por su ubicación, calidad de material y bajo grado de reabsorción. Presenta como inconvenientes, la dificultad de realizar la toma del injerto simultáneamente con la cirugía orbitaria, la necesidad de contar con entrenamiento e instrumental adecuado, la falta de flexibilidad, así como el escaso volumen que aporta requiriendo emplear en ocasiones varias capas superpuestas. De esta manera los injertos son desplazados por aposición a la zona de los defectos resultantes y fijados en lo posible con osteosíntesis rígida. Este tipo de procedimiento requiere abordajes amplios con el objeto de poder acomodar los injertos con comodidad. Los resultados definitivos son apreciados en el posoperatorio alejado (aproximadamente 6 meses). Su uso para disimular defectos del contorno facial está indicado en aquellos pacientes que no pueden acceder económicamente al empleo de implantes, o en aquellos en los cuales no sea aconsejable su uso para prevenir problemas de tipo infeccioso. La utilización de injertos óseos en el piso o paredes orbitarias para la corrección de problemas funcionales estaría indicada en aquellos casos en los cuales no sea técnicamente posible la realización de una osteotomía de reconstrucción orbitaria (Fotos 20-25).

Reconstrucción con osteotomías de reposición

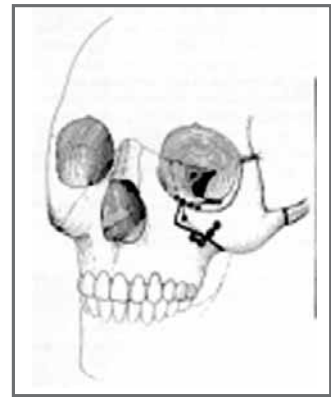
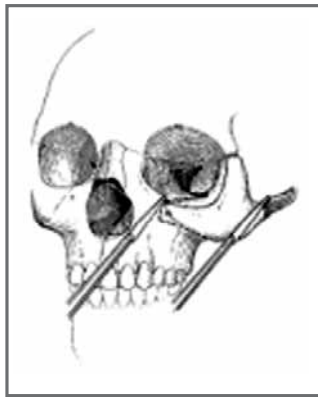
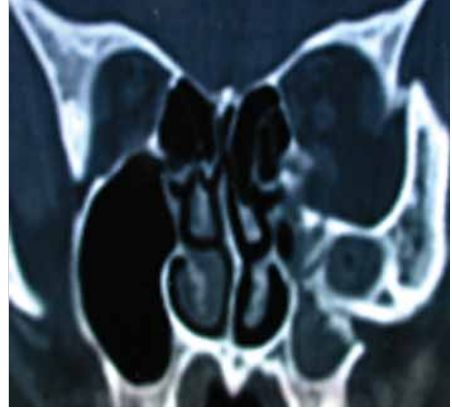
Dentro del grupo de pacientes con fracturas orbitarias no aptos para ser tratados mediante reducción y osteosíntesis o bien mediante la refractura y osteosíntesis posterior, se encuentran aquellos que presentan además un desbalance entre el contenido y el continente orbitario. Una vez establecido el enoftalmos postraumático, representa un verdadero desafío reconstructivo para el cirujano maxilofacial. Este fenómeno se puede observar en pacientes que no recibieron atención oportunamente, así como en otros en los cuales la reducción inicial fue insatisfactoria, quedando un grado de rotación inadvertido del complejo orbitario con la consecuente secuela estética y funcional. Mucho se ha escrito al respecto, proponiendo como mecanismos generadores de dicho fenómeno, el aumento en el volumen orbitario, la atrofia o necrosis de la grasa orbitaria traumatizada o encarcerada en defectos del piso o paredes, así como también la fibrosis que se genera a nivel de los tejidos orbitarios que dificulta muchas veces, la movilización adecuada de los mismos para su adecuada reposición.

Con la aplicación de conocimientos anatómicos detallados y precisos en las maniobras de reducción de fracturas, notamos que cada vez eran menos frecuente la utilización de injertos en el piso y paredes orbitarias para la prevención de este fenómeno. De esta manera, luego de una disección limitada al área con defecto de posición, a los efectos de no devascularizar las estructuras óseas comprometidas, se procede a efectuar una osteotomía a nivel de los arbotantes, y paredes orbitaria, para poder así reposicionar el complejo orbitocigomático y compensar los volúmenes previamente en desbalance. Los abordajes son los mismos empleados anteriormente, pudiendo complementarse con incisiones temporales en el caso de compromiso importante del arco zigomático. De esta manera el fragmento osteotomizado queda generalmente incluido por debajo de la unión frontomalar, lateral a la unión maxilomalar del reborde orbitario inferior y por encima de la unión entre el malar y maxilar inferior a nivel del pilar maxilomalar. Los niveles de la osteotomía son calculados y efectuados en función de la ubicación del sector fracturado, siendo en algunas ocasiones una pequeña resección ósea a nivel de la unión frontomalar de manera de ascender el fragmento y ocasionar una contracción del continente orbitario con el consecuente desplazamiento anterior del globo ocular. En aquellos casos con enoftalmías severas es lícito realizar una osteotomía con desplazamiento posterior y superior del reborde de manera de modificar la posición relativa del globo ocular. Es un error frecuente emplazar luego de la osteotomía este sector demasiado lateral lo cual originará el postoperatorio mediato un déficit en el volumen compensado. Estas osteotomías se realizan con microsierras de corte óseo, en tanto que a nivel del piso y pared lateral es preferible el uso de escoplos pequeños de 2 mm (Fotos 26-34).

Este tipo de procedimiento requiere instrumental adecuado como sierras de corte óseo e inmovilización con osteosíntesis en lo posible rígida. En aquellos casos en que existe un defecto significativo por pérdida ósea a nivel del piso o paredes, generalmente es complementado con una suplementación a dicho nivel, siendo por lo general menor la cantidad de hueso a utilizar en función de la reducción anatómica efectuada. En estos pacientes el resultado cosmético es más predecible que con la utilización aislada de injertos óseos, por cuanto los fragmentos movilizados presentan parte de su vascularización original. Sin embargo, muchas veces la presencia de fibrosis a nivel orbitario hace que no sea posible una compensación completa del enoftalmos. Esto se ve con frecuencia en aquellos pacientes tratados previamente,

FOTOS

26-34



FOTOS 26-34. SECUELA DE FRACTURA ORBITA IZQUIERDA CON ENOFTALMOS IMPORTANTE MAS APLANAMIENTO DE LA EMINENCIA MALAR. RECONSTRUCCIÓN CON OSTEOTOMÍA DE REPOSICIÓN MAS SUPLEMENTACIÓN DEL PISO ORBITARIO CON INJERTO DE CALOTA. DETALLE ESQUEMÁTICO DEL TIPO DE OSTEOTOMÍA EFECTUADA. EN ESTE PACIENTE SE MOVILIZÓ EL REBORDE ORBITARIO INFERIOR EN POSICIÓN POSTERIOR Y EL LATERAL EN POSICIÓN SUPERIOR DE MANERA DE DISMINUIR EL CONTINENTE ORBITARIO.



en los cuales se ha utilizado implantes en piso orbitario del tipo de mallas de titanio o porosas, motivo por el cual no se recomienda su utilización en dicho emplazamiento. Otro factor a tener en cuenta es la atrofia grasa que puede producirse en estos procedimientos de difícil predicción por su variabilidad de paciente en paciente. Todos los pacientes independientemente del tipo de procedimiento reconstructivo utilizado, siguen un doble esquema ATB por 7 días. Es frecuente observar un importante edema periorbitario posoperatorio, el cual es mayor en aquellos pacientes reconstruidos únicamente con autoinjertos óseos de aposición, intermedio en el caso de osteotomías de reconstrucción y menor en el caso de la utilización de implantes aloplásticos. También es factible observar tanto distopía como diplopía postoperatoria por reacomodación de los ejes visuales. En todos los pacientes tratados, se efectúa en forma previa al cierre la suspensión de tejidos de la mejilla así como cantopexias laterales y eventualmente mediales de ser necesario. Es importante en aquellos pacientes con pobres mecanismos protectores del globo ocular, así como en aquellos que presentan lesiones a nivel palpebral, la adecuada cobertura del globo, sea por oclusión o por reconstrucción simultánea de las estructuras palpebrales afectadas y partes blandas adyacentes.

Discusión

El desarrollo de la Cirugía Plástica y Maxilofacial ha tenido en la última década numerosas publicaciones referentes al manejo de fracturas de los complejos orbitarios. La mayoría de estos trabajos están referidos al manejo agudo de la patología teniendo en cuenta sistemas de salud bien organizados y con recursos físicos considerables. En nuestro medio aún es frecuente ver pacientes con traumatismos de varios días y a veces semanas de evolución sin tratamiento, debido a inconvenientes en el diagnóstico clínico inicial, en las dificultades para realizar estudios por imágenes adecuados, así como para la derivación a centros especializados en este tipo de patología. De esta manera encontramos a pacientes con patología, cuya resolución no puede ser llevada a cabo de la manera convencional, a efectos de no agregar morbilidad. Asimismo, muchos de estos pacientes no presentan déficit funcional, siendo su principal motivo de consulta, la deformidad ósea cosmética resultante. Por otra parte encontramos otro grupo de pacientes con secuelas a nivel orbitario que han recibido tratamiento inicial en el momento oportuno, pero cuya resolución no ha sido del todo exitosa en cuanto se obser-

van reducciones insuficientes o bien déficit óseos no tratados. De esta manera, de acuerdo al grado de evolución en el tiempo y la deformidad resultante, hemos planteado distintas alternativas de tratamiento combinando procedimientos de índole estética (uso de implantes) o bien con técnicas de cirugía craneofacial (osteotomías orbitarias) para lograr nuestro objetivo. De esta forma, de acuerdo a la evolución del traumatismo y al grado de secuela hemos sistematizado el tratamiento de estos pacientes. En aquellos cuyo tiempo no supera las 3 semanas, el esquema de reducción y osteosíntesis es aplicado de manera estandarizada. Luego de este periodo inicial, encontramos un grupo importante de pacientes, cada vez mayor que, por alguna de las causas previamente mencionadas, no pueden acceder a una atención oportuna. Es este grupo en que aplicamos el esquema de abordaje amplio, refractura, reposición anatómica de los segmentos comprometidos y osteosíntesis de los mismos, simultáneamente con el tratamiento de las partes blandas, hemos observado resultados similares a los de la atención temprana cuando antiguamente eran considerados como secuela de tratamiento y diferido el mismo en varios meses. Una vez que se ha consolidado el proceso de osificación a nivel de las fracturas, se analiza en conjunto con el paciente el grado de secuela que presenta y las posibilidades de tratamiento. El desarrollo de la tomografía computada permite establecer con bastante exactitud la extensión del daño orbitario, dando una idea de la magnitud de la extensión del procedimiento reconstructivo a realizar. La adquisición de nuevos materiales aloplásticos asimismo han contribuido enormemente al tratamiento de aquellos pacientes cuyo déficit pasa por la esfera de lo cosmético, permitiendo ofrecerle un resultado bastante predecible en el corto plazo con mínima morbilidad y pronta reinserción laboral. Si bien el uso de tejido óseo autólogo es preferible al aloplástico, en la reconstrucción del contorno facial por secuelas de órbita, encontramos que implica procedimientos significativamente mórbidos, cuyos resultados son apreciables a largo plazo en función de la reabsorción que sufren y que, en comparación con los resultados obtenidos con el uso de implantes o de osteotomías correctoras, pasan cada vez a tener un lugar más relegado para su uso como único procedimiento reconstructivo. La aplicación de procedimientos utilizados en malformaciones craneofaciales, como lo son las osteotomías correctivas de la órbita, para el tratamiento de estas secuelas, han aportado resultados alentadores en el manejo de esta patología difícil



de manejar como lo es el enoftalmos postraumático. La posibilidad de contar con diagnósticos por imágenes tridimensionales, así como sistemas confiables de fijación rígida, permiten que los resultados sean cada vez más previsible.

Finalmente no existe manejo completo de la patología orbitaria si no es tenida en cuenta la agresión que sufren las partes blandas y cuyas secuelas son muchas veces lo suficientemente graves como para opacar todo esfuerzo que haya sido realizado a nivel óseo. El momento ideal de tratamiento es el inicial en el que deben aplicarse todos los recursos

necesarios para la resolución de estos traumatismos. Todos aquellos procedimientos que sean realizados posteriormente pasan a ser considerados como manejo de secuelas.

Asimismo es importante la concientización a nivel de los distintos sistemas de emergencias y atención inicial en la correcta y oportuna derivación de estos pacientes a centros especializados dado que muchas veces las secuelas más graves son aquellas que han recibido tratamiento insuficiente.

Bibliografía

1. Manson, Paul Facial injuries, in Mc Carthy Plastic Surgery. p 867, 1990, Vol 2, part 1.
2. Zide, B. Jelks G. Surgical anatomy of the orbit. Raven Press 1990.
3. Tessier P. Plastic surgery of the orbit and eyelids. p. 80 Masson Publishing, 1981.
4. Wolfe S. The influence of Paul Tessier on our current treatment of facial trauma, both in primary care and in the management of late sequelae, in Secondary management of craniofacial disorders, Clinics in Plastic Surgery. Vol 24 N. 3 July 1997.
5. Spinelli H. Current treatment of post-traumatic deformities: residual orbital, adnexal, and soft tissue abnormalities, in Secondary management of craniofacial disorders, Clinics in Plastic Surgery. Vol 24 N. 3 July 1997.
6. Longaker M, Kawamoto H. Enoftalmos revisited, in Secondary management of craniofacial disorders, Clinics in Plastic Surgery. Vol 24 N. 3 July 1997.
7. Grant M, Manson P. Strategies for the treatment of enoftalmos, in Secondary management of craniofacial disorders, Clinics in Plastic Surgery. Vol 24 N. 3 July 1997.
8. Manson, P. Reoperative facial fracture repair in Grotting's Reoperative Plastic & reconstructive Surgery. p. 677.
9. Phillips J, Gruss J. Current concepts in the use of bone grafts in facial fractures: Basic Science Considerations. Advances in craniomaxillofacial fracture management. Clinics in Plastic Surgery. Vol 19 N. 1.1992.
10. Rohrich R. Optimizing the management of orbitozygomatic fractures. Advances in craniomaxillofacial fracture management. Clinics in Plastic Surgery. Vol 19 N. 1.1992.
11. Hardesty R. Secondary craniomaxillofacial fractures. Current principles of management. Advances in craniomaxillofacial fracture management. Clinics in Plastic Surgery. Vol 19 N. 1.1992.
12. Byrd S, Hobar C. Optimizing the management of secondary zygomatic fracture deformities. Advances in craniomaxillofacial fracture management. Clinics in Plastic Surgery. Vol 19 N. 1.1992.
13. Yaremchuk M. Changing concepts in the management of secondary orbital deformities. Advances in craniomaxillofacial fracture management. Clinics in Plastic Surgery. Vol 19 N. 1.1992.
14. Pearl R. Treatment of enoftalmos. Advances in craniomaxillofacial fracture management. Clinics in Plastic Surgery. Vol 19 N. 1.1992.
15. Hammer B. Orbital fractures. Diagnosis operative treatment. Secondary corrections. Hogrefe publishers. 1995.
16. Prein J. Manual of internal fixation in the cranio-facial skeleton. Springer Verlag, 1998.





Tratamiento de las fracturas nasales en agudo

Dr. Eduardo E. Marchioni*

Trabajo presentado en el XXXV Congreso Argentino de Cirugía Plástica.

* Cirujano Plástico Recertificado
Cirujano de Planta Permanente Sección Cirugía Plástica Hospital I. Pirovano (GCBA).
Miembro Titular SACPER y SCPBA
Fellow del American College of Surgeon

Resumen

La nariz es el rasgo más prominente de la cara y las fracturas de los huesos nasales son las más comunes de las fracturas faciales.

La pirámide nasal requiere mucho menos poder en el impacto para lesionarse que otras áreas del macizo facial. El cirujano que asiste un paciente con una fractura de los huesos de la nariz se encuentra con varias opciones de tratamiento, y debe ser cuidadoso en su elección dada la frecuencia importante de las deformidades postraumáticas.

Summary

The nose is the most prominent feature in the face. The fractures of the nasal bones are the most common in the universe of the facial fractures.

The nasal pyramid requires less power to be injured than other areas of the face, which have more resistance to impact. A surgeon facing a patient with a nasal bone fracture, has several options for treatment and must be very careful in choosing the right one, to avoid post traumatic deformities. A revision of the cases of nasal fractures assisted at the I. Pirovano Hospital in Buenos Aires between September 2002 and November 2004 was done, plus some cases of private practice, arriving to 26 cases (n=26). Analyzing these cases and revising the proper bibliography we obtained the concepts given in the present paper.

The nose is divided topographically in three areas and the possible structures to be affected in each one are described. Steps to a correct diagnosis and the most adequate treatment for the injuries are given using a well known and world spread american colleagues classification (Stranc and Robertson).

Materiales y método

Se revisaron los casos de fracturas nasales asistidos en la Sección Cirugía Plástica del Hospital "Pirovano" entre setiembre del 2002 y noviembre del 2004 y algunos casos de la práctica privada (n = 26). Del análisis de los mismos y la revisión bibliográfica surgen los conceptos del presente trabajo.

Resultados

Para agilizar la comprensión se divide topográficamente a la nariz en tres sectores y se describen las estructuras que pueden afectarse. Se brindan las pautas para una correcta evaluación inicial y se enuncian los tratamientos mas adecuados, de acuerdo con el tipo de lesión diagnosticada. Se utiliza para ello una clasificación simple y efectiva.

Introducción

La nariz es el rasgo más prominente de la cara y las fracturas de los huesos nasales son las más comunes dentro del espectro de las fracturas faciales (Figura 1). La pirámide nasal requiere, para ser lesionada, mucho menos fuerza en el impacto que otros sectores del macizo facial y su creciente frecuencia coloca al cirujano ante varias opciones de tratamiento (Figuras 2a y b).

Aunque las fracturas nasales son consideradas por muchos como lesiones de menor importancia, la incidencia de deformidad postraumática sigue siendo alta y oscila en los diferentes autores consultados entre un 14 y un 50%. La rinoplastia de revisión en una deformidad nasal traumática puede tornarse a veces una intervención bastante dificultosa por lo cual es necesario actuar a conciencia en especial en los momentos iniciales del tratamiento.

FIGURA 1

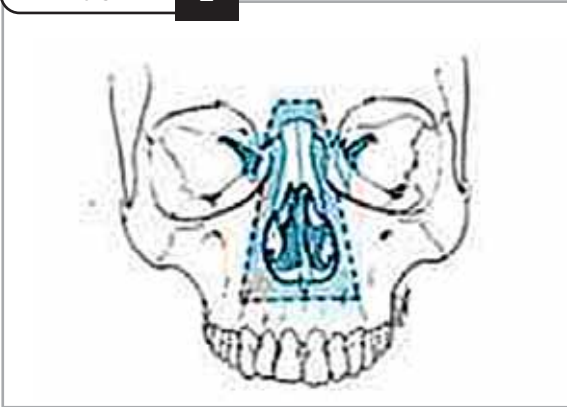


FIGURA 1. ESQUEMA DE LA PIRÁMIDE NASAL ÓSEA Y SUS ESTRUCTURAS ANATÓMICAS

FIGURA 2a

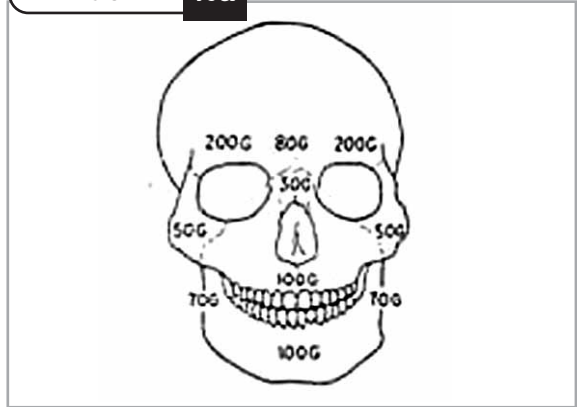


FIGURA 2A. RESISTENCIA AL IMPACTO (EN FUERZAS G) DE LOS DISTINTOS SECTORES DEL MACIZO FACIAL

FIGURA 2b

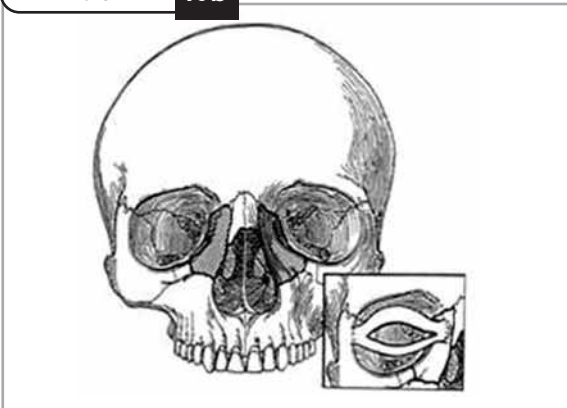


FIGURA 2B. POSIBILIDAD DE ALTERACION DEL CANTO ORBITARIO EN LAS FRACTURAS NATALES

FIGURA 3

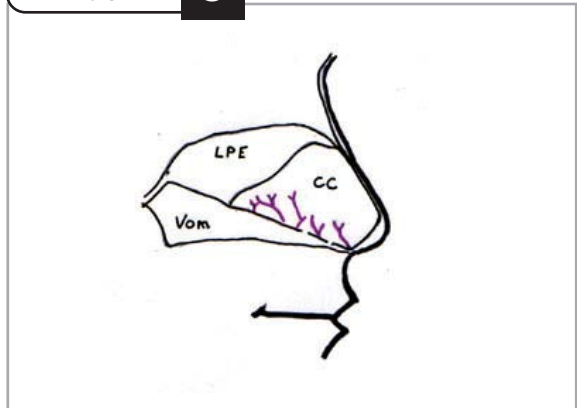


FIGURA 3. COMPROMISO LEVE DEL SEPTUM EN FRACTURAS DE BAJA VELOCIDAD

FIGURA 4

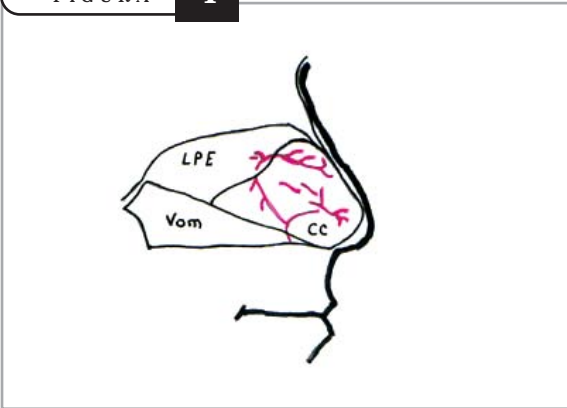


FIGURA 4. MAYOR COMPROMISO SEPTAL EN FRACTURAS DE ALTA VELOCIDAD

FIGURA 5

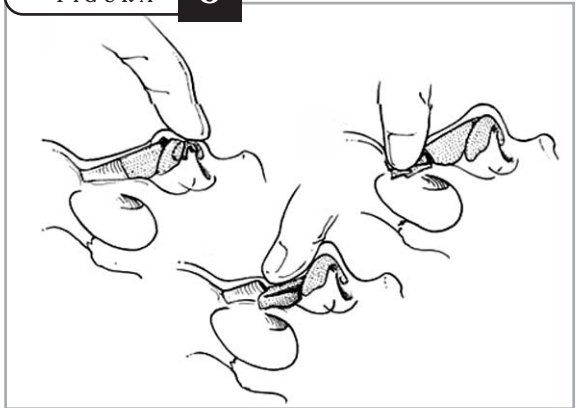


FIGURA 5. PALPACIÓN DE LAS ÁREAS NATALES LESIONADAS

Numerosos factores contribuyen a un mal resultado estético alejado entre los cuales se incluyen: la oportunidad del tratamiento, el edema y su comportamiento variable e impredecible, deformidades nasales preexistentes y no detectadas al momento del traumatismo y las complicaciones que pueden pasar inadvertidas o si no son buscadas como las complicaciones del septum nasal, hematomas, desviaciones y fracturas (Figuras 3 y 4).

Materiales y método

Se revisaron los casos de fracturas nasales asistidos en el Hospital "I. Pirovano", en la Sección Cirugía Plástica, entre septiembre de 2002 y noviembre de 2004 y algunos casos de la práctica privada (n = 26). Del análisis de los mismos y la revisión de la bibliografía surgen los conceptos vertidos en el presente trabajo.

Resultados

La división topográfica de la nariz en tres sectores agiliza y asiste en la localización certera de las áreas lesionadas. Un recuerdo anatómico de la misma es útil: el tercio superior o bóveda superior contiene a los huesos propios de la nariz, parte del etmoides, el extremo superior del septum y al vómer; el tercio o bóveda media a los cartílagos triangulares, casi todo el septum o tabique y la maxila y el tercio o bóveda inferior los cartílagos alares y el septum inferior.

El examen inicial del paciente traumatizado debe iniciarse con una concienzuda inspección, a veces dificultada por el edema pero que no debe ser pasada por alto. Lue-

go una palpación sectorial delicada permitirá identificar los sectores afectados y el compromiso óseo o cartilaginoso (Foto 5) para efectuar acto seguido una rinoscopia o inspección intranasal con espéculo y buena iluminación. Un examen radiográfico simple completa y documenta sobre todo las lesiones del sector óseo. La radiografía no debe reemplazar al examen clínico pues éste es mucho más acertado en determinar la severidad de la injuria. Por supuesto que si la situación lo necesita se deben complementar los exámenes con estudios tomográficos o de resonancia magnética nuclear, que brindarán mayor claridad de imagen pero dilatarán el tiempo del tratamiento.

Stranc y Robertson propusieron en 1979 una clasificación diagnóstica, de gran utilidad y practicidad, sobre todo en la urgencia, que distingue entre las fracturas causadas por impacto frontal y las causadas por impacto lateral. Nosotros le agregamos un tercer ítem que son las lesiones asociadas o complejas.

Discusión

Fracturas por impacto frontal (Fotos 6 y 7)

El tratamiento inicial en las fracturas de impacto frontal comprende:

- Reducción cerrada
- Reducción abierta
- Laceración externa

Las indicaciones para una reducción cerrada son:

- las fracturas unilaterales de la pirámide nasal con un dorso estable.



FOTO 6. PACIENTE CON FRACTURA NASAL POR IMPACTO FRONTAL



FOTO 7. PACIENTE CON FRACTURA NASAL POR IMPACTO FRONTAL

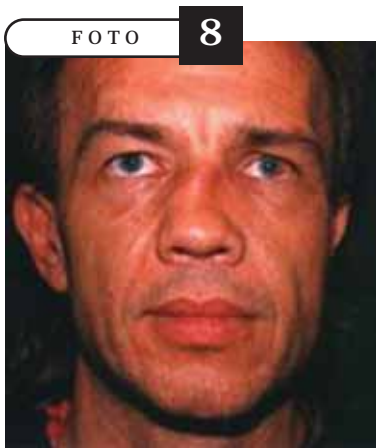


FOTO 8. PACIENTE CON FRACTURA NASAL POR IMPACTO LATERAL



FOTO 9. PACIENTE CON FRACTURA NASAL POR IMPACTO LATERAL



FOTO 10. FRACTURA NASAL CON LESIONES ASOCIADAS



FOTO 11. FRACTURA NASAL CON LESIONES ASOCIADAS



FOTO 12. SEVERO TRAUMATISMO PANFACIAL



- las fracturas nasales bilaterales que no tengan un compromiso importante del tabique
- a disrupción del cartílago triangular en su unión con la bóveda superior

Las indicaciones para una reducción abierta son:

- la fractura nasal bilateral con dislocación del dorso,
- las infracciones del dorso
- las fracturas de la pirámide cartilaginosa.

A pesar de que muchos autores reportaron que la reducción abierta puede mejorar los porcentajes de los resultados posoperatorios, la mayoría de los cirujanos sigue prefiriendo el abordaje cerrado de la lesión aguda, dejando la reducción abierta para un segundo tiempo o utilizando en caso de producida una laceración externa que a modo de incisión preexistente brinde acceso a las estructuras internas. Otros autores recomiendan una osteotomía para completar la fractura si esto ayuda a estabilizar la reducción

Fracturas de impacto lateral (Fotos 8 y 9)

Las fracturas de impacto lateral pueden tratarse con reducción cerrada, reposicionando el hueso con una pinza de Rowe o Asche y colocando un taponamiento nasal de sostén por 48 o 72 horas. Esto no se aplica si la fractura es conminuta y la inestabilidad de los fragmentos es mucha, lo que debe solucionarse mediante la colocación de placas o alambre.

La oportunidad del tratamiento es idealmente en las horas siguientes al trauma, pero una reducción puede ser exitosa en cualquier momento dentro de las dos semanas de la injuria. Es importante recordar que una reducción abierta no es una rinoplastia, por lo tanto puede ser necesaria una revisión posterior más adelante. Esto de-

be ser advertido y comunicado al paciente o sus familiares para evitar posibles malentendidos.

Lesiones asociadas y/o complejas (Fotos 10, 11 y 12)

Mencionamos estos casos, dado que, aunque no son los más frecuentes, nos colocan en la posición de ingresar a quirófano para el tratamiento multidisciplinario (junto a traumatología, neurocirugía o cirugía general). Las fracturas nasales, a veces junto a otras fracturas faciales, son un componente más dentro de un conjunto de lesiones que deben ser evaluadas, estudiadas y tratadas, en lo que habitualmente se denomina como politraumatizado. Respetando la premura de cada caso y de acuerdo a la prioridad de las lesiones, el cirujano plástico deberá ir completando el tratamiento de las injurias que le competen a la especialidad.

Complicaciones

Las complicaciones que pueden ocurrir pueden ser tempranas o tardías. La temprana más frecuente es el hematoma submucoso en el septum, ya sea uni o bilateral, que requiere el drenaje inmediato. Si pasa inadvertido, de ahí la gran importancia mencionada del examen endonasal, puede llevar a la destrucción setal con la consiguiente nariz en silla de montar. Las complicaciones tardías son: la gibba dorsal postraumática, la pirámide nasal desviada, las deformaciones septales y las obstrucciones de la vía aérea.

Conclusión

Rowe y Williams en 1985 enunciaron: "La llave para un buen resultado en una nariz rota no depende de la técnica utilizada, sino fundamentalmente del mantenimiento de la estabilidad de los fragmentos posterior a la reducción".

Bibliografía

1. Rohrich R. y Adams W. Nasal fracture management: minimizing secondary nasal deformities. *Plast. Reconstr. Surg.* 106:266,2000.
2. Verwoerd CDA. Present day treatment of nasal fractures: closed versus open reduction. *Facial Plast. Surg.* 8:220,1992.
3. Kurihara K, Kim K. Open reduction and interfragment wire fixation of conminuted nasal fractures. *Ann. Plast. Surg.* 24:179,1990.
4. Pollock RA. Nasal trauma: pathomechanics and surgical management of acute injuries. *Clin. Plast. Surg.* 19:133,1992
5. Dingman RO and Converse JM. The clinical management of facial injuries and fractures of the facial bones. En J.M. Converse (Ed) *Reconstructive Plastic Surgery Vol. 2* Philadelphia Saunders,1977
6. Rhee Seung Chul y col. Septal fracture in simple nasal bone fracture. *Plast. Reconstr. Surg.* 113:45,2004.
7. Stranc MF, Robertson G A. A classification of injuries of the nasal skeleton. *Ann. Plast. Surg.* 2:468,1979.
8. Murray JA. y col. Open v closed reduction of the fractured nose. *Arch. Otolaryngol.* 110:797,1984.
9. Luce EA, Tubb TD y Moore AM. Review of 1.000 major facial fractures and associated injuries. *Plast. Reconstr. Surg.* 63:26,1979.
10. Markowitz BL y col. Management of the medial canthal tendon in nasoethmoid orbital fractures: the importance of the central fragment in classification and treatment. *Plast. Reconstr. Surg.* 87:843,1991.
11. Hollier L, Rohrich R J. Facial fractures I: upper two-thirds. *Selected readings in Plastic Surgery vol 8 # 26* Pag 23. Baylor University Medical Center.
12. Manson P N y col. Toward CT based facial fracture treatment. *Plast. Reconstr. Surg.* 85:202,1990.



Lipoabdominoplastia Técnica Saldanha

Dres. Osvaldo Ribeiro Saldanha*, Ewaldo Bolívar de Souza Pinto**, Pablo R. Paolucci***.

Departamento de Cirugía Plástica, Universidad "Santa Cecilia"
UNISANTA - Santos, San Pablo, Brasil.

* Regente del Servicio de Cirugía Plástica "Dr. Ewaldo Bolívar de Souza Pinto" Universidad Santa Cecilia, Santo, Brasil.

** Director del Curso de Pos-Graduación en Cirugía Plástica, UNISANTA - Santos, Brasil.

*** Residente del Servicio de Cirugía Plástica "Dr. Ewaldo Bolívar de Souza Pinto" UNISANTA - Santos, Brasil.

Dirección para correspondencia: Dr. Pablo Paolucci - Av. Ana Costa, 1 20, CEP 11060 - 000 - Santos - SP, Brasil.

E-mail: paoluccipa@yahoo.com

Resumen

Presentamos un nuevo concepto quirúrgico para el tratamiento estético de la región abdominal, utilizando los principios de lipoaspiración asociados con abdominoplastia tradicional. La lipoabdominoplastia difiere de otras técnicas quirúrgicas, por tener la ventaja de conservar los vasos perforantes de la pared abdominal, preservando la sensibilidad suprapúbica, resultando en un mejor contorno abdominal, con baja tasa de complicaciones y una rápida recuperación en el posoperatorio.

La abdominoplastia tradicional ha sido usada por muchos años, sufriendo varias modificaciones para alcanzar un mejor contorno estético y disminuir sus complicaciones. Sin embargo, cada modificación resolvía parcialmente los problemas.

Comienza la cirugía con lipoaspiración superficial (técnica tumescente de infiltración), lipoaspirando tanto la capa profunda como la superficial del tejido subcutáneo. La piel debajo del ombligo es reseca como en la abdominoplastia clásica. Después de esto, se realiza un descolamiento seguro y selectivo del colgajo dermocutáneo en la región media del abdomen superior entre los bordes de los músculos recto abdominales, preservando principalmente la irrigación de los vasos de la pared abdominal.

Summary

We present a new surgical concept for the aesthetic treatment of the abdominal region using the principles of liposuction associated with the traditional abdominoplasty. Lipoabdominoplasty is different for other techniques because it has the advantages of conserving perforator vessels of the abdominal wall, it preserves suprapu-

bic sensibility, results in better abdominal contouring, has a low rate of complications, and a faster recuperation after surgery. The traditional abdominoplasty has been used for many years with several modifications intending to achieve better aesthetic contouring and to reduce complications. However, each modification solves problems only partially. The authors perform the surgery beginning with wet lipoplasty in superficial and fat layers. The skin below the umbilical scar is excised as in classical abdominoplasty. After that, selective and safe undermining of the dermocutaneous flap is done in the middle section of the upper abdomen between the borders of the rectus abdominis muscle, preserving mainly supply vessels of the abdominal wall.

Palabras clave: lipoaspiración, abdominoplastia, lipoabdominoplastia

Introducción

A partir de 1980, con el advenimiento de la lipoaspiración introducida por Illouz (1), hubo un gran progreso en el abordaje de la región abdominal, con cambios en la indicación de las abdominoplastias, subdividiéndolas en lipoaspiración, lipoaspiración con pequeña resección de piel suprapúbica y abdominoplastia tradicional con lipoaspiración complementaria de dorso y flancos.

En 1985, Hakme (2) describió la miniabdominoplastia, asociándola a la técnica de lipoaspiración, con resección del exceso de piel de la región suprapúbica, para casos seleccionados.

Recientemente, en el año de 2000, Avelar (3) presentó



un trabajo donde retira piel parcial de la región suprapúbica, semejante a Hakme, sin descolamiento del colgajo infraumbilical y sin resección del panículo adiposo, preservando la cicatriz umbilical.

Dentro de esta evolución, un gran avance fue la lipoaspiración superficial descrita por Souza Pinto (4,5), en la cual se preconiza el tratamiento de la grasa superficial y profunda, promoviendo una mayor retracción de la piel. A pesar del avance técnico con relación al tratamiento de la región abdominal, la abdominoplastia clásica (6,7) todavía es un procedimiento quirúrgico que presenta, estadísticamente, un gran número de complicaciones, tales como hematoma, seromas, epiteliolisis y necrosis de piel, además de reintervenciones para corrección de cicatrices y "orejas de perros" en el posoperatorio tardío. El amplio descolamiento del colgajo abdominal es, sin duda, el gran responsable por la alta incidencia de seromas, epiteliolisis y necrosis de piel, principalmente en los pacientes fumadores.

Algunos cirujanos (8) practican la lipoaspiración y abdominoplastia en el mismo momento quirúrgico, aunque la gran mayoría utilice dos momentos distintos para esos dos procedimientos (generalmente con un intervalo de seis meses entre ambos), debido al riesgo de compromiso vascular.

En 1992, Illouz (9) publicó una técnica de abdominoplastia sin descolamiento, indicada para pacientes con abdomen en delantal o abdominoplastias supraumbilicales, donde se realizaba resección en bloc encima de la cicatriz umbilical, seguida de lipoaspiración superior y neo-onfaloplastia, pudiendo todavía ser realizada una plicatura limitada de los músculos rectos abdominales.

La lipoabdominoplastia, como la preconizamos, acrecienta a aquella técnica una selección más amplia de pacientes, siendo que actualmente, la utilizamos en todos los casos de indicación de abdominoplastia clásica. La resección se restringe a la piel infraumbilical, preservando la circulación linfática y los tejidos conectivos, siendo la grasa aspirada. Observamos todavía la diferencia en el tratamiento de la cicatriz umbilical, que realizamos del modo tradicional, técnica en estrella (10) y en casos con diástasis de los músculos rectos abdominales, la plicatura es realizada en la línea media desde el pubis al apéndice xifoide.

El objetivo de este trabajo es presentar un nuevo concepto quirúrgico para el tratamiento estético de la región abdominal, utilizando los principios de la lipoaspiración y de la abdominoplastia tradicional, sin descolamiento del colgajo. El deslizamiento de la piel supraumbilical al encuentro de la región púbica es realizado de manera amplia y natural, debido a los túneles producidos por las cánulas de lipoaspiración. De esta forma, son

preservados los vasos perforantes abdominales, disminuyendo el comprometimiento vascular de la piel del colgajo abdominal.

Materiales y método

Fueron operados en el período de enero del 2000 a junio del 2005, 573 pacientes (562 mujeres y 11 hombres), con edad entre 25 a 67 años.

Los pacientes que presentaban indicación para abdominoplastia clásica fueron seleccionados para la utilización de lipoabdominoplastia, inclusive los pacientes con diástasis de los músculos rectos abdominales.

Técnica quirúrgica

Una vez realizada la marcación, la región abdominal es infiltrada con solución fisiológica con adrenalina a 1:1.000.000 ml (Foto 1).

Se inicia la aspiración por la región supraumbilical (Foto 1), continuándose con los flancos y región infraumbilical (Foto 2). Terminada la lipoaspiración, se aísla el ombligo y se reseca exclusivamente la piel infraumbilical (Foto 3) (semejante a la abdominoplastia clásica), sin embargo preservándose el panículo remanente de fino espesor, tejido conectivo y vasos linfáticos, arteriales y venosos (Foto 4). En el caso de que fuera necesario, es realizada una lipoaspiración complementaria, a cielo abierto. En este momento, son utilizados dos ganchos para elevar el colgajo para completar la lipoaspiración del abdomen superior, uniformizando los túneles (Foto 4). Para mejor elevación del ombligo, se divulsiona la grasa de la región supraumbilical.

En pacientes donde haya indicación de plicatura de los rectos abdominales, se realiza la divulsión o descolamiento del tejido subcutáneo sobre la línea media, evitándose ultrapasar los bordes internos de estos músculos, preservándose así los vasos perforantes abdominales (Foto 5). En la parte infraumbilical, se reseca el tejido grasoso en la línea media, realizándose, a seguir, la plicatura de la aponeurosis, del modo convencional.

Se efectúa la "onfaloplastia en estrella", que consiste en una marcación "en cruz" en la piel del abdomen.

El ombligo es, entonces, exteriorizado y pinzado por los puntos cardinales, siendo entonces realizadas pequeñas resecciones triangulares entre estos pinzamientos, de modo que el ombligo se encaje en la incisión cruciforme de la piel, fijándolo con puntos subdérmicos de nylon 5-0.

El cierre del abdomen es realizado en dos planos, con mononylon 3-0 en el tejido celular subcutáneo, y 5-0 subdérmicos. En todos los casos fueron utilizados drenajes aspirativos, retirados por vuelta del 5º día postoperatorio (Foto 6).

FOTO 1



FOTO 1. MARCACIONES

FOTO 2



FOTO 2. LIPO EN ABDOMEN SUPERIOR

FOTO 3



FOTO 3. RESECCIÓN DE PIEL

FOTO 4



FOTO 4. LIPOASPIRACIÓN COMPLEMENTARIA (ABDOMEN INFERIOR)

FOTO 5



FOTO 5. VASOS PRESERVADOS Y LIPO COMPLEMENTARIA (ABDOMEN SUPERIOR)

FOTO 6



FOTO 6. MARCACIÓN DE PLICATURA

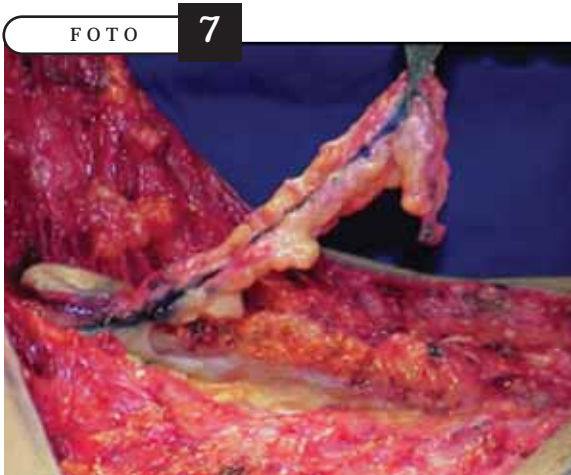


FOTO 7. RESECCIÓN EN LA LÍNEA MEDIA (INFRA-UMBILICAL)



FOTO 8. PLICATURA DE LA LÍNEA MEDIA



FOTO 9. DRENAJES Y ASPECTO FINAL

Resultados

Los resultados fueron considerados buenos, tanto por nuestra evaluación como por los pacientes. En dos casos observamos la presencia de seromas, en el 12º día de posoperatorio, que fue resuelto satisfactoriamente, con dos sesiones de aspiración con jeringa. No se presentaron complicaciones como hematomas, dehiscencia de sutura, necrosis o infección, solo un caso de epiteliólisis de 0,5 cm en la región media de la cicatriz abdominal (Foto 7).

El ajuste de los bordes del colgajo con la región supra-púbica tuvo mejor acomodación, debido a la homogeneidad en el espesor del tejido grasoso, proporcionada por la lipoaspiración. Consecuentemente, se observó que las "orejas de perro" ocurrieron en un porcentaje

menor que la técnica tradicional, además de una cicatriz final de menor extensión.

También se observó una mejoría en la forma y en el contorno corporal, con una apariencia más joven del abdomen (Foto 8).

Discusión

La cirugía plástica abdominal clásica presenta una morbilidad elevada, al transcurrir la necesidad de un gran descolamiento, donde son seccionados los vasos linfáticos y perforantes que nutren el colgajo abdominal.

Los fundamentos de la técnica de lipoabdominoplastia se basan en el no descolamiento del colgajo abdominal, preservando los vasos perforantes y linfáticos, disminuyendo las

complicaciones causadas por los grandes descolamientos, como seromas, hematomas, epiteliolisis y necrosis de piel. Esta técnica promueve el tratamiento de la adiposidad localizada en todas las regiones del abdomen, traccionando más ampliamente las áreas más altas del abdomen superior, proporcionando una silueta abdominal más armoniosa (Foto 9).

Aunque casi la totalidad de los cirujanos utilice la plicatura de los rectos abdominales rutinariamente, hay trabajos que cuestionan su efectividad en los casos leves y moderados de diástasis,⁽¹¹⁾ teniéndose en cuenta la capacidad de contención musculoaponeurótica que es reforzada por la fibrosis postoperatoria

Conclusión

La búsqueda por mejores resultados y la disminución del índice de complicaciones son, sin duda, la mayor preocupación de los cirujanos plásticos.

Con la lipoabdominoplastia creemos haber encontrado una manera más segura y con menor morbilidad, en el tratamiento de la región abdominal, con resultados más armoniosos. Este nuevo abordaje proporciona una silueta abdominal más joven, mejor acomodación del colgajo con la región suprapúbica, cicatrices menores y más estéticas.

CASO 1

FOTO 10a

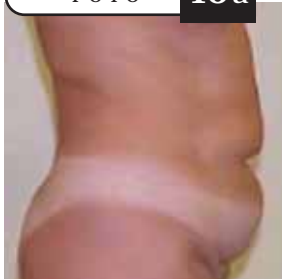


FOTO 10A. PREOPERATORIO

FOTO 10b

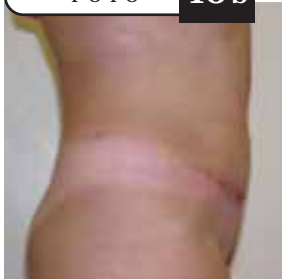


FOTO 10B. 10 DÍAS POSOPERATORIO

FOTO 10c

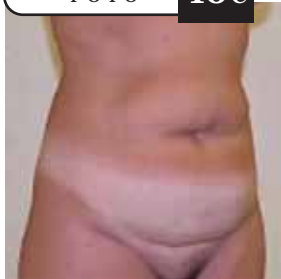


FOTO 10C. PREOPERATORIO

FOTO 10d

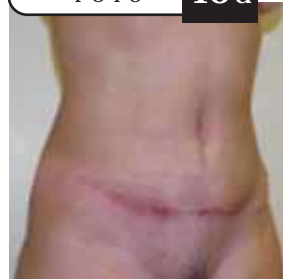


FOTO 10D. 10 DÍAS POSOPERATORIO

CASO 2

FOTO 11a



FOTO 11A. PREOPERATORIO

FOTO 11b



FOTO 11B. 12 DÍAS POSOPERATORIO

FOTO 11c

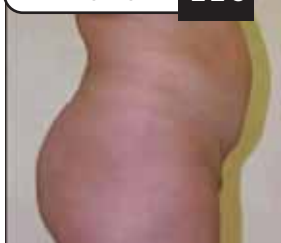


FOTO 11C. PREOPERATORIO

FOTO 11d



FOTO 11D. 12 DÍAS POSOPERATORIO

CASO 3

FOTO 12a



FOTO 12A. PREOPERATORIO

FOTO 12b



FOTO 12B. 1 AÑO
POSOPERATORIO

FOTO 12c



FOTO 12C. PREOPERATORIO

FOTO 12d



FOTO 12D. 1 AÑO
POSOPERATORIO

Bibliografía

1. Illouz, Y.G.: Study of subcutaneous fat. *Aesth. Plast. Surg.* 1990; 14:165.
2. Hakme, F. – Technical details in the lipoaspiration associated with liposuction. *Rev. Bras. Cir.* 1985; 75(5):331-7.
3. Avelar, J.M. – Abdominoplasty: a new technique without undermining and fat layer removal. *Arquivo Catarinense de Medicina*, 2000; 29:147-9.
4. Souza Pinto EB, Almeida AE, Knudsen AF, Andrade SM, de Medeiros JC.: A new methodology in abdominal aesthetic surgery. *Aesthetic Plast Surg.* 1987;11(4):213-22.
5. Souza Pinto, E. B. – Superficial Liposuction. Ed. Revinter, 1999 : 01-04.
6. Pitanguy I., Natale F. C. de A., Henrique N. R., : Contour Surgery in the patient with great weigh loss. *Aesth. Plast. Surg.* 2000; 24:406-411.
7. Pitanguy I.: Abdominoplasty: Classification and surgical techniques. *Rev Bras. Cir.* 1995; 85:23-44.
8. Dellerud, E.: Abdominoplasty combined with suction lipoplasty: a study of complication, revisions, and risk factors in 487 cases. *Ann. Plast. Surg.* 1990 ; 25 (5): 333-8.
9. Illouz, YG : A New Safe and Aesthetic Approach to Suction Abdominoplasty. *Aesth Plat Surg.* 1992; 16:237-245.
10. Saldanha, O: Star-Shaped Onfhaloplasty, 498 : *Annals of The International Symposium –RAPS/90 - São Paulo- March 1990 .*
11. Marques, A. – Abdominoplasty without muscle plication. *Rev. SBCP*:1993; 8(2):103-8.



Necrosis cutánea en 30% de la superficie corporal (SCT) en recién nacido pretérmino. Presentación de caso

Dres. Carlos Sereday*, Elba López Turconi**, Ana Pedraza***;
Diego Steinberg****, Silvia Bossi*****, Hugo Drago*****
XXXV Congreso Argentino de Cirugía Plástica

* Médico cirujano especialista en Cirugía Plástica y Quemados - Coordinador del equipo de Atención Integral del Quemado.
** Médica pediatra de Planta especialista en Neonatología - Servicio de Neonatología. Clínica y Maternidad "Suizo Argentina"
*** Médica Pediatra. Jefa de Servicio de Neonatología - Clínica y Maternidad "Suizo Argentina"
**** Médico cirujano especialista en Cirugía Plástica del equipo de Atención Integral del Quemado
***** Médica especialista en Quemados - Coordinadora del Área Quemados del equipo de Atención Integral del Quemado
***** Médico cirujano especialista en Cirugía Plástica y Quemados - Jefe del equipo de Ablación e Implantes de piel de la Clínica y Maternidad "Suizo Argentina"

Resumen

Las grandes pérdidas de la cobertura cutánea y los fenómenos toxo-inflamatorios que se asocian, ya se trate de quemaduras, necrosis tóxica epidérmica o procesos bacterianos productores de toxinas con gran destrucción tisular, configuran una situación clínica crítica con alto riesgo de vida.

Con los principios de tratamiento de grandes quemados(), el control de la infección local y sistémica, el sostén clínico intensivo en una unidad de máxima complejidad y la adecuada asistencia nutricional y respiratoria se pudo tratar satisfactoriamente una fascitis necrotizante con pérdida de la cobertura cutánea en aproximadamente un 30% de la SCT causada por una infección por *Estreptococo beta hemolítico grupo A* en un recién nacido pretérmino (RNPT) de 1287 g al nacer.

En los 120 días de tratamiento se pudo obtener:

1. La resección quirúrgica y por escarolisis espontánea de tejidos desvitalizados.
2. Control de cuatro procesos sépticos a los siguientes gérmenes: *Estreptococo beta hemolítico grupo A*, *Candida albicans*, *enterococo* y *estafilococo coagulasa negativo meticilino resistente*.
3. La re-epitelización de las lesiones de tronco y miembro inferior izquierdo (MII) mediante técnicas de "moist healing" o curas húmedas con cubiertas transitorias, sintéticas permeables a gases.

4. Cobertura de la exposición de dos tercios proximales de la tibia con el sistema de cierre de heridas por cámaras de vacío "Vacuum Assisted Closure™".
5. Un satisfactorio crecimiento del neonato con más de 4,200 k de peso a los 118 días de evolución.
6. La habilitación de la institución frente al Instituto Nacional Central Único de Ablación e Implante (INCUCAI), para realizar transplantes de piel de donadores vivos relacionados.

Al egreso presentaba como secuelas generales:

1. Enfermedad pulmonar crónica sin requerimientos de oxígeno en el momento del egreso institucional.

Y como secuelas localizadas:

1. Pie en varo-equino por destrucción del paquete tibial anterior en la pierna izquierda,
2. Fístula osteocutánea en la cara anterior del tercio superior de tibia en esa extremidad de 0,2cm de diámetro refractaria al tratamiento por vacío y resultado del cierre por colgajo dermograso rotatorio infrapatelar.
3. y cicatrización fibro-hialina en tronco que configuran secuelas estéticas en aprox. 2 ó 3 % de la SCT.

Palabras clave: cobertura cutánea, fascitis necrotizante, *Estreptococo beta hemolítico grupo A*, recién, ácido; pre-término, curas húmedas con cubiertas transitorias, cierre de heridas por cámaras de vacío



Summary

Great losses of the body skin associated to accompanying toxo-inflammatory phenomena in extensive burns, toxic epidermal necrolysis (TEN) or destroyed tissue due to bacterial released exotoxins or endotoxins configure life threatening critical clinical situations.

With treatment strategies applied in extensive burns, local and systemic infection surveillance, intensive clinic care in a maximum complexity neonatal unit and both nutritional and respiratory support an infectious necrotizing fasciitis with tissue damage over 30% of the Body Surface Area (BSA) caused by Streptococci beta hemolytic Type A in a 1287 gram Pre Term (PT) New Born could be successfully reverted.

On the 120 days of treatment the following goals were obtained:

1. Spontaneous escharolysis and surgical debridement of devitalized tissues
2. Control of two septicemic events; the 1st one predominant by Streptococci at three days after birth and a 2nd one by Candida
3. clearance by the INCUCAI (National Institute for Ablations and Transplants) for the surgical team and hospital to perform allogenic skin grafting from live related donors.
4. Moist healing with synthetic transitory dressings achieving complete re-epithelization of exposed areas in the trunk and left inferior limb (MII)
5. Coverage of bone exposition of the 2/3 proximal portions of tibia using the "Vacuum Assisted Wound Closure" with a continuous vacuum chamber method.
6. and a normal-like growth of the newborn who reached a weight of 4,200 g on the 118th day after birth.

Upon discharge sequelae related to pre-mature support were:

1. Lung dysplasia
2. Paralytic vocal cords secondary to prolonged oro traqueal intubation

As localized sequelae:

3. Clubfoot or equinovarus secondary to destruction of the anterior tibial muscle system,
4. Osteo cutaneous fistula in the tibial anterior upper third of the same limb of 0,2cm diameter resistant to vacuum therapy and failing to per primam closure with a infrapatellar rotation cutaneous flap.
5. and fibro-hyaline cicatrization in the trunk with poor esthetic outcome in only 2 ó 3 % of the BSA.

Key words: necrotizing fasciitis, Streptococci beta he-

molytic type A, new born, pre-term, moist healing with synthetic transitory dressings, vacuum assisted wound closure

Introducción

Las grandes pérdidas de la cobertura cutánea se asocian a fenómenos toxo-inflamatorios con gran riesgo de vida. Repercuten en todo los órganos con una fisiopatología similar a la encontrada en las quemaduras, en las necrosis tóxicas epidérmicas y en situaciones de gran destrucción tisular por toxinas bacterianas en procesos infecciosos.

Presentamos el caso que de una fasciitis necrotizante causada por Estreptococo beta hemolítico grupo A en un RNPT de 1287 gramos al nacer, que el día 12° de vida desarrolla lesión pustulosa, con infartamiento y esfacelo en forma de bota en el Miembro inferior Izquierdo (MII) y tronco que progresó en 48 horas hasta extenderse en mas del 30% de la Superficie Corporal Total (SCT). Se expone también la estrategia de tratamiento, los recursos utilizados y el resultado obtenido en una internación de 135 días y más de 120 de tratamiento por este equipo clínico-quirúrgico.

Presentación del caso

SA de sexo masculino nace a las 28 semanas de gestación por cesárea, indicada por presentar la madre una metrorragia severa causada por placenta previa marginal con hematoma retroplacentario. Recibió una serie incompleta de corticoides prenatales para inducir maduración pulmonar.

En los primeros diez días de vida presentó las patologías habituales en un RNPT de esta edad gestacional:

- Enfermedad de membrana hialina: requirió asistencia respiratoria mecánica (ARM) y dos dosis de surfactante.
- Ductus arterioso permeable: recibió una serie completa de indometacina.

Estuvo con (ARM) hasta el día 10 y luego con CPAP. Recibió inotrópicos y nutrición parenteral (NP) total durante los primeros 6 días, luego inició alimentación oral complementada con NP.

El día 12° evoluciona con signos clínicos de shock séptico, requiriendo ARM e inotrópicos para el sostén hemodinámico. Localmente desarrolla lesión pustulosa, con infartamiento y esfacelo en forma de bota en el MII y tronco. Se medica con vancomicina- meropenem ante sospecha de infección, previa toma de dos hemocultivos. Ambos desarrollaron estreptococo beta hemolítico



grupo A, rotándose a ceftriaxona-clindamicina según indicación de infectología (Dra. Liliana Vázquez. Jefe de Sección de Infectología Neonatal – Centro de Estudios Infectológicos. Dr. Daniel Stamboulían). Completó 14 días de tratamiento antibiótico. El día 13° aumenta la extensión y el compromiso cutáneo con esfacelo epidérmico, dermis sin signos de perfusión ni relleno capilar edema y acantolisis con ampollas como estado previo a la necrosis de piel. Se visualiza cianosis distal en pulpejos de dedos medios de ambas manos.

Entre los días 14 y 15 de vida se delimita la extensión de las lesiones que comprometían tronco desde el hueco infraclavicular de ambos lados extendiéndose hacia cuello y hombros para establecerse como un único lecho cruento en el dorso, desde la altura de las sexta o séptima vértebras cervicales hasta las últimas lumbares. En el MII, se observaba una lesión negruzca circular desde la rodilla hasta la punta de los dedos.

En el día 15° este equipo se hace cargo del caso realizándose una escarotomía longitudinal en la extremidad inferior con una finalidad descompresiva y otra diagnóstica que al arrojar sangrado (+) se interpreta como extremidad perfundida con posibilidades de supervivencia. En cuanto a la cura tópica del resto de las lesiones se inicia cobertura con gasas vaselinadas y vaselina sólida estéril buscando evitar la desecación de los tejidos necróticos. En el aspecto clínico se mantienen las medidas de sostén que venían implementándose.

Con esta conducta inicial se eliminaron escaras y tejidos desvitalizados entre los días 15mo y 25to con el empleo de barrido mecánico con gasa, efectuado por enfermería o los cirujanos. Las maniobras quirúrgicas consistieron en:

- Proseguir con escarotomías en cuadrículado con el fin de facilitar el proceso escarolítico,
- Escarectomías tangenciales con pinza y tijera o bisturí con gestos muy conservadores en zonas críticas
- Y toma de biopsias de tejido en la interfase vital para cultivo bacterio y micológico en el monitoreo de la infección.

La analgesia en los procedimientos menores se obtuvo aumentando la dosis de fentanilo que se infundía en forma continua para analgesia del paciente y con remifentanilo (Ultiva®) en resecciones más amplias.

El niño presentó progresiva mejoría del estado general y hemodinámico. Durante su internación tuvo tres nuevos episodios de sepsis a los siguientes gérmenes: *Cándida albicans*, *enterococo* y *estafilococo coagulasa* negativo meticilino resistente. Durante estos episodios requirió diferentes esquemas de antibióticos y suspensión transitoria de la alimentación oral. Presentó un sostenido y ade-

cuado crecimiento. Alrededor del mes de vida se inicia una hepatomegalia progresiva con colestasis. Las causas probables de la misma fueron:

- La prolongada asistencia nutricional por vía parenteral.
- Los episodios de sepsis.
- La probable absorción translesional de derivados de la vaselina.

Las medidas adoptadas fueron aumentar progresivamente y de acuerdo a la tolerancia la alimentación enteral, lo que permitió suspender la NP. Se indicó tratamiento con ácido ursodesoxicólico. Se dejaron de utilizar compuestos con vaselina, indicándose solución fisiológica y compresas húmedas. Simultáneamente se avanzó en las resecciones y maniobras quirúrgicas, disminuyendo el aporte de opiáceos.

Frente a la adhesividad de las gasas embebidas en solución fisiológica y el sangrado que se producía con cada curación, en el día 29no se decide cubrir con dermis porcina liofilizada en su presentación como apósito temporario maleable (Kytinon ATM®). Frente a la persistencia del perfil hepático alterado hacia el día 35to y desconociendo eventuales efectos colaterales de este compuesto en una forma de aplicación masiva y extendida, se discontinúa esta terapéutica.

Sin la cubierta cutánea necrótica y faltando sólo eliminar restos desvitalizados dérmicos o áreas productoras de fibrina, se decide iniciar la cobertura con una película transparente de policloruro de vinilo (PVC), permeable a gases, siguiendo la táctica de curas húmedas con cubiertas transitorias, sintéticas permeables a gases o Moist Healing.(2,3) Así se obtuvo el cierre total de las lesiones en tórax.

En la pierna se logró la eliminación de los restos desvitalizados con maniobras de arrastre en cada curación y con resecciones quirúrgicas. La re-epitelización de la exposición ósea se logró con el uso del sistema de cierre de heridas por cámaras de vacío, similar al denominado V.A.C.™(4,5) aplicado una vez que se eliminó la casi totalidad del tejido necrótico y durante 53 días. La indicación del VAC surgió en la interconsulta de Ortopedia y Traumatología (Dr. Marcelo Guelfman -Médico traumatólogo especialista en Ortopedia y Traumatología Infantil- a raíz de la subluxación de tibia a nivel del cartílago epifisario, momento en el que también se coloca férula termomaleable.

El diseño y adaptación del sistema de cámara de vacío le correspondió a este equipo empleando poliuretano expandido estéril, tubuladuras de PVC semirígidas tipo V36 a la que se le agregaron fenestraciones distales, bomba de aspiración bajo agua fijando la aspiración a - 15 cm/H₂O en forma continua y film de PVC en plan-



chas desde región suprapatelar hasta superar la punta del pie en 2 ó 3 cm durante las tres semanas que la lesión era circular. Fue reemplazado por un apósito de poliuretano autoadhesivo de 10 x 10 cm, tanto en su modalidad normal como extra fina (Duo Derm™ y Duo Derm Extra-thin™) una vez que la lesión se circunscribió a la exposición ósea con falta de epitelización en la cara anterior de pierna.

El circuito y la cámara fueron reemplazados dos veces por semana con cultivos de secreción en forma facultativa ante cambios en el aspecto de la secreción. Con el cierre casi completo de la exposición ósea se decidió suspender el tratamiento aspirativo y se optó por la cura cerrada con apósito de poliuretano autoadhesivo de 10 x 10 cm, fraccionado y recortado adaptándolo a las dimensiones de la lesión y pierna del paciente. Bajo esta modalidad desarrolló fiebre y cultivos (+) a *Enterococo* en una oportunidad.

El proceso local, interpretado como fistula osteo-cutánea colonizada fue controlado por la antibioticoterapia, que ya se le venía administrando y con curas dos veces en el día, que realizó enfermería o el equipo quirúrgico. Ante la persistencia del trayecto fistuloso y la perspectiva de un egreso a su domicilio con internación domiciliaria, se decidió realizar una fistulectomía con legrado local y cierre por rotación de colgajo infrapatelar. El procedimiento se llevó adelante 12 días previos al egreso con una sedación por fentanilo y lidocaína al 1% sin epinefrina en forma infiltrativa. Los primeros diez días transcurrieron con la lesión ocluida, comenzando a obtenerse débito seroso por un apertura puntiforme, con la que egresa a su domicilio con 118 días de vida.

Discusión

Frente a una pérdida masiva de la cubierta cutánea, al igual que en grandes quemaduras, tres componentes serán determinantes en el desenlace del cuadro son según Otero,(6) AC:

- La pérdida trans-lesional, con la consiguiente expoliación de las reservas calórico-proteicas (pool de proteínas) del organismo agredido.
- El consumo en su forma de gasto metabólico total (GMT) y de reactantes de fase aguda que se suman a los de pérdida.
- Intoxicación en sus diversas formas, por los metabolitos de la desnaturalización de tejidos y las exotoxinas bacterianas que pasan al torrente sanguíneo, por efecto de exotoxinas con poder hemolítico y/o lipolítico de membranas reforzando la capacidad invasiva de los gérmenes y por el producido de fenómenos isquémicos

consecuencia de la hipodinamia, de "shunts" A-V, del edema y todos o algunos asociados.

Estos elementos suman efectos locales propios de la injuria con aquellos a distancia en uno, varios o todos los órganos de la economía conformando el mecanismo a través del cual se suele llegar a la falla multiorgánica (MOFS - Multi-Organic Failure Syndrome). La respuesta inflamatoria sistémica (SIRS - Systemic Inflammatory Response Syndrome) que se instala, pierde entidad a medida que se logran eliminar tejidos desvitalizados y lesionados(7), habiéndose demostrado también, menor respuesta hipermetabólica y comportamiento catabólico.(8) Una herramienta vital frente a estos cuadros de enorme pérdida y gasto son el cierre de las áreas cruentas y el control efectivo de la infección.(1)

También contribuye a esta situación clínica crítica, la disminución de la capacidad de reacción de un organismo inmaduro, severamente injuriado y reiteradamente invadido a lo largo del proceso.

Cuando este equipo toma el caso debía resolver frente a tres situaciones de aspecto local:

- El tipo de tópico a emplearse como antiséptico y como cubierta local.
- La profundización de las lesiones que por efecto de los fenómenos hemodinámicos, la fragilidad vascular y la endotelitis local y por efecto de las lisinas bacterianas no parecía terminar de delimitarse y que se acrecentaba con las resecciones quirúrgicas.
- Tipo de cobertura cutánea y oportunidad para la reparación definitiva o para dar cobertura a elementos nobles (hacia el día 35 se expuso dos terceras partes de las caras antero medial y antero lateral de la tibia del MII y la lesión supraclavicular nos alertaba frente a una exposición de la cúpula pleural). Frente a posibles limitaciones en la reparación autóloga de los tejidos, se completaron los trámites frente al INCUCAI para la obtención de piel de dador sano relacionado.

En lo que hacía a los procedimientos que se realizaban en una superficie cruenta tan extensa y la permeabilidad tegumentaria de los neonatos en general y los pretérmino en particular, obligaron a basar la estrategia antibacteriana en limpiezas repetidas con vaselina líquida mezclada con su presentación sólida. Luego del alerta clínico y de laboratorio de agresión hepática, la sustituimos por solución fisiológica y el uso de compresas húmedas de renovación horaria. En todo momento se evitó el uso de antisépticos como la clorhexidina que tiene efectos neurotóxicos cuando se lo utiliza en grandes extensiones, y de yodoforos por el efecto retardatorio en las regeneración tisular al inhibir los movimientos quimiotácticos de los polimorfonucleares que son esenciales en la



primera fase de la reparación de la herida.

El comportamiento de la cubierta cutánea en un RNPT, la severa expoliación de la que era objeto y el inestable estado general nos indujo a adoptar una conducta mas prudente en lo resectivo apuntando hacia la maceración controlada de los tejidos desvitalizados acelerado con escarotomías en cuadrículado con el fin de facilitar el proceso escarolítico. Las escarectomías tangenciales con pinza y tijera o bisturí se realizaron con gestos muy conservadores, evitando el sangrado o la profundización en zonas críticas

Sin embargo, la colestasis del segundo mes de vida nos llevó a completar las resecciones eliminando dos factores que pudieran comprometer la función hepática por acción tóxica; el tejido necrótico y la medicación tóxica. Fue entonces que se debió encarar la cobertura cutánea de las áreas cruentas. El injerto de piel era la indicación por excelencia, ya sea en su forma en láminas o expandida, asociada a diferentes formas en cuanto a la composición. La inestabilidad de sus parámetros vitales y las medidas de sostén requeridas, así como las reservas planteadas por el team pediátrico respecto a las tomas de piel (cuero cabelludo fue la alternativa propuesta) y el riesgo de vida frente a una nueva conducta agresiva la dejaron como última opción y una vez que el RNPT se manejara en valores antropométricos mas altos. También se manejó la opción de "cultivar" y "sembrar" queratinocitos, pero se decidió proponerla frente al fracaso de otros procedimientos y si se podía lograr formar una adecuada cuna dérmica.

Por la situación expuesta se decidió completar los trámites de incorporación de la Clínica "Suizo Argentina" a la nómina de establecimientos asistenciales autorizados por el INCUCAI para la toma de piel de dador vivo relacionado y se tomo muestra de sangre para pruebas de histocompatibilidad a los tres integrantes de la familia.

Luego de la gran resección de tejidos muertos pudimos iniciar el tipo de cura húmeda tipo "Moist Healing", vedada mientras existían importantes sectores de tejidos desvitalizados. Se mantuvo la metodología de lavados 2 y 3 veces por día con solución fisiológica e hisopados de secreción en forma facultativa frente a la aparición de fiebre o cambios en la herida y se cubrieron las áreas del tronco y pierna izquierda con film de PVC.

Con esta sistemática y a lo largo de 72 días se logró la epitelización total de las lesiones con piel ad integrum en 75 % del área, restando dos zonas donde se desarrollo una cicatriz hipertrófica e indurada que interesó aproximadamente un 5% de la SCT. Interpretamos el mecanismo de curación como de avance centripeto de epitelio con una metaplasia del tejido conectivo y/o

muscular, la maduración de elementos blásticos o el desarrollo de brotes de dermis remanentes sobre el plano aponeurótico fascial que sobrevivieron la necrolisis por imbibición.

Las medidas de sostén en el aspecto general y de orden clínico, respiratorio, infectológico, nutricional y de cuidados generales eran eficientemente conseguidas por el Servicio de Neonatología, encabezados por los Dres. Luis Prudent y Ana Pedraza y por profesionales del CEI, dirigidos por la Dra. Liliana Vázquez. Merece una mención especial la dedicación y ardua labor de Enfermería, tanto en la realización de procedimientos en las incubadoras como en los cuidados de un caso de altísima complejidad y demanda.

El cierre por cámara de vacío requirió ciertas adaptaciones.

1. La presión se reguló en 15 cm de agua, ya que con presiones en mm/Hg se obtenía sangrado por destrucción capilar. Cuando se buscó acelerar el proceso aumentando la presión negativa, se producía un aplastamiento de la tubuladura dentro del sistema sobre la piel, con anulación del relleno capilar que iba a ser responsable de lesiones por decúbito. Igualmente se observaban en algunos casos y según el plano subyacente al tejido por donde transcurría la tubuladura, la impronta de los elementos que se aplicaban y que eran "absorbidos" hacia la piel.

2. Al no contar con válvula antireflujo fue necesario controlar que en ningún momento cualquier parte del sistema estuviera por encima del nivel de la pierna y su cámara de vacío. En este sentido, los padres eran especialmente cuidadosos al abrazar al hijo. Favorecía la ubicación caudal de la lesión, que no fuera frecuente esta situación de riesgo.

3. Debimos utilizar film de PVC en la cobertura de la cámara con la consiguiente "fragilidad" del material, ya que no había posibilidades de adherir otros materiales al tener herida circular "en bota" en esa extremidad. Una vez epitelizada en su dos terceras partes, pudimos emplear los apósitos de poliuretano tipo Duo Derm™, Tegaserb™ o Coloplast™ que se adherían sin producir lesión por el adhesivo en la piel neoformada.

Los débitos no fueron significativos en volumen y el cultivo de secreción no desarrollo gérmenes. Su análisis fisicoquímico lo hacía prácticamente idéntico al plasma.

No fue factible obtener el cierre total de la fístula al haber ganado el epitelio el tapizado del trayecto, por lo que se optó por el colgajo de rotación previa fistulectomía y decolamiento del plano profundo.

Conclusiones

FOTO 1



FOTO 1. DÍA 20, LESIONES ESCARIFICADAS EN TRONCO Y MIEMBRO INFERIOR DEL 30% DE LA SCT

FOTO 2



FOTO 2. COMPROMISO "EN BOTA" DE PIERNA Y PIE DERECHO. NÓTESE LA ESCAROTOMÍA DEL DORSO DEL PIE, QUE DEMOSTRÓ LA VITALIDAD DE AQUEL

FOTO 3



FOTO 3. DÍA 20, ESCARECTOMÍA TANGENCIAL DE DORSO

FOTO 4



FOTO 4. DÍA 50, ADAPTACIÓN DEL SISTEMA DE CÁMARA DE VACÍO TIPO VAC™, PARA EL TRATAMIENTO DE LAS LESIONES DEL MIEMBRO INFERIOR DERECHO

FOTO 5



FOTO 5. DÍA 60, RECAMBIO DE LA CURACIÓN DEL SISTEMA VAC MIEMBRO INFERIOR DERECHO GRANULANTE CON EXPOSICIÓN TIBIAL

FOTO 6



FOTO 6. EPITELIZACIÓN CONCÉNTRICA DE LAS LESIONES EN TRONCO MEDIANTE LA TERAPIA DE "CURA HÚMEDA" CON CUBIERTA TRANSITORIA DE PVC

FOTO

7



FOTO 7. DÍA 120, EPITELIZACIÓN COMPLETA DEL MIEMBRO INFERIOR DERECHO. NÓTESE LA POSICIÓN DEL PIE EN EXTENSIÓN MÁXIMA POR FALTA DE MASA MUSCULAR FLEXORA

FOTO

8



FOTO 8. DÍA 120, EPITELIZACIÓN COMPLETA DE LAS LESIONES EN TRONCO CON SECUELAS ESTÉTICAS

La situación clínica tan precaria en un lapso tan prolongado de tiempo obligó al equipo tratante a implementar medidas de sostén de máxima complejidad neonatal y condicionó las estrategias y tácticas quirúrgicas empleadas.

El cierre sin la movilización de tejidos en forma de injertos autólogos u homólogos fue una situación algo inesperada, ya que se buscaba un avance de epitelio mucho menor y la táctica apuntaba a la preparación de lecho o formación de una cuna dérmica que luego permitiera la

aplicación de láminas de piel de mínimo espesor.

La cobertura del hueso con el sistema de vacío simplificó la metodología, ya que hubiera requerido movilización en forma de colgajos, tomando como primera opción el cruzado o gemelar interno ya que una cirugía para un colgajo con anastomosis vascular era impracticable por la duración y calidad de los vasos.

Bibliografía

1. What's new in Burns and Metabolism. Robert Sheridan. J Am Coll Surg 2004; 198: 243-263.
2. Archer HG, Barnett S, Irving S, Middleton KR, Seal DV. A Controlled Model of Moist Wound Healings: Comparison Between Semi-permeable Film, Antiseptics and Sugar Paste. J Exp Pathol. 1990; 71(2): 155-170.
3. Purna S, Buba K. Collagen based dressings- a review. Burns 2000; 26: 54-62.
4. Money JF III, Argenta LC, Marks MW, Morykwas MJ, DeFranzo AJ. Treatment of Soft Tissue Defects in Pediatrics Patients Using the V.A.C.™ System. Clin Orthop. 2000 ;376(1): 26-31.
5. Shilt JS, Poder JS, Manuck TA, Jacks L, Rushing J, Paterson Smith B. Role of Vacuum-Assisted Closure in the Treatment of Pediatric Lawnmower Injuries. J Pediatr Orthop 2004; 24(5): 482-487.
6. Otero, AC. Fisiopatología de Quemaduras. Director - Curso Anual del Hospital de Quemados de la Ciudad de Buenos Aires, 1987.
7. Barret JP, Herndon DN. Modulation of inflammatory and catabolic responses in severely burned children by early burn wound excision in the first 24 hours. Arch Surg 2003; 138: 127-132.
8. Carlson DE, Cioffi WF Jr., Mason AD Jr. et al. Resting Energy Expenditure (REE) in patients with thermal injuries. Surg Gynecol Obstet 1992; 174: 270-276.
9. Ley 24194 Ley de Trasplantes de Organos y Materiales Anatómicos, reglamentada en el año 1995 mediante Decreto N° 512. Boletín Oficial de la República Argentina 26/IV/1993.
10. Rimdeika R, Bagdonas R. Major full thickness skin burn injuries in premature neonate twins. Burns 2005; 31: 76-84.



Optimizando el bolsillo subglandular en implantes mamarios: utilización del plano subfascial

Dres. Omar Darío Ventura, Gaspar Marcello, Carlos Gamboa, Antonio Miro

Correspondencia:

Dr. Omar Darío Ventura. Valentín Alsina 471(1846) Adrogué - Buenos Aires - Argentina

Mail: oventura@intramet.net.ar

Resumen

Desde hace 6 años colocamos los implantes mamarios en un plano subfascial (subaponeurótico), reemplazando el plano subglandular (SG). Este artículo considera 150 pacientes implantados en este plano. En todos los casos se obtuvo una buena cobertura de la prótesis al igual que una forma y movilidad natural. No hemos observado en ningún caso, ondulaciones de los cuadrantes superiores, defecto conocido como rippling. Cuatro de ellos presentaron contractura capsular grado II según la clasificación de Baker (2,6 %).

Se registro menor edema y una recuperación más rápida de lo habitual en el post operatorio inmediato de acuerdo a nuestra experiencia, en comparación con los procedimientos SM y SG. Ante la decisión de utilizar el bolsillo SG, el plano subfascial (SF) parecería ser el lugar lógico de la colocación de los implantes mamarios.

Summary

Since six year ago, the subglandular plane of the pocket has been substituted for the subfacial (subaponeurotic) plane in breast implants. This plane lies underneath the aponeurotic fascia of the pectoralis major, the serratus, the lateral oblique and the rectus anterior muscles.

This article describes one hundred and eighty patients with implants in the subaponeurotic plane. Excellent coverage of the implant, as well as natural shape and mobility, were achieved in all patients. No undulation (a.k.a. rippling) in the upper half of the breast has been observed. Four patients (2,6%) had Baker grade II capsular contracture. In the immediate post-op, less edema and faster-than-usual recovery could be seen versus our experience with other (submuscular and subglandular) procedures.

When a subglandular pocket is the choice, the subfacial plane would seem to be the logical place for breast implants.

Introducción

Muchos colegas colocan el implante mamario en un bolsillo subglandular, en pacientes cuya cubierta cutánea y glandular en sectores superiores es mayor en el pinch test de 2 cm. Proponemos en estos casos cambiar este plano por el subfascial ubicado por debajo de la fascia muscular del pectoral en los dos tercios superiores, y de los músculos subyacentes en el tercio inferior (recto, oblicuo y serrato). Existen múltiples razones anatómicas que justifican esta variación. Originándose del ectodermo, la mama es básicamente una glándula cutánea especializada con parénquima mamario. Ésta se desarrolla y está contenida dentro de las dos capas de la fascia superficial (FS).

La capa profunda de la FS está en contacto con la cara posterior de la glándula mamaria, y descansa sobre la fascia aponeurótica muscular. Quirúrgicamente es posible identificar un espacio denominado bolsa retromamaria o retroglandular entre la capa profunda de la FS y la aponeurosis muscular.

Los ligamentos de Cooper son engrosamientos fibrosos del tejido conectivo, que se extienden desde la dermis hasta la fascia aponeurótica muscular, atravesando la capa profunda de la FS y por ende, la bolsa retromamaria. Estas estructuras participan en la fijación de la mama al tórax.

Algunos lóbulos glandulares pueden sobrepasar la capa profunda de la FS y ocupar la "bolsa retroglandular". Este espacio también es recorrido por delicados y abundantes colectores linfáticos que terminan en el nivel ganglionar III. De acuerdo a lo descrito, en la denominada bolsa retroma-

maria o subglandular se hallan tres elementos de fundamental importancia: lóbulos glandulares, ligamentos de sostén (Cooper) y una importante red linfática. Los implantes subglandulares se colocan en este plano, dañando irremediablemente estas estructuras y su función específica. En cambio los implantes en posición subfascial (SF), preservan estos elementos y mantienen los beneficios del plano subglandular: mamas de contornos anatómicos, consistencia blanda, natural movilidad y un órgano integrado al tórax en forma de cono (prótesis-glándula) que pende en unidad como lo es normalmente. Los implantes SF están también aislados de los remanentes glandulares y por ello, de contaminaciones por *Staphilococcus epidermidis*, siendo estos un factor de formación de cápsulas contráctiles para algunos autores.

No consideramos a esta fascia como un aporte de volumen de cobertura, pero si una interfase entre el implante y la glándula, optimizando la relación entre estos dos elementos. Es una guía quirúrgica que facilita las maniobras de disección preservando la integridad mamaria.

Desde hace 6 años hemos optado por colocar los implantes en un plano subfascial total (subaponeurótico), en lugar del subglandular.(1-5) (Figura 1)

se abordaron por una incisión peri areolar inferior. Se diseccionó un bolsillo por debajo de la aponeurosis torácica profunda, respetando una marcación previa cutánea levemente mayor que el diámetro de la base de la prótesis a emplear. La disección se hizo con electro bisturí, ayudado con valva de luz fría y aspiración. Siempre se dejó un drenaje por contra abertura que se retiró a las 24 horas.

Resultados

Una buena forma y movilidad natural se alcanzó en todos los pacientes, al igual que una excelente cobertura del implante. En ninguno se observó el desagradable ondulado de cuadrantes superiores conocido como rippling. Cuatro de ellos presentaron procesos capsulares contráctil grado II de Baker (2,5%), 2 unilaterales y 2 bilaterales. No existieron seromas ni infecciones, y solo en una oportunidad fue necesaria una exploración quirúrgica por un débito exagerado del drenaje (1%). Hasta la fecha no hubo revisiones de los implantes.

De acuerdo a nuestra experiencia con los otros procedimientos (SM y SG), en el posoperatorio inmediato se registró menor edema y una recuperación más rápida de lo habitual.

Materiales y método

Se evalúan 150 casos implantados en los últimos 6 años en el plano subfascial (subaponeurótico). Se utilizaron prótesis de superficie texturada, redondas, con un volumen entre 250 y 350 cc. Los perfiles variaron según el caso, con una tendencia mayoritaria a perfiles altos. Todos los casos

Discusión

Cuando un cirujano usa solamente un bolsillo para todas las aumentaciones mamarias primarias, es lógico que puedan ocurrir complicaciones o resultados menos óptimos, porque un bolsillo único no admite íntegramente el rango de variaciones anatómicas y la dinámica implante - tejido blando. Esta deducción, que en la actualidad nos parece obvia, no era parte de nuestra filosofía hace 15 años. Nuestra propensión era favorable a usar el bolsillo retromuscular. Al mismo tiempo, percibíamos que los resultados en movilidad, forma y naturalidad, eran superiores en los bolsillos subglandulares cuando estaban correctamente indicados en pacientes con una cobertura dermograsa y glandular gruesa, con un pinch test en cuadrantes superiores con mama desplazada de 2 cm como mínimo. Aún teniendo en cuenta esta última apreciación y seguirla con indicaciones correctas subglandulares, nos preocupaba también el espesor de cobertura del polo inferior a nivel del surco inframamario, pues en algunos casos se palpaba el borde de la prótesis casi inmediatamente y en otros al tiempo, infiriendo que el proceso de adelgazamiento del celular es irremediablemente progresivo por decúbito. Estas consideraciones nos llevaron, a comienzo de 1996, a observar con interés un plano mas profundo que no necesariamente aporte tejido, sino que genere una interfase

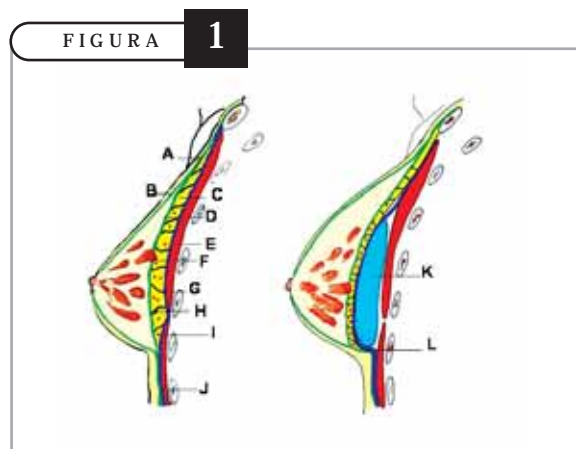
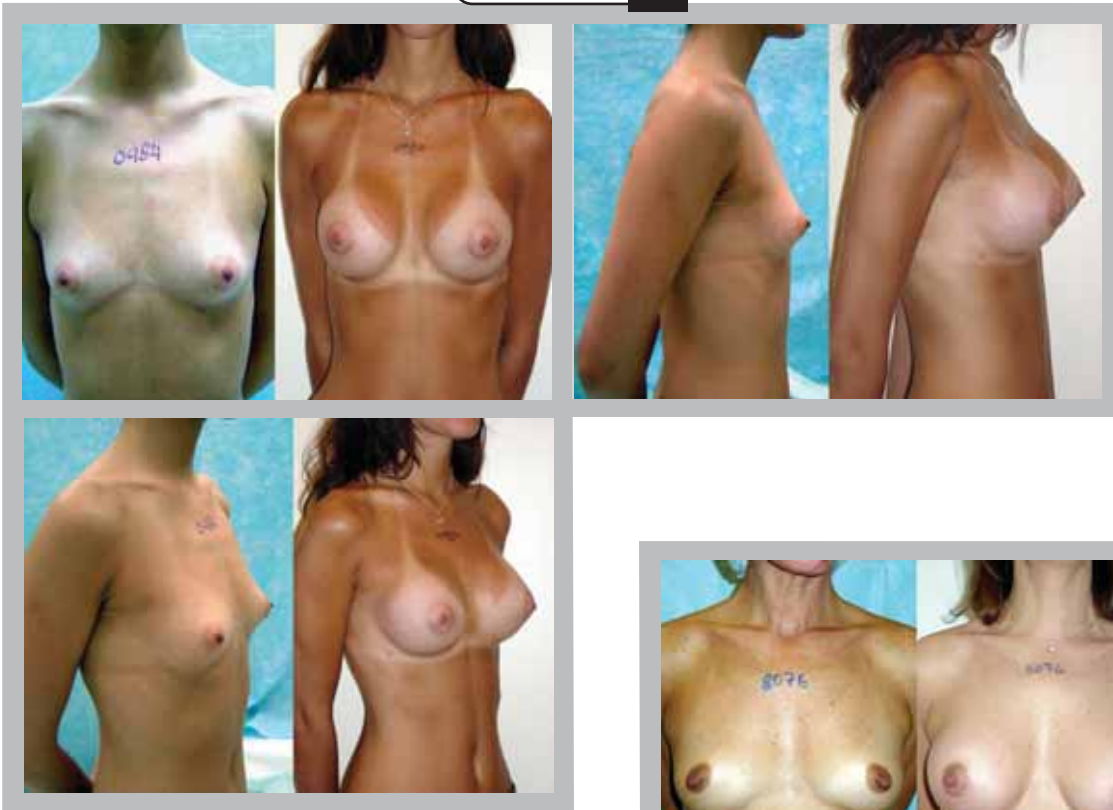


FIGURA 1. A- FASCIA SUPERFICIAL(FS), B- CAPA SUPERFICIAL DE LA FS, C- BOLSA RETROGLANDULAR, D- CAPA PROFUNDA DE LA FS, E- MÚSCULO PECTORAL MAYOR, F- LÓBULO GLANDULAR, G- FASCIA O APONEUROSIS MUSCULAR, H- LIGAMENTO DE COOPER, I- LINFÁTICO, J- MÚSCULO RECTO, K- IMPLANTE, L- ZÓCALO DE APOYO.

FOTO

1



FOTO

3

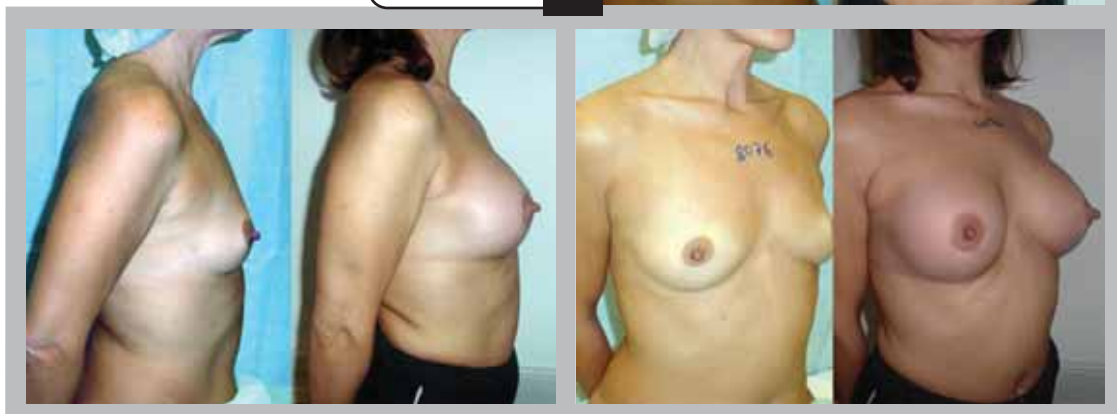


FOTO 1 Y 2. PRE Y POSOPERATORIO

entre el implante y los tejidos suprayacentes (glándula y/o celular subcutáneo). El estudio de los textos de anatomía nos mostró la existencia de un plano subglandular con elementos fundamentales para la integridad de

la mama como ligamentos, lóbulos glandulares, linfáticos y otro plano subfasial o subaponeurótico mucho más quirúrgico, sin generar en su utilización un daño a la unidad mamaria. Esto nos indujo a considerar como



límite mamario quirúrgico posterior a la fascia muscular, y no la capa profunda de la aponeurosis superficial. Aprovechando el abordaje en las mastoplastias de reducción, no perdimos oportunidad de evaluar la fascia muscular, calificándola como constante, fina y lábil en sectores superiores; gruesa y firme en los inferiores. La primera subyace sobre el pectoral mayor; la segunda sobre los músculos recto, oblicuo, y serrato. Los implantes subglandulares fueron colocados a partir de 1999 y hasta la fecha, totalmente subfasiales. Es justo recordar que en esta revista fue publicado sobre el tema un artículo por un colega de Mar del Plata, el Dr. Ciampagna, que nos mostraba un nuevo plano. Pero al referirse al mismo como intrapeitoral, no fue suficientemente comprendido. En el año 2003 habíamos concluido un artículo al respecto para publicar en el APS que se llamaría "Implantes mamarios subfasiales: un nuevo concepto". La aparición de comunicaciones sobre el tema por calificados autores en APS y PRS, nos obligó a cambiar el título por "Ventajas anatómico-fisiológicas de los implantes subfasiales". Si bien la originalidad ya no existía, nos confirmaba la correcta reflexión realizada y la contemporaneidad de la observación científica. Estos autores colocan los implantes parcialmente debajo de la fascia, en los sectores en contacto con el pectoral, y no hacen referencia a los elementos anatómicos perturbados por la inclusión en el plano subglandular. Destacan la ventaja en mejorar la cobertura superior, previniendo el desagradable rippling; y describen las virtudes del plano subfasial sobre el submuscular, marcando algunos inconvenientes de este último.

Nuestra propuesta enfoca claramente a cambiar el plano subglandular por el subfasial total, basándonos en motivos anatómicos que, a nuestro entender, optimizan los resultados.

Al diseccionar el bolsillo por debajo de la fascia muscular, no

es el propósito agregar volumen de cobertura, sino de definir una guía de disección tangencial que preserve los elementos antes referidos por delante de este plano. Nunca utilizamos la fascia en forma de colgajo, sino que siempre forma parte de la unidad anatómica glandular. Si bien la fascia es muy delgada en los sectores superiores relacionados con el músculo pectoral, no lo es en el sector inferior que corresponde a los músculos subyacentes (recto, oblicuo, serrato), siendo ésta útil para crear un zócalo de apoyo inferior del implante, evitando en alguna medida el adelgazamiento del celular subcutáneo por decúbito de la prótesis. Este último concepto será ampliado en futuras comunicaciones.

Es obvio que en pacientes de extrema delgadez, el único elemento que contamos para aportar mayor espesor de cobertura al implante es el músculo pectoral. Por lo cual en estos casos no se discute que el bolsillo deberá ser siempre submuscular.

De acuerdo a nuestras observaciones y lo expuestos en diferentes artículos por colegas calificados, la ubicación del bolsillo en un plano subglandular debe ser reemplazado por el plano subfasial, cuando no esté indicado en forma excluyente ubicar el implante detrás del músculo pectoral.(6,7)

Conclusiones

Cuando la elección del bolsillo fuere el plano subglandular, debería emplearse en lugar de éste, el plano subfasial, pues es el lugar lógico de la colocación del implante, por las razones anatómicas que hemos expuesto en el presente artículo. La localización del bolsillo en un plano submuscular sigue siendo una indicación electiva en pacientes extremadamente delgados que necesitan adicional cobertura sobre la prótesis.

Bibliografía

1. Hilton Becker, MD and Rachele Springer. Prevention of capsular contracture. *Plastic and Reconstructive Surgery*. Vol. 103, Nº 6, pág. 1769-1772, 1999.
2. Hugo Ciampagna. Nuevo método quirúrgico de mastoplastia de aumento, con técnica de prótesis "intrapectoral". *Revista Argentina de Cirugía Plástica*. Vol. 4, Nº 2, 1998.
3. Ruth M. Graf, Afranio Bernardes, Ronald Rippel, Luiz Roberto Araujo, Rosana C. Costa Damasio and Andre Auersvald. Subfasial breast implant: a new procedure. *Plastic and Reconstructive Surgery*. Vol. 111, Nº 2, pág. 904-908, 2003.
4. Kirby Bland and Edward M. Copeland III. La mama. Tomo I. Editorial Médica Panamericana, Buenos Aires.

5. John Bostwick III. *Plastic and reconstructive breast surgery*. Quality Publishing Inc. St. Louis, Missouri, USA, Second Edition, Vol. 1, 2001 Editorial Médica Panamericana, Buenos Aires
6. Ventura OD. "Implantes Mamarios Subfasiales: Un Nuevo Concepto". Libro de Comunicaciones del XV Congreso de la FILACP, Congreso de la SECPRE Pag. 308 Sevilla 2004, España.
7. João Carlos Sampaio Goes and Alan Landecker. Optimizing Outcomes in Breast Augmentation: Seven Years of Experience With the Subfasial Plane Aesthetic Plastic Surgery. Vol 27, pag: 178-184, 2003.





Pedagogía Médica

Patricio F. Jacovella *

* Profesor en Enseñanza Universitaria. Subdirector Carrera de Especialista UBA, Unidad Académica Hospital de Clínicas

Introducción

La educación es una actividad superior, destinada a crear cambios trascendentes en una conducta humana eficaz, que pueda ser insertada en el contexto de los valores y creencias de un determinado cuerpo social. De su calidad intrínseca depende el progreso de una comunidad, a la vez que la realización integral de cada uno de sus componentes.

En los últimos tiempos, con el apoyo en el mejor conocimiento de los mecanismos psicológicos que interactúan en el proceso de enseñanza- aprendizaje, la educación ha puesto énfasis en el educando y ha desarrollado nuevas tecnologías para dar respuesta al desafío que significa educar para formar y mejorar.

Este viraje pedagógico, basado en las ciencias de la educación, ha determinado la necesidad de contar con docentes que estén correctamente preparados para ejercer funciones formativas incentivando y acompañando al alumno en el desarrollo de un pensamiento reflexivo, para lograr un aprendizaje activo en el marco de actitudes éticas responsables.(13)

Una de las funciones básicas de la enseñanza a nivel superior, es la de promover una pedagogía universitaria acorde con los requerimientos de la sociedad moderna y de sus continuos cambios.

La universidad es un área compleja dentro del gran sistema de la enseñanza y por lo tanto sus docentes deben responder a múltiples requerimientos.

La mayoría de los docentes universitarios de Medicina, en sus diferentes categorías, en niveles de grado y posgrado, está tan absortos en sus actualizaciones tendientes a mantener su idoneidad profesional, que en general no han reparado suficientemente en la existencia de una verdadera ciencia de la educación.(8)

Ser especialista certificado en Cirugía Plástica, es sin lugar a dudas muy importante. Gran cantidad de maestros enseña y muy bien, simplemente sirviendo como ejemplo. Si bien este hecho ha logrado grandes discípulos, la aplicación de un planeamiento basado

en las ciencias de la educación puede mejorar mucho más el producto final enviado a la sociedad.

La educación médica va mucho más allá de excelentes clases magistrales con herramientas multimedia. Abarca desde un correcto planeamiento educativo, según el diagnóstico de situación, hasta la evaluación continua como retroalimentación del sistema educativo. Incluye la interpretación científica del proceso de enseñanza-aprendizaje y de los aspectos lógicos, fisiológicos, sociológicos y psicológicos de la relación docente/alumno.

Ser docente en Medicina implica manejar una serie de variables que sobrepasan el deseo de enseñar. Ser docente en Medicina es capacitarse adecuadamente en educación; es aprender a aprender y aprender a enseñar. (8)

El propósito de este artículo es introducir al lector en conceptos sobre ciencias de la educación que correctamente aplicados a la Medicina y a la Cirugía Plástica en particular permitan reflexionar sobre el actual modelo de enseñanza.

Objetivos educativos

Al finalizar la lectura detallada de este artículo el lector será capaz de:

- 1) Conceptualizar que la acción educadora es una técnica que necesita sólidas bases científicas.
- 2) Utilizar adecuadamente el vocabulario específico pertinente.
- 3) Tomar conciencia que la realidad del producto curricular depende del funcionamiento coherente del sistema educativo.

Pedagogía

La palabra pedagogía resulta del conjunto de dos raíces griegas: pais, paidos que significa niño y ago aguein que quiere decir dirigir. Originariamente significó el arte de dirigir a los niños.(12)

Para Lemus,(10) es el estudio intencionado, sistemático y científico de la educación; es la ciencia de la educación propiamente dicha.

Para Mattos,(12) es el conjunto de conocimientos sistemáticos relativos al fenómeno educativo.

La pedagogía como ciencia, tiene como objeto específico el estudio del hecho educativo y lo aborda desde varios aspectos: como un ideal que debe ser progresivamente alcanzado, como un problema que debe ser solucionado, como un proceso que debe ser orientado y llevado a cabo con eficacia y como el resultado acumulativo y concreto del mencionado proceso.(9)

Como ciencia, a nivel descriptivo, se caracteriza por tener un objeto propio de investigación ya mencionado y por usar métodos de observación, experimentación y estadística.

Como técnica, a nivel normativo, brinda las pautas prácticas de ejecución y se traduce en acción educadora y en didáctica. Este aspecto técnico es el que más le interesa al docente de Medicina.

Educación

Según distintos autores, existen dos acepciones, ambas de vocablos latinos: educare y ex ducere. Educare significa alimentar, nutrir y hace referencia al proceso de socialización o influencia de una sociedad sobre sus integrantes. Ex ducere significa desarrollar, crecer y hace referencia al proceso de individualización o crecimiento personal.(2)

Integrando ambos conceptos, educación es un proceso de crecimiento interior y de interrelación con el medio ambiente social.(9)

Ortega y Gasset, citado por Luzuriaga,(11) dice que "la educación es un proceso de cambio, resultante de la interacción entre el individuo y su mundo, en el cual aquel se realiza a sí mismo a la vez que adquiere los recursos para vivir bien en la realidad socio cultural de su tiempo".

El proceso de educación tiene lugar en una estructura psíquica que se denomina personalidad.(5)

Conducta es un conjunto organizado de operaciones intelectuales seleccionadas en función de informaciones recibidas, como respuesta al medio ambiente. Es la manera en que los seres humanos dirigen sus acciones.(3)

Dentro del universo de las conductas, algunas constituyen aprendizajes y solamente algunos aprendizajes se consideran educación.

La educación es entonces una clase especial de conducta. Solamente aquellas de positivo valor para la sociedad son consideradas como educación.

El siguiente diagrama de conjuntos permite una mejor interpretación de lo expuesto.

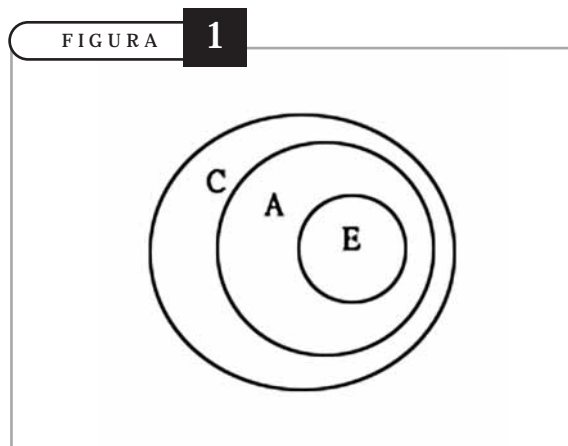


FIGURA 1. CONDUCTAS, APRENDIZAJE Y EDUCACIÓN

Proceso de enseñanza-aprendizaje

Enseñanza es una serie de acciones que realiza un docente con el propósito de crear condiciones de aprendizaje. Enseñar es estimular, conducir, acompañar y evaluar; es dar a los alumnos una oportunidad para manejar variables inteligentemente y ayudarlos a desarrollarse como individuos.

Aprendizaje es un conjunto de experiencias de carácter reflexivo, que permiten al alumno la resolución de situaciones diversas.(2)

Enseñanza y aprendizaje son conceptos interdependientes e integran un proceso único, separable solamente en un análisis teórico.(1,3,12)

El proceso de enseñanza-aprendizaje implica el establecimiento de estímulos por parte del docente y la obtención de respuestas del alumno. El estímulo puede ser visual, auditivo o táctil y la respuesta motora o intelectual.(7)

El conocimiento de este proceso permite el diseño de verdaderas situaciones de aprendizaje planificadas, que correctamente aplicadas demuestran la importancia de las ciencias de la educación.

Didáctica

Es la disciplina pedagógica, de carácter eminentemente práctico y normativo que tiene como objeto específico la técnica de la enseñanza. Es el conjunto de principios, normas, recursos y procedimientos que todo profesor debe conocer y saber aplicar para orientar a los alumnos en el aprendizaje. Es la ciencia que estudia la manera de enseñar en sus aspectos operativos.(12)

La enseñanza de la Cirugía Plástica debe hacer uso de la



didáctica para lograr mayor eficiencia en la educación. Tanto los aspectos cognoscitivos como el desarrollo de destrezas quirúrgicas para lograr buenos resultados, requieren de un planeamiento educativo basado en las ciencias de la educación que va más allá de un simple listado de temas y de la ejecución de un determinado número de intervenciones quirúrgicas.

Una mente abierta a la didáctica permitirá mejorar el producto educativo.

Características deseables en un educador

Un buen educador en Medicina debe ser experto en su especialidad, conocedor de los aspectos operativos de las ciencias de la educación y estar comprometido con la sociedad.

Existen dos grandes clases de educadores: transmisor y conductor. El primero se caracteriza por limitarse a dar clases de tipo magistral, con escaso diálogo y restricción de temas según criterio propio. En general no permite la retroalimentación y la evaluación se limita a exigir respuestas memorísticas.(4,6)

El segundo, se caracteriza por un profundo conocimiento sobre pedagogía, con verdadera disposición a la apertura y al diálogo. Cumple su función, presentando al alumno situaciones de aprendizaje para que éste último desarrolle su mente. Basa su enseñanza en una metodología ordenada con permanente retroalimentación y la evaluación se basa en la comprobación de los objetivos educativos propuestos al comienzo de la experiencia de aprendizaje.(5,6)

Todos los conceptos vertidos son perfectamente aplicables por quienes tengan vocación de enseñar. Simplemente hay que reconocer que existen.

Bibliografía

1. Abrahamson S, Cohen ES, Graser HP, Harnacy RS, Land A y Miller GE. Enseñanza y aprendizaje en escuelas médicas. Alfa Graciano. Buenos Aires, 1969.
2. Avolio de Cols S. La tarea docente. Marymar. Buenos Aires, 1976.
3. Bleger J. Psicología de la conducta. Paidós. Buenos Aires, 1985.
4. Bridge EM. Pedagogía médica. O.P.S. Washington, 1967.
5. Filloux JD. La personalidad. EUDEBA. Buenos Aires, 1954.
6. Goset J. Elements de pedagogie medicale. L'expansion scientifique. Paris, 1969.
7. Hill WF. Teorías contemporáneas del aprendizaje. Paidós. Buenos Aires, 1985.
8. Jacovella PF. Introducción a la docencia en medicina. López Libreros Editores. Buenos Aires, 1991.
9. Lafourcade P. Planeamiento, conducción y evaluación en la enseñanza superior. Kapelusz. Buenos Aires, 1974.
10. Lemus LA. Pedagogía, temas fundamentales. Kapelusz. Buenos Aires 1969.
11. Luzuriaga L. Diccionario de pedagogía. Losada. Buenos Aires, 1962.
12. Mattos LA. Compendio de didáctica general. Kapelusz. Buenos Aires, 1974
13. Manrique J. Prólogo del libro. En Jacovella PF: Introducción a la docencia en medicina. López Libreros Editores. Buenos Aires, 1991.





Noticias SACPER

❖ Curso Anual de Actualización en Cirugía Plástica 2005

Del 10 de mayo al 8 de noviembre del 2005.
Organizado por la Sociedad Argentina de Cirugía Plástica, Estética y Reparadora (SACPER)

Autoridades Curso Anual:

Presidente: Dr. Aldo Mottura

Director: Dr. Juan J. Marra.

Coordinador: Dr. Francisco Olivero Vila

Secretario: Dr. Gustavo Deveaux

Del 10 de mayo hasta el 8 de noviembre

2º y 4º martes de cada mes

De 21:00 a 23:00 hs. AMA

Fechas - Temas – Moderadores:

Mayo 10: Cirugía Nasal - Dr. Manuel Viñal

Mayo 24: Cirugía Orbito Palpebral -
Dr. Julio Cianflone

Junio 7: Cirugía del Contorno Corporal I -
Dr. Raúl Fernández Humble

Junio 21: Cirugía del Contorno Corporal II -
Dr. Jorge Herrera

Julio 12: Cirugía Maxilofacial - Dr. Flavio Sturla

Julio 26: Cirugía de Quemados -
Dr. Fortunato Benaim

Agosto 9: Auriculoplastia y Figurados -
Dr. Rodolfo Rojas

Agosto 23: Facial I - Dr. Horacio García Igarza

Septiembre 13: Facial II - Dr. Abel Chajchir

Septiembre 27: Colgajos - Dr. Ricardo Yohena

Octubre 11: Mama I - Dr. Osvaldo Cudemo

Octubre 25: Mama II - Dr. Guillermo Flaherty

Noviembre 8: Reconstrucción de Cara y Cuello -
Dra. Martha Mogliani

❖ Curso Superior de Especialización en Cirugía Plástica (Trienal)

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 teórico-práctico. 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: 1º de julio

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

Informes: 4816-0346 / 3757 -

Email: sacper@sacper.org.ar

Web: www.sacper.org.ar

❖ XXXVI Congreso Argentino de Cirugía Plástica. XVI Congreso de la Federación Ibero-latinoamericana de Cirugía Plástica

28 de marzo al 1 de abril de 2006. Sheraton Buenos Aires Hotel & Convention Center. Buenos Aires-Argentina.

Fecha límite de presentación de trabajos: 30 de noviembre de 2005.

Comité Organizador:

Presidenta de Honor: Dra. Manuela Berrocal

Presidente del Congreso: Dr. Horacio García Igarza

Vicepresidente: Dr. Hugo Bertone

Secretario General: Dr. Héctor Marino

Secretario Adjunto: Dr. Ernesto Moretti

Tesorero: Dr. Ricardo Losardo

Protesorero: Luis Sananes

Presidente del Comité Científico:

Dr. Osvaldo Cudemo

Dr. Horacio García Igarza

Presidente del Congreso

hgarciaigarza@fibertel.com.ar



Informes: www.sacper.org.ar/congreso2006
e-mail: congreso2006@sacper.org.ar

❖ **XI Congreso Argentino de Quemaduras**
24, 25 y 26 de noviembre de 2005

Asociación Argentina de Quemaduras. Hotel Sheraton Libertador. Av. Córdoba 680, Ciudad Autónoma de Buenos Aires, Argentina

Informes e Inscripción:

congreso.argentino.quemaduras@gmail.com
Asociación Argentina de Quemaduras
Avda. Santa Fe 1145, C.P. 1059, Ciudad Autónoma de Buenos Aires, Argentina (54-11) 4816-4745

Horario: Lunes a viernes, 15 a 20, Srta. Fabiana

Pablo Maril

Tinogasta 4151, C.P. 1417, Ciudad de Buenos Aires, Argentina (54-11) 4567-4481 / 4639-4820, estudiomaril@fibertel.com.ar

Horario: Lunes a viernes, 9 a 18 hs.

Comercialización y Organización General (OPC)

Pilar Ponce de León

Tinogasta 4151, C.P. 1417, Ciudad Autónoma de Buenos Aires, Argentina (54-11) 4567-4481 / 4639-4820, pilarponcedeleon@fibertel.com.ar

Horario: Lunes a viernes, 9 a 18 hs.





Sociedad de Cirugía Plástica de Buenos Aires

Presidente: Dra. Martha O. Mogliani

Vicepresidente: Dr. Luis M. Ginesin

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 periorbitario: 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. Osvaldo 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. Enrique Gagliardi

Presidente SACPER, Dr. Aldo Mottura

Presidente SCPBA, Dra. Martha Mogliani

Salón San Agustín, 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 para 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: Dr. Osvaldo Orduna

• **12 de septiembre:** Fecha límite para presentar trabajos 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: 05/08/05.

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:**

Cirujanos Plásticos Jr. (2da. parte)



• **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 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
estudiomaryl@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

Organigrama de la Sociedad:

AGOSTO

Miércoles 25 - 20.30 hs.

Conferencia: Dr. Eduardo González
Tema: Oncocirugía mamaria y reconstrucción

SEPTIEMBRE

Miércoles 22 - 20.30 hs.

Reunión Conjunta con SACPER

OCTUBRE

Lunes 18 - 20.30 hs.

Reunión Conjunta con Sociedades Filiales de la Sociedad Médica de La Plata

Miércoles 27- 20.30 hs.

Conferencia: Dr. Federico Zapata

Tema: Rinoplastias primarias y secundarias con técnica abierta y perfiloplastias

Viernes 29

Reunión Conjunta con Sociedad de Mendoza: A confirmar en la ciudad de Mendoza.

NOVIEMBRE

Miércoles 24 - 20.30 hs.

Presentación de trabajos libres y para optar a Miembro Titular

DICIEMBRE

Miércoles 15- 20.30 hs.

Asamblea anual, con presentación de Memoria y Balance.

Entrega de diplomas a nuevos socios y nuevos Miembros Titulares.

Cocktail de cierre del año.

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



Sociedad de Cirugía Plástica de Rosario

Presidente: Dr. Guillermo Siemienczuk - guillermosie@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 Ci-



rugía Plástica del Hospital Ramos Mejía, nos brindó la conferencia "Reconstrucción estética nasal".

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

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



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

Curso Video. Actualización en Cirugía Plástica
Duración: 20 horas cátedra

Tema:
16 de agosto: Lifting facial prepiloso
13 de setiembre: Mamoplastias, técnicas quirúrgicas
11 de octubre: Rinoplastias primarias
8 de noviembre: Técnicas de liposucción convencional y ultrasónica
6 de diciembre: Blefaroplastia. Cierre anual de actividades

Sociedad de Cirugía Plástica de Tucumán:
www.scpt.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

- **Capítulo de Cirugía Estética de la SACPER junto con filial Mendoza - 9 y 10 de diciembre.**
Dr. Carlos Mira Blanco, Dr. Luis Sananes.
Inscripción: 0261-4257319
www.hotelaconcagua.com
e-mail: luisananes@hotmail.com



Sociedad de Cirugía Plástica del Nordeste

Junín 1712 (3400) Corrientes
Presidente: Dr. Walter Britos Romeo
Junín 1712 (3400) Corrientes
Tel: 437700
Mail: wbritos@gigared.com

Vicepresidente: Dr. Jorge Díaz García
Av. Wilde 329- Resistencia – Chaco
Tel: 03722- 423536/ 413036
Mail: esteticadg@femechaco.com

Secretaria General: Dra. Iris Hebe Blanco
Tucumán 1464 (3400) Corrientes
Tel: 03783- 434946
Celular: 03783- 15666708
Mail: drahebeblanco@yahoo.com.ar



Pablo Sergio Mateo Santana

Murió un grande de la Cirugía Plástica, un visionario, uno de nuestros mejores amigos.

Nacido el 14 de febrero de 1946 en la ciudad de Bahía, hijo de José Santana y Doña América. Casado con la Sra. Solange Lavareda. Tuvo tres hijos: Alessandra, Paulo Sergio, y Marco Antonio.

Discípulo dilecto del Dr. Jorge Miguel Pisillakis. Se formó en Cirugía Plástica en la Beneficencia Portuguesa de Sao Plablo.

En 1982, fundó el Instituto de Pesquisa Medico Científica de Sao Bernardo do Campo, Servicio acreditado por la Sociedad Brasileira de Cirugía Plástica, en el cual recibió y enseñó a más de 100 médicos de Brasil, Argentina, Chile, Colombia, Paraguay, México, Republica Dominicana, Venezuela, y China.

Como lo prueban sus numerosas publicaciones internacionales, libros y conferencias, fue sin duda un referente de la Cirugía Máxilo Facial.

Orbita senil, lifting profundo subperiostal, nariz negroid, entre otros, son los temas que con un enfoque de hoy, Pablo nos hablaba hace 20 años. Estos capitulos de la Cirugía Plástica moderna nos recordarán su nombre.

Fue un investigador incansable y maestro generoso. Dedicó su vida, sus recursos materiales y sus sueños a ponerle horizonte al infinito del pensamiento científico. Nos trajo el "futuro" muchos años antes, y lo mostró por momentos con audacia irrespetuosa para lo convencional de la época, propia de los que se destacan y solo dejan este mundo en lo físico. Ese "futuro" ahora presente, nunca escuchó de él "yo lo dije antes".

Nunca pensé que debería escribir de un amigo de toda la vida en lo personal y profesional. Es muy difícil, pero también es un honor que a través de estas líneas transmito el pesar, cariño, aprecio y respeto de todos los miembros de la SACPER, que sinceramente lo han sentido.

Para terminar citaré un párrafo de la carta que el Dr. Juárez Avelar publicó por Pablo:

"Nada mejor para definir su pensamiento: **la ciencia no tiene frontera ni hay lugar para egoísmo dentro ninguna ciencia**".

Dr. Omar Darío Ventura